

Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa

Tutkimuksessa kuvattiin tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemusneuvonnan, erityisesti ravintorasvoihin kohdentuneen neuvonnan, sisältöjä ja kestoja sekä keskustelun avauksia perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden käynneillä. Seurantatutkimusaineisto kerättiin vuosina 2000–2002 videomilla 17 potilaan neuvontakäynnit, yhteensä 129. Potilaiden käynnit hoitajilla vaihtelivat 2–11 käynnin välillä ja lääkäreillä 0–7 käynnin välillä seuranta-aikana. Aineisto analysoitiin sisällön erittelyllä. Hoitajat ja lääkärit käyttivät vähän aikaa ravitsemusneuvontaan ja rasvojen käytön neuvontaan. Keskustelujen avaukset painoutuivat potilailla ravintorasvan laatuun. Hoitajat ja lääkärit avasivat keskustelut kolesteroliarvoviittauksilla, joihin potilaat usein reagoivat lyhyellä kommentilla. Rasvojen käytön merkityskeskustelut diabeteksen hoidon kannalta olivat vähäisiä. Potilaiden aikaisempaa ravitsemustietämystä ei juuri hyödynnetty keskusteluissa. Tulosten perusteella terveydenhuoltohenkilöstölle tulisi tarjota täydennyskoulutusta ravitsemusneuvonnan sisällöistä ja elintapojen muutoksia tukevista menetelmistä.

MARITA POSKIPARTA, KIRSTI KASILA, KATI VÄHÄSARJA, TARJA KETTUNEN, PÄIVI KIURU

TAUSTAA

Tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä ravitsemusneuvonta kohdentuu kolmeen tekijään: ruuan laatuun, määrään ja rytmytykseen. Runsaasti erityisesti tyydyttyntä rasvaa ja niukasti kuitua sisältävä ruokavalio altistaa tyypin 2 diabetekselle (European Diabetes Policy Group 1999, Vessby ym. 2001, Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003). Tyypin 2 diabeetikoilla, jotka usein ovat ylipainoisia (Marshall ym. 1997, Wannamethee ym. 1999), on todettu olevan suuria vaikeuksia välttää tyydyttyneiden rasvojen käyttöä (Clark ja Hampson 2001). Ylipainoiset henkilöt myös aliraportoivat syömisään ja heidän ateriointiinsa sisältyy välipaloja, jotka sisältävät runsaasti energiaa hiilihydraattien ja rasvojen muodossa (Summerbell ym. 1996, Yates ym. 1998, Forslund ym. 2002). Aikuisten lihavuuden hoidossa ruokavalion muuttamisessa on tärkeää vähentää rasvan määrää ja erityisesti tyydyttyneen rasvan määrää (Aikuisten lihavuus 2006).

Suomalaisten ruokatottumukset ovat muuttuneet viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana suotuisampaan suuntaan (Helakorpi ym. 2004), mutta FINRISKI-tutkimus osoittaa, että työikäisten suomalaisten kolesterolitasojen lasku on pysähtynyt ja lihavuus yleistyy (Vartiainen ym. 2003). Ravinnon rasvoista noin puolet saadaan vaikeasti tunnistettavina piilorasvoina, jotka usein ovat tyydyttyneitä rasvoja (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003, Helakorpi ym. 2004). Aiemmin maito, voi ja liharuuat olivat tärkeimmät kovan rasvan lähteet, kun taas nykyään juustoista, liharuoista ja erityyppisistä ravintorasvoista saadaan eniten kovaa rasvaa. Myös makeista ja suolaisista levonnaisista saadaan yhtä paljon kovaa rasvaa kuin liharuoista (Valsta ja Männistö 2003). Pääosin näkyvä, juokseva rasva muodostuu leivälle levitettävistä, ruuanvalmistuksessa käytettävistä sekä salaattinkastikkeissa saatavista rasvoista (Riccardi ja Rivellese 2000, Helakorpi ym. 2004).

Ravitsemusneuvonnan merkitys on osoitettu tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä (Tuomilehto ym. 2001, Vessby ym. 2001, Knowler ym. 2002, Lindström ym. 2006). Myös diabeetikot kaipaavat kohdennettua ravitsemusneuvontaa elintapojen muuttamisen tueksi (Clark ja Hampson 2001, Kaltiala ym. 2005), sillä elintarviketeollisuus tuo jatkuvasti markkinoille uusia elintarvikkeita ja ravintorasvojen saannin lähteet muuttuvat (Valsta ja Männistö 2003). Kuitenkin ravitsemusneuvonnan tarve tunnustetaan huonosti ja useiden potilasryhmien saama ravitsemusneuvonta on riittämätöntä (Haapa ja Pölönen 2002, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003). Lisäksi ravitsemusneuvonnan heikkouksina ovat olleet moniammatillisen yhteistyön selkiintymättömyys ja terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemuksen kirjavuus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003). Niin kansainvälisissä (American Diabetes Association 2002) kuin suomalaisissa diabeetikoiden neuvontaohjeistuksissa asiaan on paneuduttu (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003, Käypähoitosuositukset 2004, Lahti-Koski ja Sirén 2004) ja perusterveydenhuollossa hoitajien ja lääkäreiden toteuttamassa diabeetikoiden hoidon ohjauksessa ja seurannassa ravitsemukseen liittyvät asiat ovat keskeisiä (Ilanne-Parikka ja Rönnemaa 2000).

Terveydenhuoltohenkilöstön elintapaneuvontakeskustelut on todettu pinnallisiksi ja epätarviksi kuvauksiksi. Potilaiden mahdollisuus keskustella ja arvioida omaa terveystietämystään sekä vaihtoehtojaan omasta epävarmuudestaan elintapamuutoksissa ei useinkaan sisälly käynteihin (Hampsonin ym. 1996, Pyörälä 2000, Peräkylä 2001, Kasila ym. 2003, Poskiparta ym. 2004). Hoitoon hakeutuessaan diabeetikot usein vasta harkitsevat ruokatottumusten muutoksia ja harva toteuttaa jo tiedostettuja muutostarpeitaan (Kasila ym. 2003, Vallis ym. 2003, Kettunen ym. 2004). Terveydenhuoltohenkilökunnan ja potilaiden omat arviot elintapojen muutosten toteuttamista edistävistä ja estävistä tekijöistä saattavat olla ristiriitaiset. Potilaat painottavat suosittelun ravitsemuksen toteutumisen esteinä mm. kiirettä, ulkona syömistä, erilaisten ruoka-aineiden ravitsemussisältöjä ja vaikeuksia sisällyttää mieliruokia ravintoon, kun taas diabeteshoitajat korostavat potilaiden haluttomuutta seurata suunnitelmaa ja annoskoon kontrollia (Amström Shultz ym. 2001).

Wolpert ja Anderson (2001) ovat todenneet, että erityisesti ravitsemusneuvonnan toteutustavat

kaipaavat kehittämistä. Tyypin 2 diabeetikoiden valmiudet muuttaa omia ruokatottumuksiaan vaihtelevat suuresti (Kasila ym. 2003). Tutkimusten mukaan yksilöllisen potilaan muutoshalukkuuden huomioivan ravitsemusneuvonnan, on todettu johtavan parempaan tulokseen kuin pelkän tietoa jakavan neuvonnan (Steptoe ym. 2003, Vallis ym. 2003). Ihmisillä on tietoa terveellisestä ravinnosta, mutta tietojen käytäntöön soveltaminen ei onnistu (Salminen ym. 2002, Britt ym. 2004). Ravitsemusneuvonnan tavoitteena on edistää potilaiden valmiuksia tehdä tarvittavia muutoksia omiin ruokatottumuksiinsa ja tukea heidän itsehoitokykyjään tarjoamalla ongelmanratkaisukeinoja (Rosal 2001, Wolpert ja Anderson 2001). Ravitsemusneuvontaan kaivataan yksityiskohtaisempaa ruoka- ja ravintoainetasoista tutkimustietoa terveysneuvonnan tehostamiseksi, siksi tässä artikkelissa paneudutaan ravintorasvoja koskeviin keskusteluihin.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksessa selvitetään ravintorasvojen käyttöön liittyviä neuvontakeskusteluja perusterveydenhuollon hoitajien (diabeteshoitajien/sairaanhoitajien) ja lääkäreiden vastaanotoilla tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tutkimustuloksia havainnollistetaan autenttisilla esimerkeillä. Vastauksia etsitään kysymyksiin: Kuinka paljon ravitsemus- ja ravintorasvaneuvontaa on diabetesneuvonnassa? Kuka ja miten ravintorasvoja koskeva neuvontatilanne avataan ja miten avauksiin reagoidaan?

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimus on osa laajempaa tyypin 2 diabetesneuvonnan seurantatutkimusta. Aineisto on kerätty neljästä väestövastuuperiaatteella toimivasta terveyskeskuksesta vuosina 2000–2002. Tutkimukselle on haettu alueen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa. Tässä tutkimuksessa analysoitiin samojen vapaaehtoisten 40–69 -vuotiaiden potilaiden videoidut diabetesneuvontaan liittyvät käynnit viiden hoitajan ja seitsemän lääkärin vastaanotoilla. Tutkimukseen mukaanottokriteerinä oli että, osallistuneilla 17 potilaalla (naisia 8 ja miehiä 9) oli vasta todettu tyypin 2 diabetes tai kohonneesta verensokeripitoisuudesta johtuva lääkärin arvioima neuvonnan tarve ja heidät ohjattiin hoitajien diabetesneuvontaan. Potilaan ensimmäisellä neuvontakäynnillä hoitajan luona selvitettiin tutkimukseen osallistumishalukkuus. Muutama potilas kieltäytyi tutkimuksesta, mutta

18 potilaan suostumus saatiin puolen vuoden sisällä. Tutkimuksen aikana yksi potilas kuoli ja hänet suljettiin pois tästä tutkimuksesta.

Kahden vuoden aikana potilaiden käynnit hoitajilla vaihtelivat 2–11 välillä ja lääkärikäynnit 0–7 välillä. Videoidut neuvontakäynnit olivat osa normaalia tyyppin 2 diabeetikoiden seurantaa, joka toteutettiin kunkin terveystieteiden organisaation tavalla noudattaen valtakunnallisia tyyppin 2 diabeetikoiden hoitosuosituksia (Käypähoitosuosituksien 2004). Potilaiden käytössä oli myös Diabetestieteiden (2000) ”Mikä nyt neuvoksi?” ohjekirjanen. Lääkäreiden ja hoitajien käytössä olivat virallisiin terveystieteiden järjestelmiin kirjatut tiedot potilaiden aikaisemmasta terveystieteiden käytöstä. Neljällä potilaalla oli myös mahdollisuus käydä ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Sekä hoitajat että lääkärit viittasivat neuvontakäynneillä potilaiden ravitsemusterapeutin luona käynteihin, mutta tarkempaa täsmennystä potilaiden saamasta neuvonnasta ei tehty. Ravitsemusterapeutin käynnit eivät sisälly tähän tutkimukseen.

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön erittelyllä (Pietilä 1973, Tuomi ja Sarajärvi 2003). Hoitajien 97:stä ja lääkäreiden 32:sta videoidusta neuvontatilanteista poimittiin ensin potilaittain ja käynneittäin kaikki ravitsemusneuvontaan liittyvä puhe omiksi tekstitiedostoiksi, joista erotettiin rasvan käyttöön liittyvä puhe. Ravintorasvapuheet määriteltiin aineistolähtöisesti ilmaisut, joissa kerrottiin rasvan määrään ja laatuun liittyvistä asioista ruuan valmistuksessa, ruokavaliosta, leivän päällä käytettävissä levitteissä, juustoissa ja leikkeleissä, maitotuotteissa, liha- ja makkaravalmisteissa sekä leivonnaisissa. Keskustelut kuiduista, hedelmistä, juureksista, viljavalmisteista, alkoholista ja muista juomista sisältyvät ravitsemusneuvonnan kokonaiskestoisiin, mutta ni-

den tarkempaa analysointia ei raportoida tässä artikkelissa.

Kaksi henkilöä luki erikseen litteroidut tekstitiedostot ja merkitsi niihin ravitsemusneuvontaa ja ravintorasvapuheen. Tämän jälkeen merkintöjä vertailtiin keskenään. Tulkinallista ristiriitaa ei esiintynyt arvioitsijoiden välillä. Videoilta tarkistettiin ajalliset kestot minuutin ja sekunnin tarkkuudella (Taulukko 1). Tekstitiedostoista laskeettiin ravitsemusneuvontaa- ja ravintorasvapuheen sisältöalueet ja määrät sekä selvitettiin ravintorasvaneuvonnan avaukset ja niihin vastaukset (Taulukko 2). Lisäksi teksteistä analysoitiin hoitajien, lääkäreiden ja potilaiden esittämät kysymykset (Taulukko 3).

TUTKIMUSTULOKSET

Ravitsemusneuvontaa sisältyi 79 % hoitajien ja 63 % lääkäreiden neuvontakäynneistä ja se kohdentui pääosin ravintorasvakeskusteluihin. Ajallisesti ravitsemusneuvontaa oli kuitenkin vähäistä suhteessa neuvontakäyntien kokonaiskestoisiin. Ravintorasvakeskustelut olivat useimmiten lyhyitä mainintoja, mutta joitakin pitkiäkin ilmaisuja esiintyi (Taulukko 1).

Yleensä terveydenhuollon ammattilaiset, hoitajat lääkäreitä useammin, avasivat ravintorasvoja koskevat keskustelut. Taulukon 2 yhteensä rivi osoittaa, että puheen avauksiin keskustelijat vastasivat usein kommentoimalla asiaa jotenkin (Esimerkki 1, rivi 7), minimipalautteen ”joo, niin tota, mmm” jäädessä määrällisesti vähäisemmäksi. Useimmiten terveydenhuoltohenkilöstö avasi keskustelun mainitsemalla kolesteroliarvot. Niin ammattilaisten kuin potilaidenkin ravintorasvapuheen avauksiin sisältyi toteamuksia rasvan laadusta, määrästä, käytön yleisyydestä ja rasvan osuudesta ruokavaliosta (Taulukko 2). Neuvonnat etenivät esimerkkien 1 ja 2 mukaisesti potilai-

Taulukko 1.

Yhteenveto tutkimusaineiston ravitsemusneuvontakäynneistä.

Neuvontakäynneistä	Potilaiden käynnit hoitajilla	Potilaiden käynnit lääkäreillä
Neuvontakäyntejä yhteensä	97	32
Ravitsemusneuvontaa sisältäviä käyntejä	79 %	63 %
Neuvontakäyntien kokonaiskesto	63 h 35 min 53 s	16 h 40 min 58 s
Ravitsemusneuvonnan kokonaiskesto	9 h 16 min 54 s	55 min 39 s
Ravintorasvaneuvonnan kokonaiskesto	7 h 18 min 4 s	52 min 1 s
Ravintorasvaneuvonnan osuus kokonaiskestosta	11.1 %	5.2 %
Ravintorasvaneuvonnan puhevuorojen määrä yhteensä	268	43
Ravintorasvaneuvonnan kestojen keskiarvo/käynti	5 min 10 s	3 min 1 s
Yhtäjaksoisten ravintorasvaneuvontapuhevuorojen kestojen keskiarvo	7 min 50 s	3 min 11 s

Taulukko 2.

Potilaiden, hoitajien (H) ja lääkäreiden (L) ravintorasvapuheen avausteemat neuvontatilanteissa sekä keskustelijoiden vastaukset.

Ravintorasvapuheen avausilmausten sisältöalueet	Potilaiden avausilmaukset		Terveydenhuollon ammattilaisten vastaukset		Terveydenhuollon ammattilaisten avausilmaukset		Potilaiden vastaukset	
	H/L	H/L	minimi- palaute H/L	kommentti H/L	H/L	H/L	minimi- palaute H/L	kommentti H/L
Rasvan määrä	3/3	1/2	2/1	19/1	13/-	6/1		
Rasvan laatu	19/2	5/2	14/-	43/2	15/1	28/1		
Ruokavalio	14/4	6/3	8/1	32/1	10/1	22/-		
Painonpudotus	5/-	2/-	3/-	5/1	2/1	3/1		
Kolesteroliarvot	3/1	1/-	2/1	53/12	25/7	28/5		
Kolesterolilääkitys	-	-	-	6/4	3/1	3/5		
Rasvat diabeteksen hoidossa	3/-	1/	2/-	10/1	5/-	5/1		
Yhteensä	47/10	16/7	31/3	168/22	73/11	95/14		

den kolesteroliarvojen tarkennuksesta, suositustasojen esittelyyn, jatkuen rasvan laatu- ja määräkeskusteluina. Rasvan laatu- ja määräkeskustelut olivat usein pinnallisia, yleisellä tasolla olevia ”keyyttyä”- maininnaksi jääviä (Esimerkki 1, rivit 14, 15). Potilaiden korkeiden kolesteroliarvojen ja rasvalaadun väliset mahdolliset syy-yhteyskeskustelut jäivät usein tekemättä (Esimerkit 1, 2). Toisaalta potilaat eivät myöskään korostaneet korkeita kolesteroliarvoja ja niiden merkitystä diabeteksen hoidossa ja siirsivät mielellään puheen itselleen suotuisaan aiheeseen (Esimerkki 2, rivit 8–10).

Esimerkki 1 (Potilas A)

- 1 H: Joo kolesteroli on ollut 6,5 HDL 1.0 trigly 1.8, että nämä kolesterolit tuolla on yläkantissa
(poistettu hoitajan puhetta rasva-arvojen suositustasoista)
- 4 Punainen lankahan siinä oli sun hommässä, että eläinrasva karsittiin pois. Onko sulla ollut kalaa siellä?
- 7 P: Kyllä me kalaa syödään.
(ravintorasvoihin liittymätöntä tekstiä poistettu)
- 8 H: rasvan laatu, määrä, onks tämmösiin vai mo?
- 10 P: No tottakai aina, pitäähän sen johonkin päästä sanomaan.
- 12 H: Joo (nauradus) Onks teillä minkäläistä rasvaa siellä kotona?
- 14 P: Kyllä ne, joo kyllä nää kevytlevitteet on.
- 15 H: Kevytää
- 16 P: Ne on kaikki, rasva katotaan nykyään jo koiran makkarasta

Esimerkki 2 (Potilas B)

- 1 L: Sullon noin kolesteroli lievästi koholla ollut, ei mahdollittoman korkeella mutta...
(poistettu puhetta kolesterolitasoista yleensä)
- 3 Tietysti tautiin liittyy, mutta sitä suuremmalla syyllä, että tuota, pitää miettiä, että saataisiin ko tuota suhdetta vielä mitenkään korjattua.
- 6 Että onko siinä ruokavaliossa sitten mahdollista öljyjä lisätä mitenkään?
- 8 P: Mää oon aika paljon pudottanut sen jälkeen kun ensimmäisen kerran tämä työterveyslääkäri siitä mainitsi.

Terveydenhuoltohenkilöstö ei korostanut avauspuheenvuoroissaan ravintorasvojen merkitystä diabeteksen hoidossa vaan rasvat mainittiin yhteenvedonomaaisesti (Taulukko 2). ”Et jos aatellaan diabeteksen hoidon tärkeimmät seikat niin se on tuo ruokavalio, liikunta ja sitten lääkehoito” (Hoitaja, Potilas E). Osa potilaista tiedosti jo ravintorasvojen osuuden diabeteksen hoidossa, mutta asiantuntijat eivät hyödyntäneet potilaiden aikaisempaa tietämystä neuvonnassa, vaan saattoivat siirtää keskustelun toisiin asioihin (Esimerkki 3, rivi 14).

Esimerkki 3 (Potilas C)

- 1 H: Kun siinä ois mahdollisimman vähän rasvaa, aatellen että tämä oli sydän- ja verenkiertoelimistön sairaustilanne. Ja rasva on nimennomaan sille verenkiertoelimistölle se haitallisin.
- 6 P: Käytän pelkästään kylä kasvisrasvoja, että?
- 7 H: No se on kylä hyvä.
- 8 P: Se on, se on – mut kyllä mulla kolesteroli on koholla.

10 H: Joo niin mä katoen tuosta, että oli vähän
11 ja tuota
12 P: Ei kai se mitään niin kauheen hälyttävää,
13 mut kuitenkin koholla.
14 H: Että sen ymmärtääkin, että kun on useam-
15 pi pieni ateria, niin se verensokeri pysyy va-
16 kaana.

Potilaat toivat puheenvuoroissaan esille, että he olivat jo aiemmin saaneet neuvoja ravintorasvoista. Esimerkiksi levitteiden ja juustojen käytössä rasvan laatu ja määrä oli heillä tiedossa, mutta he eivät olleet vielä halukkaita omaksumaan uutta elintapaa, jonka he myös kertoivat rehellisesti (Esimerkki 4, rivit 6, 13). Ravintorasvojen käytön esteinä olivat kalliit vaihtoehdot, paha maku, sekä liiat isot pakkauskoot: ”Kun eihän mulla oo se yks Becel-rasia niin vanhakshan se menee, ei mulla oo kun pieni kolo siellä toisessa päässä.” (Potilas B). Eräs potilas taas kuvaa rasvamäärän näkymättömyyden muutoksen esteenä. ”Tuossa ett’ rasvaa mää oon kyllä enemmän ku kokeilin, miten vähän se puol teelusikallista on, niin sitä ei niinku nääkkään leivällä.” (Potilas F). Lisäksi muut perheen jäsenet esimerkiksi miehet eivät suostuneet käyttämään kevyt levitteitä.

Esimerkeissä 3 (rivit 12–15) ja 4 (rivi 5) tulee myös esille, miten hoitajat nostavat esille edellisten käyntien asioita, mutta aikaisempien neuvontakäyntien sisältöjä ja tietoja ei hyödynnetty ravitsemusneuvonnan syventämisessä ja kohdentamisessa juuri kyseisten potilaiden tarpeisiin.

Esimerkki 4 (Potilas D)

1 H: Onks rasva – mitäs ootte leivälle laittanut
2 rasva?
3 P: Kyllä mä en oo siitä, kyllä mä oon sitä,
4 samalla tavalla ku ennenkin.
5 H: Niin sitä rahka- persilja vai?

6 P: Ei joo, kyl mut, ei me ite oo, kyllä mä oon
7 ihan sitä Voimariini, niin oon pistänyt leiväl-
8 le.
9 H: Joo, joo
10 P: Mutta en kovin, ja juustoo tietysti laitan ja
11 kermaa kahviin.
12 H: Kelpaako jo vähärasvaisempia juustoja?
13 P: Ni voihan se olla, että on ja ei.
14 H: Niin, se on varmaan semmonen tekijä, jo-
15 hon kannattaa kiinnittää huomioita sitten,
16 esimerkis juustoissa just, että koittas niitä
17 vähärasvaisempia valita, koska ne on justiin
18 sitä kovaa rasvaa, joka
19 kalkeuttaa niitä suonia.

Tässä aineistossa keskustelujen avaukset tapahtuivat usein kysymyksillä. Hoitajat esittivät valtaosan kysymyksistä, mutta myös potilaat olivat melko aktiivisia kysyjä, kun taas lääkärit kysyivät vähiten ravintorasvoihin liittyvistä asioista. Hoitajien kysymykset kohdentuivat leipälevitteiden, juustojen rasvan laatuun ja määrään. Koko aineistossa esitettiin neljä kysymystä ravinnon kokonaisenergian saannista. Lääkäreiden esittämät kysymykset jakautuivat melko tasaisesti eri sisältöalueiden kesken (Taulukko 3 ja Esimerkki 5). Potilaat tarkensivat kysymyksiin omaa tietämystään: ”Onko se muuten margariinia vai mitä sen se vihree Levi?” (Hoitaja, Potilas F).

Esimerkki 5 (Potilas D)

1 L: Joo justiin. Eli silloin vielä olitte sitten
2 vähärasvaisempiin juustoihin siirtynyt ja joo
3 17-prosenttista juustoa olitte siirtynyt käyttä-
4 mään ja rasvoja ilmeisesti, oottekste niitä vai-
5 dellut?
6 P: No en mä nyt hirveesti loppujen lopuks ole
7 L: Te olitte Voileviä aikaisemmin käyttänyt?
8 P: Joo

Taulukko 3.

Potilaiden, hoitajien (H) ja lääkäreiden (L) esittämät kysymykset neuvontakäynneillä sisältöalueittain.

Ravintorasvapuheen sisältöalueet	Potilaiden esittämät kysymykset H/L	Hoitajien esittämät kysymykset	Lääkäreiden esittämät kysymykset
Yleensä laadusta	10/–	26	2
Yleensä määrästä	8/2	25	5
Levitteet leivällä	10/–	72	8
Juustoissa	5/–	61	8
Leikkeleissä	–/–	27	2
Maitotuotteissa	5/–	30	5
Ruuan valmistuksessa	9/–	23	3
Kokonaisenergian saanti	–/–	4	–
Yhteensä	47/3	268	32

9 L: Mut sen ootte nyt vaihtanut pois?
10 P: No, kyllä mulla tuota on sitäkin ollut, mut-
11 ta nytte tässä semmosen 60-prosenttisen tuli
12 uus Voimariini-tuote markkinoille. Mä oon
13 sitä nyt käyttänyt.
14 L: Justiin

POHDINTAA

Tässä tutkimuksessa samoin kuin aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuoltohenkilöstö (Haapa ja Pölonen 2002, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003) käyttää vähän aikaa ravitsemusneuvontaan ja että lääkärit käyttävät vähemmän aikaa kuin hoitajat. Ajankäyttö kuvastaa suomalaisen terveydenhuollon työnjakoa, hoitajat huolehtivat elintapaneuvonnasta ja lääkärit keskittyvät sairauksien diagnosointiin ja lääkityksen täsmentämiseen (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003).

Viimeaikaiset julkiset keskustelut perusterveydenhuollon tilasta ja hoitotakuun toteutumisesta kertovat elintapaneuvonnan edellytysten väheneemisestä. Kuitenkin diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä ravitsemusneuvonnalla on keskeinen merkitys (Tuomilehto ym. 2001, Vessby ym. 2001, Lindström ym. 2006) ja neuvonnan pitäisi noudattaa uuden ravitsemussuosituksen linjauksia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Osan neuvontatyöstä voisivat tehdä muut perusterveydenhuollon henkilöt ja ulkopuoliset terveyden edistämiseen keskittyneet organisaatiot kuten potilasjärjestöt, joiden kanssa terveydenhuollon tulisi lisätä yhteistyötä. Toisaalta osaan ravitsemusneuvontatyötä tarvitaan ravitsemusterapeutteja, joiden virkoja perusterveydenhuollossa on vähän (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, etteivät vain ajalliset lisäykset ole riittäviä ravitsemusneuvonnan kehittämiseksi, vaan myös ravitsemusneuvonnan sisältöjä ja neuvonnan rakennetta tulisi kehittää paremmin potilaan tarpeita tukeväksi (vrt. myös Hansen ym. 2004). Potilaat kertoivat saaneensa jo aiemmin ravitsemusneuvontaa ja heidän puheenvuoroissaan tuli esille tietämys ravintorasvoista. Tutkimusten mukaan potilaat kaipaavat aikaa neuvontakeskusteluihin mutta myös tietoa, joka vastaa heidän tiedontarpeitaan eikä ammattilaisten oletuksia (Norris ym. 2001, Kiesler ja Auerbach 2005, Williams ja Jones 2006). Neuvontatilanteissa ravintorasvojen merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa esiintyi vain lyhyinä mainintoina. Hoitajat ja lääkärit eivät useinkaan tarkentaneet, sitä tiesivätkö potilaat,

miten tietoa tulisi soveltaa arkielämässä. Toisaalta konkreettiset sovelluspohdinnat yhdessä potilaan kanssa, olisivat paljastaneet, onko kysymyksessä tiedon vai motivaation puute. Tarkennetuilla avoimilla kysymyksillä voidaan ravintorasvaneuvonta kohdentaa juuri potilaan tarpeita vastaavaksi ja mahdollisesti vähentää siihen käytettävää aikaa (vrt. Williams ja Jones 2006).

Terveydenhuoltoon tulisi kehittää erilaisia keskustelun apuvälineitä ja potilaan ravitsemuskäyttäytymisen itsearviointeja tukevia malleja. Ruokapäiväkirjat ovat osoittautuneet työläiksi ja epäluotettaviksi ruuan seurannan välineiksi potilaiden kiireisen elämänrytmin ja vähäisten asiantuntijaresurssien takia (Summerbell ym. 1996, Yates ym. 1998, Forslund ym. 2002). Erilaisia nettipohjaisia ravitsemuksen itsearviointimenetelmiä on jo käytössä, kuten rasva-, suola- ja kuitutestejä (mm. www.sydanliitto.fi), mutta tutkimustieto niiden luotettavuudesta ja vaikutuksista elintapojen muutoksiin on vielä vajavaista. Potilaiden tietojen tarkennus on kuitenkin tarpeen, sillä elintarvikkeet muuttuvat jatkuvasti (Valsta ja Männistö 2003). Ravitsemusneuvonnassa tulisi yhdessä potilaiden kanssa kirjallisesti sopia neuvonnan sisällöt, konkreettiset tavoitteet, keinot niiden saavuttamiseksi sekä miten tavoitteiden toteutumista/estymistä arvioidaan. Näiden tietojen välittyminen sähköisen terveystietojärjestelmän kautta kunkin potilaan koko hoitotiimille tehostaisi ravitsemusneuvontaa ja hoidon seuranta. Nykyisissä tietojärjestelmissä tällainen tiedonvälitys on vaikea toteuttaa, mistä osin johtuu se, ettei tässä tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden aikaisempia ravitsemusneuvontakäyntejä hyödynnetty seuraavilla käynneillä.

Tässä aineistossa potilaiden videoidut neuvonnat rajoittuivat vain tyypin 2 diabeteksen hoidon seurantaan liittyviin käynnteihin. Joitakin potilaiden neuvontakäyntejä, jotka sisälsivät muitakin kuin diabeteksen hoitoon liittyviä asioita, ei ole videoitu potilaiden ja lääkäreiden toivomuksesta. Systemaattinen verensokerien, rasva-arvojen, verenpaineen ja painon määrittäminen olivat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden osalta puutteellisia, mikä kuvanee vuosien 2000–2002 aikaista diabetesneuvontaa. Diabeteksen hoitoon ja ehkäisyyn on annettu selkeitä ohjeita ja terveyskeskuksissa onkin paneuduttu diabeetikoiden hoidon kehittämiseen (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003, www.duodecim.fi/kaypahoitosuositukset.2004). Lääketieteellisten viitearvojen seurannan epätarkkuus ei heikennä tämän

tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimuksessa analysoitiin ravitsemusneuvontakeskusteluja. Kolesteroliarvot olivat kuitenkin useimmiten ammattilaisten keskustelunavauksia, joten tulevaisuudessa lääketieteellisten viitearvojen merkityksen selvittäminen ja näiden tietojen liittäminen potilaan elintapoihin voisi tehostaa ravitsemusneuvontaa (Britt ym. 2004).

Artikkelissa kuvataan tyypin 2 diabeetikoiden kahden vuoden neuvontaprosesseja. Useiden potilaiden käynnit ovat jatkuneet tutkimuksen jälkeen perusterveydenhuollossa, jolloin heidän saamansa ravitsemusneuvonta on voinut kehittyä monella tavalla. Aineisto on valikoitunut vapaaehtoisten osallistujien vuoksi, mutta kuitenkin edustava työelämän diabetesneuvonnan kuvauksena ja tulokset antavat selkeitä viitteitä terveydenhuoltohenkilöstön työn ja neuvontataitojen kehittämiseksi (vrt. Peräkylä 2001, Poskiparta ym. 2004).

Tutkimusaineistosta selvitettiin sisällön erittelyllä ravitsemus- ja ravintorasvaneuvonnan ajalliset kestot, neuvontakeskustelujen avaukset ja hoitajien, lääkäreiden sekä potilaiden vastaukset. Muiden neuvonnan sisältöalueiden tarkastelu sekä aineiston analysointi, esimerkiksi keskusteluanalyysillä, syventäisi ja tarkentaisi diabetesneuvonnan kuvaa. Kuitenkin käytetty sisällön

erittely nosti esille keskeisiä asioita ravitsemusneuvonnan kehittämiseksi. Jatkotutkimuksissa tulisi analysoida todellisia äänitettyjä tai videoituja neuvonta-aineistoja kyselylomakeaineistojen lisäksi, jolloin tarkentuisi ravitsemusneuvonnan sisällöt, rakenteet ja elintapojen muutoksia tukevat tai estävät käytänteet tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä. Yksi tärkeä tutkimusalue olisi, miten potilaat käyttävät saamaansa informaatiota oman terveytensä hoitamiseen ja millaisia tulkintoja he tekevät saamastaan ravitsemusneuvonnasta.

Terveydenhuoltohenkilöstö on tietoinen terveyden elintapojen edistämisen merkityksestä omassa työssään, mutta neuvonnan toteutus käytännön työelämässä on usein vaikeaa ja taitojen oppiminen vie aikaa (Poskiparta ym. 2001). Näiden rajoitteiden selvittäminen on yksi osa perusterveydenhuollon priorisointikeskusteluja, sillä terveysneuvontatyötä tulisi arvostaa. Lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön perus- ja täydennyskoulutuksessa tulisi kehittää ravitsemusneuvonnan sisältöjä. Elintapojen muutoksien tukemiseen soveltuvat keskustelulliset keinot näyttäisivät tämän aineiston perusteella olevan keskeisiä koulutussisältöjä niin terveydenhuollon ammattilaisille kuin heidän asiakkailleen.

Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Kettunen T, Karhila P: Dietary counseling in diabetes within primary care
Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2007;44:20–28

This study was carried out by identifying the opening of dietary counselling sessions and the arguments that patients as well as nurses and physicians used when discussing the type and consumption of dietary fats in type 2 diabetes care counselling in primary care. The two-year follow-up research data consisted of 129 videotaped counselling sessions of 17 patients with nurses and physicians. The numbers of sessions varied between different patients, from 0 to 7 visits with physicians and from 2 to 11 visits with nurses. The transcribed data were analysed using content

analysis. The nurses and the physicians devoted little time to dietary counselling. The opening of the sessions by the patients concentrated on the type of dietary fats thus as by the health professionals on blood cholesterol levels, to which the patients responded by providing minimal comments. The health professionals did not emphasize the role of reducing dietary fats as substituting for or augmenting diabetes care. They also need in-service education on how to discuss, support and motivate patients to change their health behaviour.

KIRJALLISUUS

- Aikuisten lihavuus. Käypähoitosuositus 2006. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi24010>. Päivitetty 10.3.2006 (viitattu 25.3.2006).
- American Diabetes Association. Diabetes mellitus and exercise. *Diabetes Care* 2002;25:S64–S68.
- Armstrong Shultz J, Sprague MA, Branne LJ, Lamberth S. A Comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to Diet and Exercise. *J Health Comm* 2001;6:99–115.
- Britt E, Hudson S, Blampied N. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Counsel* 2004;45:147–55.
- Clark M, Hampson SE. Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes. *Patient Educ Counsel* 2001;42:247–56.
- European Diabetes Policy Group. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Medicine* 1999;16:716–30.
- Forslund HB, Lindroos AK, Sjöström L, Lissner L. Meal patterns and obesity in Swedish women – a simple instruments describing usual meal types, frequency and temporal distribution. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:740–7.
- Haapa E, Pölonen A. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001/2. Edita Pirma Oy, Helsinki, 2002.
- Hampson SE, McKay HG, Glasgow RE. Patient-physician interactions in diabetes management: consistencies and variation in the structure and content of two consultations. *Patient Educ Counsel* 1996;29:49–58.
- Hansen LJ, de Fine Olivarius N, Siersma V, Drivsholm T, Sahl J. Individualised treatment goals in diabetes care. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:71–77.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys Kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B13/2004. Helsinki 2004.
- Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T. Diabeetikon hoidon seuranta avoterveydenhuollossa. *Suomen Lääkäril* 2000;44:4509–13.
- Kaltiala, U, Louheranta A ja Nuutinen O. Tyypin 2 diabeetikko kaipaa ajankohtaista tietoa ruokavalioista. *Diabetes ja Lääkäri* 2005:20–25.
- Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Dietet* 2003;16:159–66.
- Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. Muutospuhe tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääk Aikak* 2004;41:352–65.
- Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Educ Counsl* 2006;61:319–41.
- Knowler W, Barret-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Kachin JM, Walker EA, Nathan D. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Eng J Med* 2002;34:393–403.
- Lahti-Koski M, Sirén M. 2004. Ravitsemuskertomus 2003. Kansanterveyslaitos. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Ravitsemusyksikkö. Julkaisuja B4/2004, Helsinki, 2004.
- Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle TT, Uusitupa M, Tuomilehto J. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368:1673–79.
- Marshall JA, Bessesen DH, Hamman RF. High saturated fat and low strach and fibre are associated with hyperinsulianemia in a nondiabetic population – the San Luis Valley Diabetes Study. *Diabetologia* 1997;40:430–8.
- Mikä nyt neuvoksi? Suomen Diabetesliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2000.
- Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM. Effectiveness of Self-Management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561–87.
- Peräkylä A, Sorjonen M-L, Tammi T, Raevaara L, Haakama M. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa M-L Sorjonen, A Peräkylä, K Eskola. (toim) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino, Tampere, 2001:161–82.
- Pietilä V. Sisällön erittely. Gaudeamus, Helsinki, 1973.
- Poskiparta M, Kasila K, Kettunen T, Kiuru P. Tyypin 2 diabeetikoiden liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. *Suomen Lääkäril* 2004;59:1491–5.
- Poskiparta M, Liimatainen L, K, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counselling. *Patient Educ Counsl* 2001;45:69–79.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein M.G, Marcus B.H, Rakowski W, Fiore C, Harlow L.L, Redding C.A, Rosenbloom D. ja Rossi S.R. Stages of change and decisional balance of 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994;13:39–36.
- Pyörälä E. Interaction in Dietary Counselling of Diabetic Children and Adolencents. Kansanterveystieteen julkaisuja M 173:2000. Department of Public Health. Helsinki University Press, University of Helsinki, 2000.
- Riccardi G, Rivellese AA. Dietary treatment of the metabolic syndrome – the optimal diet. *Br J Nutr* 2000;83 Suppl 1:S143–S148.
- Rosal MC, Ebbeling C, Lofgren J, Ockene JK, Ockene IS, Hebert J. Facilitating dietary change: the patient-centered counselling model. *J Am Diet Ass* 2001;3:332–41.
- Salminen V, Lindström J, Louheranta A, Rastas M. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät

- diabeteksen puhkeamista. *Suomen Lääkäril* 2002;57:1379–82.
- Stephoe A, Perkins-Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S, Cappuccio F. Behavioral counseling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomized trial. *BMJ* 2003;326:855–8.
- Summerbell CD, Moody RC, Shanks J, Stock MJ, Geissler C. Relationship between feeding pattern and body mass index in 220 free-living people in four age groups. *Eur J Clin Nutr* 1996;50:513–9.
- Sydänliitto. <http://www.sydänliitto.fi>.
- Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Gummerus, Jyväskylä, 2003.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle T.T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Preventive of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001;344:1343–50.
- Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Suomen Diabetesliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2003.
- Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, Edwardes L, Ross J, Prochaska J. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:1468–74.
- Valsta L, Männistö S. Ruokavalion kovien rasvojen lähteitä entistä vaikeampi tunnistaa. *Kansanterveys* 2003;9: 5–6.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuosituksen toteuttamiseksi. Komiteamietintö. Helsinki, 2003.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Edita Prima Oy, Helsinki, 2005.
- Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, ym. Suomalaisien sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. *Suomen Lääkäril* 2003;58:4099–106.
- Vessby B, Uusitupa M, Hermansen K, ym. Substituting dietary for monounsaturated fat impairs insulin sensitivity in healthy men and women th KANWU study. *Diabetologia* 2001;44:312–19.
- Wannamethee SG, Shaper AG. Weight change and duration of overweight and obesity in the incidence of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:1266–72.
- Williams A, Jones M. Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *J Adv Nurs* 2006;2:188–195.
- Wolpert HA, Anderson BJ. Management of diabetes: are doctors framing the benefits from the wrong perspectives? *BMJ* 2001;7319:994–6.
- Yates H, Crombie N, Kirk T. Energy intake compensation during snacking intervention – a pilot study. *Nutrition & Food Science* 1998;5:267–71.

MARITA POSKIPARTA

Dos. terveystieteiden lehtori
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos

KIRSTI KASILA

TtM, tutkija
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos

TARJA KETTUNEN

TtT, ylihoitaja,
Jämsän seudun terveydenhuollon
kuntayhtymä

KATI VÄHÄSARJA

LitM, tutkija
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos

PÄIVI KIURU

TtM, tutkija
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos