



Diabetesbarometri 2015

Diabetesbarometri 2015

Sari Koski

Pdf-julkaisu/diabetes.fi/marraskuu 2015

ISBN: 978-952-486-174-8

Julkaisija: Suomen Diabetesliitto ry, Tampere 2015

Toimitustyö: Tarja Sampo

Ulkoasu: Johanna Häme-Sahinoja

Kannen kuvat: Janne Viinanen

Sisältö

1	Esipuhe	4
2	Diabetesbarometrin toteutus	5
3	Diabetesta sairastavien määrä ja verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö	6
	3.1 Diabetesta sairastavien henkilöiden määrä ja lääkkeiden käyttö Suomessa	6
	3.2 Diabeetikoiden verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö	6
	3.3 Vuosittain alkavien uusien erityiskorvausoikeuksien määrä	9
	3.4 Diabeetikoiden erityiskorvausoikeuksien kokonaismäärä	10
4	Diabeteksen ehkäisy	12
	4.1 Tyypin 1 diabeteksen ehkäisy	12
	4.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy	12
	4.3 Raskausdiabeteksen ehkäisy, hoito ja seuranta	13
5	Diabetesta sairastavien hoidon järjestäminen	14
	5.1 Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten hoito	14
	5.2 Diabetesta sairastavien aikuisten hoito	15
	5.3 Diabetesta sairastavien ikääntyneiden hoito	15
6	Diabeteksen hoidon onnistuminen ja kehittämistarpeet	
	- kyselyjen tulosten tarkastelua	16
	6.1 Diabetesta sairastavien näkemys	16
	6.2 Terveydenhuollon ammattilaisten näkemys	17
	6.2.1 Diabeetikoiden hoidon järjestäminen ja organisointi	17
	6.2.2 Diabeetikoiden hoidon resursointi	18
	6.3 Terveydenhuollon päättäjien näkemys	21
7	Yhteenveto ja päätelmät	24
8	Lähteet	26
9	Liitteet: kyselylomakkeet	

1 Esipuhe

Diabetesbarometri 2015 kertoo Suomen diabetestrendeistä 2010–2015 sekä diabetestilanteesta vuonna 2015. Julkaisu käsittelee diabetesta sairastavien, terveydenhuollon ammattilaisten ja hoidosta päättävien käsityksiä diabeteshoidon resursoinnista ja onnistumisesta.

Diabetesliitto on julkaissut aikaisemmin kaksi diabetesbarometriä: kansallisen diabetesohjelman, Dehkon, diabetesbarometrit julkaistiin 2005 ja 2010. Ne kokosivat yhteen pääasiassa Suomessa tehtyä diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää tutkimusta ja kehitystyötä. Niiden fokus oli siis erilainen kuin tämän diabetesbarometrin.

Tässä julkaisussa tarkastellaan kehitystä diabeteksen hoidossa. Tarkasteluajanjaksoja on kaksi. Toinen niistä koskee vuosia 2000–2014. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Dehko käynnistyi vuonna 2000, ja siitä alkoi voimakas kehitys mm. systemaattisissa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisytoimissa sekä diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittämisessä. Toinen tarkasteluajanjakso rajautuu vuosiin 2010–2014. Lähiajan tarkastelu tuo tietoa juuri nyt meneillään olevan toiminnan tarkoituksenmukaisuudesta ja onnistumisesta.

Diabetesbarometri 2015 tarjoaa tietoa diabeteksestä, sen esiintyvyydestä, hoidosta ja sen resursoinnista sekä näiden kehittämistarpeista. Diabetesbarometrin tiedot pohjautuvat suurelta osin kyselyihin ja selvityksiin, joita on tehty diabetesta sairastaville ja heidän läheisilleen, terveydenhuollon ammattilaisille sekä päättäjille. Diabeteksen hoidon trendeistä ja diabetesta sairastavien hoidon laadun seurannasta on saatavilla vain hajanaista tietoa. Hoidon laadun seuraamiseksi ei edelleenkään ole käytössä valtakunnallista systemaattista menetelmää, vaan tiedonsaanti on suurelta osin erilaisten rekisteritutkimusten varassa. Hoidon laadun seuranta on olennaisen tärkeää, jotta resurssit ja kehittämistoimet pystytään suuntaamaan oikein. Diabetesrekisteriä Suomeen on kaivattu jo useita vuosia, mutta rekisterikin on vain tietojen säilytyspaikka. Ratkaisevaa on se, miten tietoa käytetään toimien pohjana.

Diabetesliitto tarjoaa tämän Diabetesbarometrin keskustelun ja kehittämistoimien pohjaksi. Tiedot ovat käytökelpoisia sekä terveyspolitiikan valtakunnallisessa suunnittelussa että hoidon alueellisessa järjestämisessä ja kehittämisessä. Barometrin tiedot osoittavat myös suuntaa voimavarojen oikealle kohdentamiselle terveydenhuollon muutoksissa.

Paitsi päätöksentekijöille Diabetesbarometri 2015 on yhtä lailla kohdennettu diabetesta sairastaville suomalaisille, heidän läheisilleen sekä muille diabeteksestä kiinnostuneille. Diabetesbarometrin tavoite on tarjota selkeä ja helpolukuinen kuvaus suomalaisesta diabetestilanteesta.

Toiminnanjohtaja Janne Juvakka

2 Diabetesbarometrin toteutus

Diabetesbarometrin perusaineisto kerättiin eri kohde-ryhmille suunnattujen kyselyiden avulla.

Diabetesta sairastaville suunnattuja kyselyitä on tehty vuosina 2012, 2013 ja 2014. Vuoden 2012 kysely tehtiin Diabetesliiton internetsivujen Kohtauspaikka-keskustelupalstan kautta. Kyselyssä selvitettiin diabetesta sairastavien käsityksiä hyvästä omahoidon ohjauksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä kysymyksellä ”Mikä diabeteksen hoidonohjauksessa toimii ja miten sitä kehittäisit?”. Kyselyyn vastasi 134 diabetesta sairastavaa, pääasiassa tyyppin 2 diabeetikkoja (76 %). Kyselyn tuloksia on käytetty Yksi elämä -hankkeiden taustakyselyinä.

Vuonna 2013 kysely kohdistettiin tyyppin 1 diabetesta sairastaville ja heidän läheisilleen. Kyselyssä selvitettiin erityisesti sitä, miten vastaajat kehittäisivät tyyppin 1 diabeteksen hoitoa (Liite 1). Kysely tehtiin Diabetesliiton internetsivujen keskustelupalstan kautta. Lisäksi sama kysely toteutettiin Diabetesliiton paikallisyhdistysten alueellisilla neuvottelupäivillä. Yhteensä vastaajia oli 348. Kyselyä täydennettiin joulukuussa 2014 verkkoavoriihen avulla. Siinä vastaajat saivat vastata kysymykseen ”Mikä diabeteksen kanssa haastaa tai turhauttaa?” Verkkoavoriihessä vastaajat kertoivat ensin oman mielipiteensä ja saivat sen jälkeen laittaa muiden vastauksia tärkeysjärjestykseen sen mukaan, miten haastavaa tai turhauttavaa jokin asia on. Verkkoavoriiehen osallistui 350 tyyppin 1 diabeetikkoa. Näiden kyselyiden tuloksia on raportoitu osana Tyyppin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen -raporttia 2014 (<http://www.diabetes.fi/files/3903/>

Tyyppin_1_diabeteksen_hoidon_kehittaminen_-raportti.pdf).

Terveystieteiden ammattilaisten kyselyt tehtiin internetkyselynä helmi-huhtikuussa 2015 (Liite 2). Vastaavia kyselyitä on tehty muutaman vuoden välein. Terveystieteiden kyselyt lähetettiin pääasiassa sairaanhoitopiirien alueellisten diabetestyöryhmien sihteerien kautta. Kyselyssä selvitettiin diabetesta sairastavien hoitoon käytettäviä resursseja ja niiden kehittämistarpeita. Lisäksi selvitettiin hoitoprosessiin liittyviä tekijöitä ja hoidon onnistumista. Vastaajat olivat lääkäreitä (n= 109), hoitajia (N = 217), ravitsemusterapeutteja (N=16) ja jalkaterapeutteja (N=12) sekä muita diabeetikoiden hoitoon osallistuvia henkilöitä. Kysymyksiin vastasi kaikkiaan 365 henkilöä. Vastausprosentti oli noin 60.

Myös terveydenhuollon päättäjille tehtiin internetkysely. Siinä selvitettiin heidän käsitystään diabetesta sairastavien hoidon resursseista ja niiden kehittämistarpeista. Lisäksi selvitettiin tärkeimpiä hoidon ja ohjauksen kehittämistarpeita. (Liite 3) Kuntiin suunnatut kyselyt lähetettiin sähköpostitse kuntien kirjaamojen kautta. Kirjaamoja pyydettiin välittämään kysely terveydenhuollosta päättävälle henkilölle (esim. terveysjohtaja, sosiaali- ja terveysjohtaja, ylilääkäri). Sairaanhoitopiirien johtajille kysely lähetettiin suoraan heidän sähköpostiosoitteisiinsa. Kyselyyn vastasi 123 päättäjää. Kyselyn vastausprosentti oli 59.

3 Diabetesta sairastavien määrä ja verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö

3.1 Diabetesta sairastavien henkilöiden määrä ja lääkkeiden käyttö Suomessa

Diabetes on yksi nopeimmin yleistyvistä kansansairauksista. Kansainvälisen diabetesliiton julkaisu IDF Diabetes Atlas arvioi diabeteksen esiintyvyyden vuonna 2013 olleen 8,3 % maailman väestöstä, mikä tarkoittaa noin 382 miljoonaa diabetesta sairastavaa. Vuoteen 2035 diabeteksen esiintyvyyden ennustetaan kasvavan 10,1 % eli noin 592 miljoonaan ihmiseen.

Tässä Diabetesbarometrissa diabetesta sairastavien määrää Suomessa tarkastellaan Kansaneläkelaitoksen diabeteslääkkeiden korvaustilastojen avulla. Lääkekorvaustilastoista ei selviä, sairastaako diabeteslääkkeestä korvausta saanut tyyppin 1 vai tyyppin 2 diabetesta, raskausdiabetesta vai jotain harvinaisempaa diabetestyyppiä. Minkään verensokeria alentavan lääkkeen käyttäminen - tai korvaaminen - ei siis liity vain tiettyyn diabetestyyppiin.

Lääkekorvaustilastoista ei saa myöskään luotettavaa tietoa diabeteksen yleisyydestä ja yleisyyden muutoksesta, sillä verensokerilääkkeiden käyttöön ja korvaukseen vaikuttavat diabeteksen diagnosoiminen ja hoitokäytäntöjen vaihtelu ja niissä ajan myötä tapahtuneet muutokset. Lisäksi Kelan tilastoista löytyvät vain henkilöt, joilla diabetes on jo diagnosoitu ja lääkehoito aloitettu. Tyyppin 2 diabetes voi kuitenkin olla pitkään oireeton, joten sitä ei aina helposti tunnisteta. Lääkekorvausoikeuksiin pohjautuvat tiedot ovat siksi aliarvio diabeetikoiden kokonaismäärästä. Suomessa ei ole olemassa rekisteriä tai järjestelmää, jonka avulla voisi tarkastella diagnosoimattomia diabetesta sairastavien kokonaismäärää tai diagnosoimattomien diabeetikoiden määrää.

3.2 Diabeetikoiden verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö

Vuonna 2014 Kela maksoi verensokeria alentavista lääkkeistä perus- tai erityiskorvausta yhteensä 352 054 henkilölle (miehiä 54 %, naisia 46 %). Erityiskorvattuja (100 %:n korvausluokka) diabeteslääkkeitä osti 290 342 henkilöä ja peruskorvattuja (35 %:n

korvausluokka) 85 458 henkilöä. Vuonna 2010 korvausta sai yhteensä 307 762 henkilöä ja erityiskorvattuja diabeteslääkkeitä osti 220 414 ja peruskorvattuja diabeteslääkkeitä 109 916 henkilöä.

Kelan lääkekorvaustilastoissa diabeetikoita ei jaeta ryhmiin diabetestyyppin perusteella vaan lääkkeiden käytön perusteella: insuliinia ja insuliini johdannaisia käyttävät sekä muita diabeteslääkkeitä käyttävät. Insuliinihoitoa käyttävät paitsi tyyppin 1 diabeetikot myös ne tyyppin 2 diabeetikot, jotka eivät saavuta hoitotasapainoa muulla lääkityksellä tai joille on kehittynyt insuliinipuutos. Myös osa raskausdiabeetikoista on insuliinihoitoisia.

Kelan lääkekorvaustilaston mukaan insuliinien käyttäjiä oli vuonna 2014 yhteensä 119 604 henkilöä. Heistä ylipitkävaikutteista perusinsuliinia käytti 104 997, pitkävaikutteista perusinsuliinia 9 495 ja insuliinisekoitteita 4 149. Lyhytvaikutteista tai pikävaikutteista insuliinia käytti 65 823 henkilöä.

Muita verensokeripitoisuutta pienentäviä lääkkeitä käytti vuoden 2014 lääkekorvaustilaston mukaan yhteensä 293 727 henkilöä. Heistä valtaosa, 237 833 henkilöä, käytti metformiinia joko ainoana lääkkeenä tai yhdistelmähoitona muiden lääkkeiden kanssa. Suolistohormoni GLP-1:tä lisäävät DPP-4-estäjätabletit tulivat Suomessa myyntiin vuonna 2010. Niiden käyttö on yleistynyt nopeasti. Vuonna 2014 DPP-4-estäjiä käytti 83 257 henkilöä ja lisäksi 35 824 henkilöä käytti DPP-4-estäjän ja metformiinin yhdistelmälääkettä. Vastaavasti pitkävaikutteisten - insuliinineritystä kaavamaisesti lisäävien - sulfonyyliurea-valmisteiden käyttö on vähentynyt. Myös uusien pistoksina annosteltavien GLP-1-hormonijohdosten käyttö lisääntyy. Näiden käyttöä rajoittaa Kela-korvausoikeuden myöntäminen vain huomattavan ylipainoisille (BMI > 35 kg/m²) henkilöille. Muita kuin metformiinia tai DPP-4-pohjaisia verensokeria alentavia lääkkeitä käytti 43 241 henkilöä vuonna 2014.

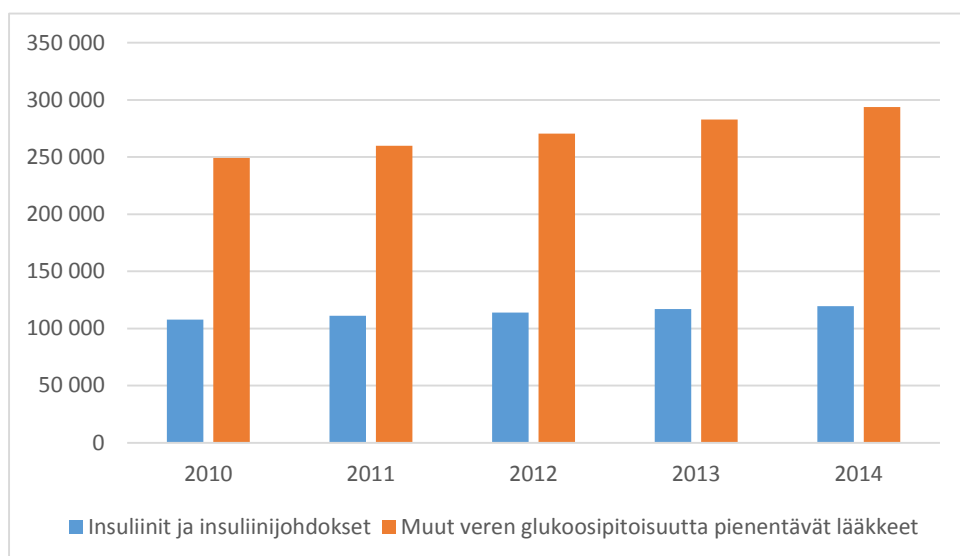
Taulukko 1. Verensokerilääkkeet ja korvausten saajien määrä vuosina 2010 ja 2014

Lääkevalmiste	2010	2014
Insuliinit ja insuliinijohdokset	103 253	119 604
Lyhytvaikutteiset	57 937	65 823
Pitkävaikutteiset	20 665	9 495
Insuliinisekoitteet	9 175	4 149
Ylipitkävaikutteiset	78 690	104 997
Verensokeripitoisuutta pienentävät lääkkeet (ei insuliini)	163 908	293 727
Metformiini	141 445	237 833
Sulfonyyliureat	43 263	19 885
Oraalisten veren glukoosipitoisuutta pienentävien lääkkeiden yhdistelmät	18 447	35 832
Tiatsolidiinidionit	12 562	7 273
DPP-4-estäjät	27 603	83 257
Muut lääkkeet	3 008	16 588

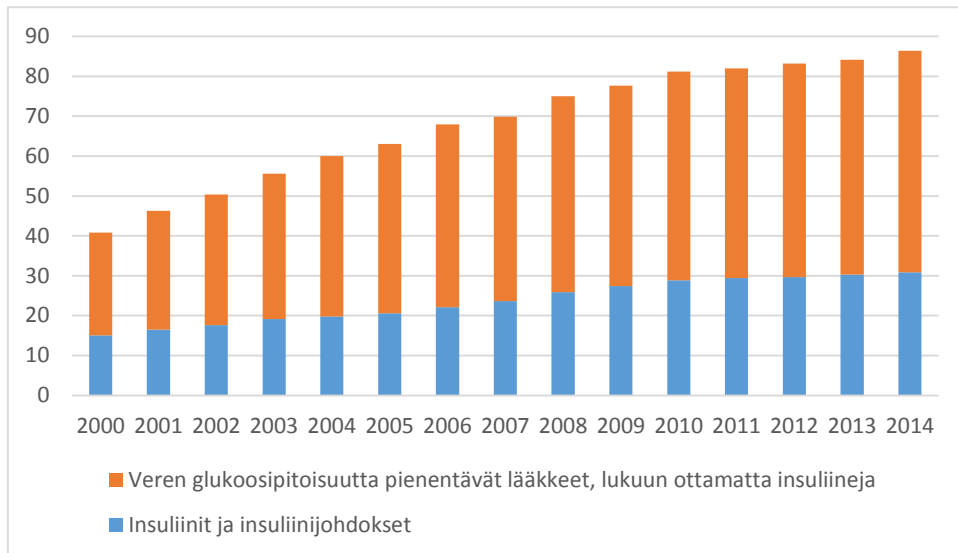
Veren sokeripitoisuutta pienentäviä lääkkeitä käyttävien määrä on kasvanut vuosien kuluessa. Vuonna 2010 insuliinihoitoa käytti 103 300 henkilöä ja muuta verensokeria alentavaa lääkitystä 164 000 henkilöä. Insuliinin käyttäjien määrä on noussut vuoteen 2014 mennessä 119 600 henkilöön ja muiden verensokeria alentavien lääkkeiden käyttäjien määrä 293 799 henkilöön.

Diabeteslääkkeiden kulutus on kasvanut nopeammin kuin diabetesta sairastavien määrä, sillä yhä useammat käyttävät monta verensokeria alentavaa lääkettä tai suurempia lääkkeitä.

Kuva 1. Insuliinia ja muita verensokeria alentavia lääkkeitä käyttävien henkilöiden kokonaismäärä vuosina 2010–2014



Kuva 2. Diabeteslääkkeiden kulutus avohoidossa (DDD/1000 as/vrk) vuosina 2000-2014

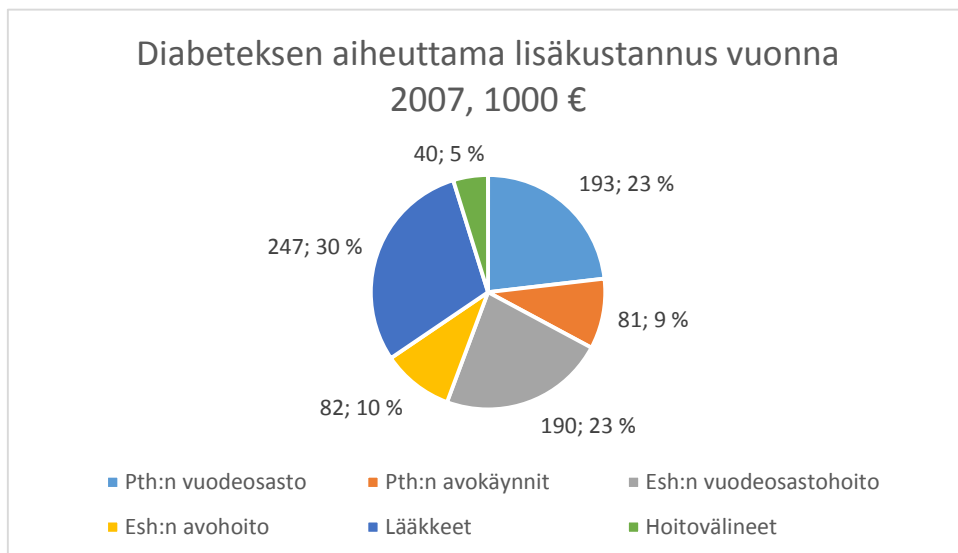


Diabetesta sairastavien lääkehoidon kustannukset ovat puhuttaneet Suomessa viime vuosina. Jarvalan (2010) tekemän Diabeteksen kustannukset Suomessa -selvityksen mukaan lääkekustannusten osuus diabeteksen aiheuttamista lisäkustannuksista on 30 %.

Samassa tutkimuksessa havaittiin, että sairaanhoitopiireissä, joissa lääkekustannusten osuus oli kes-

kimääräistä suurempi, oli tavallisesti keskimääräistä pienemmät erikoissairaanhoidon ja/tai perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset. Lääkkeiden käyttö näyttäisi tämän valossa parantavan hoitoa ja vähentävän kallista vuodeosastohoitoa. Kokonaiskustannukset jäivät näin alhaisemmiksi.

Kuva 3. Diabeteksen aiheuttamat sairaanhoidon lisäkustannukset kulueroittain (%) 2007



3.3 Vuosittain alkavien uusien erityiskorvausoikeuksien määrä

Uudet erityiskorvausoikeudet verensokerilääkkeisiin ovat lisääntyneet säännöllisesti vuosittain vuodesta 2000 lähtien. Vuonna 2000 uusia erityiskorvausoikeuksia alkoi 12 210 henkilöllä, kun huippuvuonna 2011 uusia erityiskorvausoikeuksia alkoi 33 383 henkilöllä. Vuoden 2011 jälkeen vuosittainen kasvu on kääntynyt laskuun: uusia erityiskorvausoikeuksia alkaa vähemmän kuin edellisellä vuonna. Vuonna 2014 uusia erityiskorvausoikeuksia alkoi 24 682 henkilöllä.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna käy ilmi, että diabetesta sairastavien 0-14-vuotiaiden uusien erityiskorvausoikeuksien määrä on vuosittain pysynyt varsin tasaisena vuodesta 2000 vuoteen 2014. Uusia erityiskorvausoikeuksia on myönnetty 450-550 lapselle vuosittain. Tuoreiden tutkimusten mukaan tyyppin 1 diabeteksen ilmaantuvuus on tasoittumassa, jopa laskusuunnassa ainakin Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Sardiassa.

Nuorten eli 15-24-vuotiaiden diabeetikoiden vuosittain alkavien uusien erityiskorvausoikeuksien määrä on tarkasteluajanjaksona ollut 170-270. Trendi ei ole nouseva tai laskeva, vaan se on pysynyt varsin tasaisena.

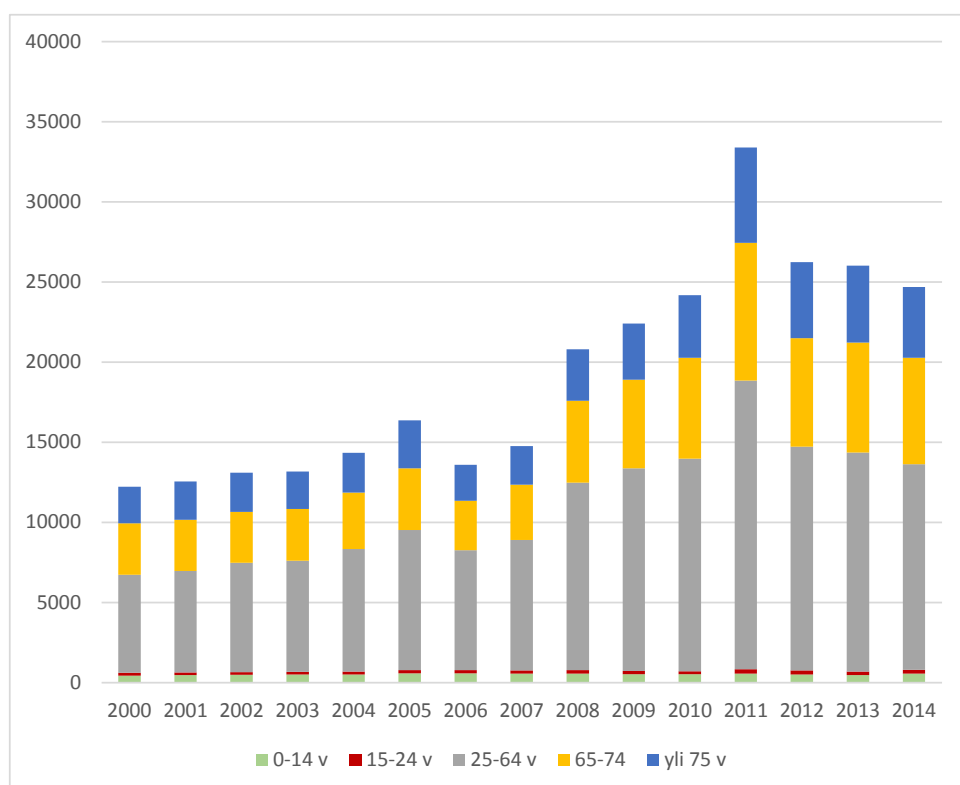
Työikäisten eli 25-64-vuotiaiden diabeetikoiden vuosittaisten uusien erityiskorvausoikeuksien määrä on

kasvanut mittavasti vuosien kuluessa. Vuonna 2000 työikäisillä alkoi uusia diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksia 6 125, kun niitä 2011 alkoi 18 007. Työikäisillä uusien erityiskorvausoikeuksien laskeva trendi on havaittavissa selvästi vuoden 2011 jälkeen. Vuonna 2014 uusia erityiskorvausoikeuksia alkoi 12 825 työikäisellä.

Ikääntyvien - 65-74-vuotiaiden - diabeetikoiden uusien erityiskorvausoikeuksien määrä on kasvanut lähes samaa tahtia työikäisten erityiskorvausoikeuksien määrän kanssa. Vuonna 2000 ikääntyvillä alkoi uusia diabeteksen erityiskorvausoikeuksia 3 210 - ja 8 609 vuonna 2011. Laskeva trendi uusien erityiskorvausoikeuksien määrässä havaittiin myös ikääntyvillä, joskaan ei niin selvänä kuin työikäisillä diabeetikoilla. Vuonna 2014 uusia erityiskorvausoikeuksia alkoi 6 638 ikääntyvällä diabeetikolla.

Ikääntyneille - yli 75-vuotiaille - uusia erityiskorvausoikeuksia myönnettiin 2 269 vuonna 2000. Sen jälkeen määrä nousi tasaisesti vuoteen 2010, jolloin uusia erityiskorvausoikeuksia myönnettiin 3 906. Vuonna 2011 määrässä tapahtui yksittäinen hyppäys ylöspäin, kun uusia erityiskorvausoikeuksia alkoi 5 938. Tämän jälkeen uusien erityiskorvausten määrä on tasoittunut noin 4 500:een vuosittain.

Kuva 4. Diabeteslääkkeiden uudet erityiskorvausoikeudet vuosittain ja ikäryhmittäin 2000-2014

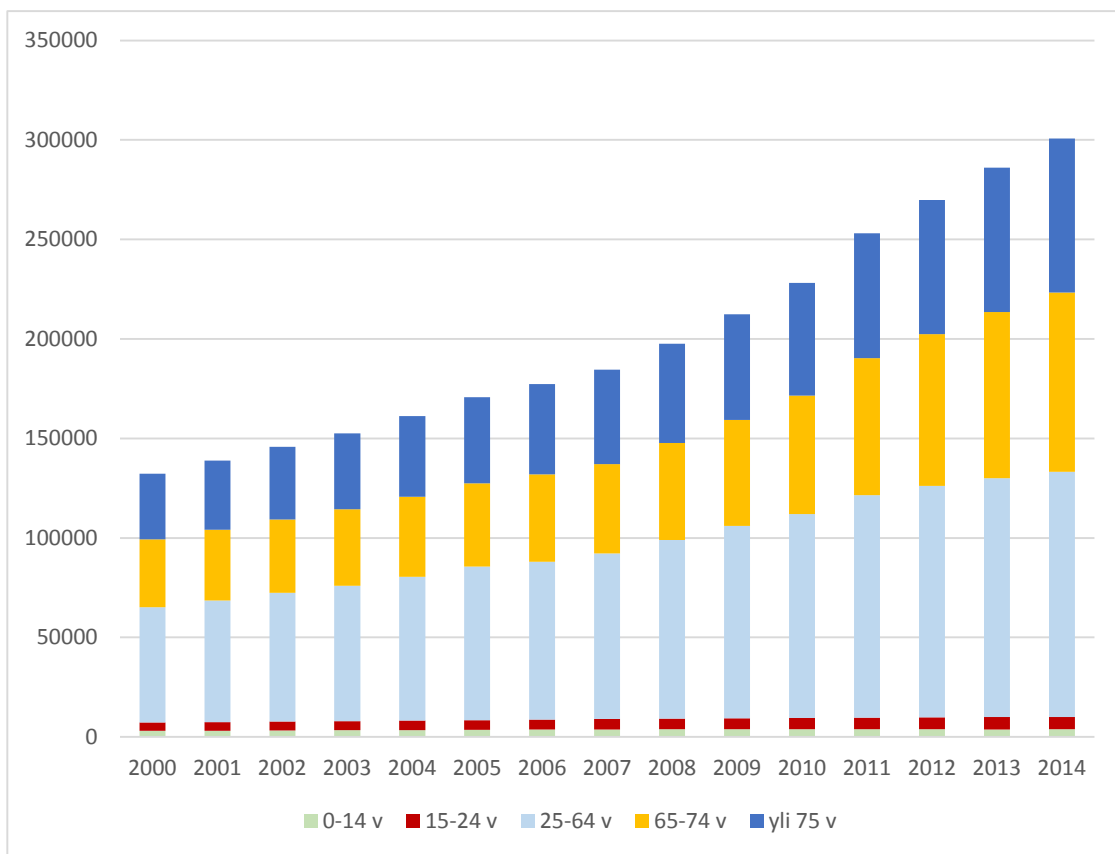


3.4 Diabeetikoiden erityiskorvausoikeuksien kokonaismäärä

Tiettyjen vaikeiden, pitkäaikaisten sairauksien hoidossa käytettävistä lääkkeistä voi saada Kelan erityiskorvausoikeuden. Alemmassa erityiskorvausryhmässä lääkehoidon kustannuksista korvataan 65 % ja ylemmässä 100 % lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta. Valtioneuvosto päättää, mitkä sairaudet kuuluvat erityiskorvauksen piiriin. Asianmukaisesti diagnosoitu diabetes kuuluu näihin sairauksiin. Sosiaali- ja terveysministeriön Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) päättää, mitkä lääkevalmisteet ovat erityiskorvattavia näissä sairauksissa. Korvauspäätökset ovat määräaikaista. Lääkkeiden hintalautakunta voi rajoittaa erityiskorvattavuuden koskemaan vain sairauden tiettyä muotoa tai vaikeusastetta. Diabetesta sairastava toimittaa lääkärin B-lausunnon Kelaan, muuta hakemusta ei tarvita.

Vuoden 2014 lopussa 300 708 henkilöllä oli erityiskorvausoikeus verensokeria alentaviin lääkkeisiin. Vuonna 2000 oikeus oli noin 132 000:lla. Määrä on kasvanut 2,3-kertaiseksi 2000–2014. Tämä ei tarkoita, että diabeetikoiden määrä olisi lisääntynyt näin paljon. Hoitokäytäntöjen ja erityiskorvausoikeuden perusteiden muutosten myötä uusia erityiskorvausoikeuksia on joinakin vuosina myönnetty enemmän kuin on tehty uusia diabetesdiagnooseja. Oikeuksien määrän lisääntymiseen on osittain synny myös niiden hakuprosessin muuttuminen. Tarkasteluajanjakson alussa ja puolivälissä tyypin 2 diabeetikot eivät voineet hakea lääkkeilleen erityiskorvausoikeutta heti diagnoosin saatuaan vaan vasta vuoden sairastamisen jälkeen. Vuosien myötä osa verensokerilääkkeistä on myös halventunut, ja sen vuoksi jotkut pelkkää metformiini-lääkitystä käyttävistä diabeetikoista ei hae sille erityiskorvattavuutta.

Kuva 5. Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksien kokonaismäärä ikäryhmittäin ja vuosittain 2000–2014



Ikäryhmittäin tarkasteltuna verensokeria alentavien lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien määrä on noussut lähes kaikissa ikäryhmissä.

Lapsilla - 0-14-vuotiailla - erityiskorvausoikeuksien kokonaismäärä on vuodesta 2000 vuoteen 2014 mennessä pysynyt jokseenkin vakiona, kun taas 15-24-vuotiailla oikeuksien määrä on lisääntynyt selvästi. Vuonna 2000 erityiskorvausoikeus oli 3 028:lla

alle 15-vuotiaalla ja 4 298:lla 15-24-vuotiaalla. Vuonna 2014 vastaavat luvut olivat 3 842 ja 6 253.

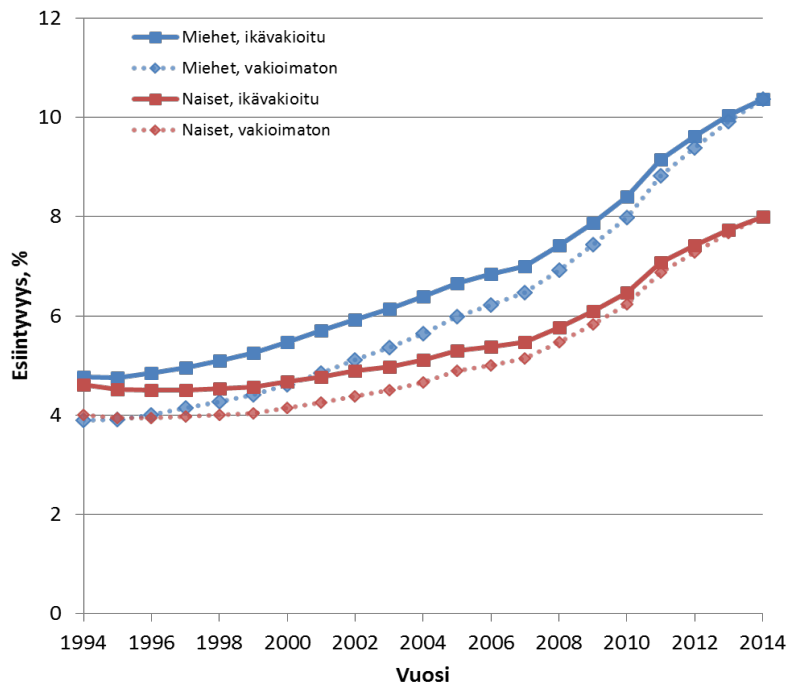
Diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksien määrä on työikäisillä - 25-64-vuotiailla - yli kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2014. Vuonna 2000 työikäisillä oli oikeuksia 57 818 ja vuonna 2014 jo 123 235.

Ikääntyvillä - 65-74-vuotiailla - diabeteslääkkeiden

erityiskorvausoikeuksia oli 34 156 vuonna 2000 ja 90 056 vuonna 2014. Yli 75-vuotiailla diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksia oli 32 989 vuonna 2000 ja 77 322 vuonna 2014.

Eläkeikäisten diabeetikoiden erityiskorvausoikeuksien määrä on muihin ikäryhmiin verrattuna kasvanut kaikkein eniten, se on lähes kolminkertaistunut 2000-2014.

Kuva 6. Kelan myöntämien diabeteslääkkeiden erityiskorvausoikeuksien esiintyvyys väestössä (%) 1994–2014, 35-vuotiaat ja sitä vanhemmat miehet ja naiset



Diabeteslääkkeiden uusien erityiskorvausoikeuksien laskeva trendi ei ole näy diabeetikoiden erityiskorvausoikeuksien kokonaismäärässä. Diabeetikoiden kokonaismäärä kasvaa, koska vuosittain diagnosoidaan iso joukko uusia diabeetikoita ja heille myönnetään uusia erityiskorvausoikeuksia. Diabeetikot myös

elävät entistä pidempään, mikä näkyy eläkeikäisten diabeetikoiden määrässä. Nousu on erityisen suurta juuri nyt, kun suuret ikäluokat ovat ikääntyneet ja heidän riskinsä sairastua tyyppi 2 diabetekseen on suuri.

4 Diabeteksen ehkäisy

4.1 Tyypin 1 diabeteksen ehkäisy

Tyypin 1 diabetes johtuu haiman insuliinia tuottavien beetasolujen autoimmuunitulehduksesta, jonka taustalla on perinnöllisten ja ulkoisten tekijöiden vuorovaikutus. Vaikka tyypin 1 diabeteksen syntyy vaikutavista tekijöistä tiedetään jo paljon, sen ehkäisy ei ole vielä mahdollista. Käynnissä on kuitenkin useita tutkimuksia, joista osa kohdistuu primaariehkäisyyn ja osa sekundaariehkäisyyn.

Primaariehkäisyyn tarkoituksena on estää tyypin 1 diabeteksen kehittyminen sellaisille henkilöille, joilla on todettu perinnöllinen alttius sairastua siihen. Primaariehkäisyttutkimuksilla pyritään selvittämään, väheneekö tyypin 1 diabetekseen sairastuminen perinnöllisen riskin omaavilla lapsilla joillakin interventioilla.

Sekundaariehkäisyyn eli alkaneen tulehdusprosessin pysäyttämiseen tähtääviä tutkimuksia on tehty, mutta toistaiseksi niissä ei ole saavutettu sellaisia läpimurtoja, jotka olisivat käytännön hoitoa.

4.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

Tyypin 2 diabetesta on mahdollista ehkäistä, tai ainakin sen puhkeaminen voidaan siirtää riskiryhmässä myöhemmäksi. Tehokkain keino tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä on ylipainon ja lihavuuden ehkäisy sekä laihduttaminen. Ylipainoisilla jo 5 %:n painonlasku pienentää diabetesriskiä noin 70 % verrattuna henkilöihin, joiden paino pysyy ennallaan.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn pyritään väestöstrategian ja korkean riskin strategian avulla. Väestöstrategian tavoitteena on vaikuttaa koko väestöön ja vähentää yleistä sairastumisriskiä, kun taas korkean riskin strategiassa pyritään tunnistamaan henkilöt, joilla on erityisen suuri vaara sairastua, ja vaikuttaa heihin ja heidän elintapoihinsa.

Vuonna 2001 julkaistu suomalainen Diabetes Prevention Study (DPS-tutkimus) oli ensimmäinen tutkimus maailmassa, joka pystyi osoittamaan, että tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on mahdollista tehostetun elintapaohjauksen avulla. Sen pohjalta Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelmassa, Dehkossa 2000–2010 tehtiin suunnitelma tyypin 2 diabeteksen

ehkäisyksi Suomessa. Väestöstrategiassa levitettiin tietoa tyypin 2 diabeteksestä, sen riskeistä ja ehkäisyyn mahdollisuuksista. Korkean riskin strategian työkaluna käytettiin Finriski-tutkimusten perusteella kehitettyä tyypin 2 diabeteksen riskitestiä.

Dehkon Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmaa lähdettiin kokeilemaan käytännön tasolla Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn toimeenpanohankkeessa (D2D) vuosina 2003–2008. D2D-hankkeessa kehitettiin toimiva menetelmä diabetesriskin kartoitukseen sekä suuressa sairastumisvaarassa olevien tunnistamiseen sekä varhaiseen hoitoon ja ohjaukseen.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisytyötä tehdään monella rintamalla. Terveiden edistämisen vertaistietokannan, TEA-viisarin tuella kunnille tehdään joka toinen vuosi kysely terveyden edistämisen aktiivisuuteen liittyen. Kyselyssä selvitetään mm., kuinka monessa terveyskeskuksessa johtoryhmä on hyväksynyt tai päivittänyt toimenpideohjelman diabeteksen ehkäisystä. Ehkäisyohjelma oli vuoden 2014 kyselyn mukaan olemassa 70 %:ssa terveyskeskuksista (vuonna 2008 ehkäisyohjelma oli 76 %:ssa terveyskeskuksista). Eniten ohjelmia on Länsi- ja Sisä-Suomen kunnissa (87 %:ssa terveyskeskuksista) ja vähiten Etelä-Suomessa (55 %:ssa terveyskeskuksista). Terveyskeskusten tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseen suunnattu toiminta ei siis ole viime vuosina ainakaan lisääntynyt.

Terveystenhoito ei voi yksinään ratkaista tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä. Mukaan tarvitaan kunnan eri toimialat – erityisesti päiväkodit, koulut ja liikuntatoimi – ja lisäksi urheilu- ja liikuntaseurat sekä muut elintapoihin vaikuttavat järjestöt. Lihavuuden ja diabeteksen ehkäisyyn on oltava kunnan ja muiden toimijoiden poikkihallinnollista toimintaa. Kaavoituksessa on mahdollista edistää ihmisten liikkumista kaupunkimaisissa ympäristöissä. Katuyksikön tehtävänä on huolehtia siitä, että liikenneväylät, myös kevyen liikenteen väylät, ovat kunnossa ja niillä voi turvallisesti liikkua eri aikaan vuodesta. Suuri vaikutus on myös ruokahuollolla ja lounasravintoloilla. Kuntien päiväkodeissa, kouluissa, työpaikoilla ja vanhainkodeissa ym. tarjoamien aterioiden tulee olla ravitsemuksellisesti laadukkaita. Suomalaiset syövät elämänsä aikana yli 20 000 kertaa kodin ulkopuolella, ja sen vuoksi näiden aterioiden ravitsemuslaadulla on keskeinen merkitys myös tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Hyvänä

työkaluna toimii Sydänmerkki. Monet kunnat ovatkin pikku hiljaa siirtymässä omassa lounasruokailussaan Sydänmerkin kriteerit täyttävään ruokaan.

Diabetesepidemia ei vielä ole voitettu, joten lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimet kuuluvat kuntien poikkihallinnollisen toimintaan.

4.3 Raskausdiabeteksen ehkäisy, hoito ja seuranta

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskausaikana ilmenevä sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan sokerirasituskokeella. Raskausdiabeteksen riski lisääntyy, jos odottava äiti on ylipainoinen tai iäkkäämpi.

Insuliininerityksen häiriöt voivat tulla ensi kertaa ilmi raskauden aikana, kun insuliinin tarve voimakkaasti lisääntyy erityisesti raskauden viimeisellä kolmanneksella. Ilman ylipainoa todettavan raskauden aikaisen verensokerin nousun taustalla saattaa olla monogeeninen diabetes tai alkava tyyppin 1 diabetes.

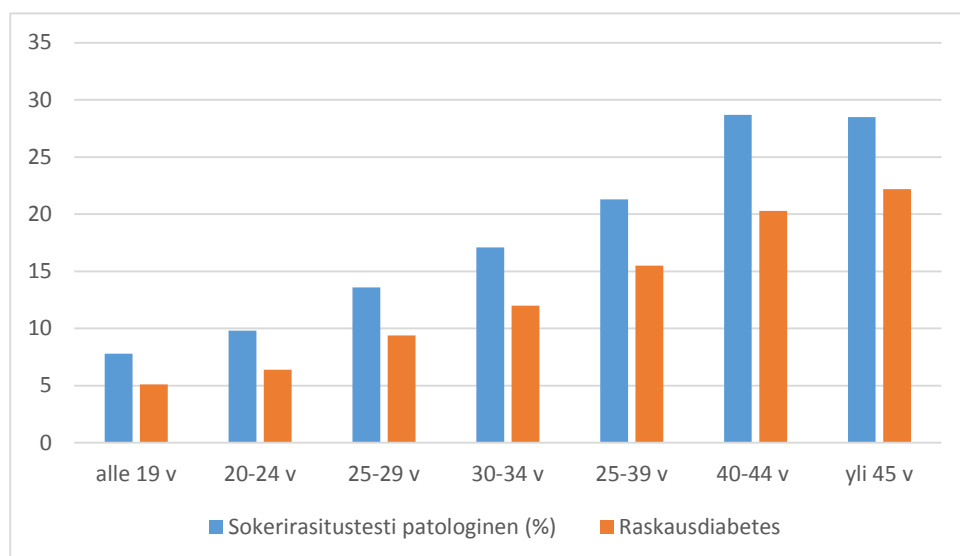
Raskausdiabeteksen ehkäisemiseksi Suomessa on ollut monia tutkimushankkeita. Nelli-hankkeessa todettiin, että neuvolassa toteutetulla raskausdiabeetikoiden tehostetulla elintapa- ja liikuntaneuvonnalla on mahdollista vaikuttaa syntyvien lasten painoon. RADIEL-tutkimus puolestaan selvittää elämäntapainervention vaikutuksia raskausdiabeteksen ja muiden raskauskomplikaatioiden (esim. sikiön liikakasvu) eh-

käisyssä. Edelleen jatkuvan RADIEL-tutkimuksen ensimmäiset tulokset ovat rohkaisevia. Ravitsemusterapeutin neuvontaryhmässä käynnin ja yksilöllisesti räätälöidyn henkilökohtaisen liikunta- ja ravitsemusohjeiston avulla raskausdiabeteksen ilmaantuvuutta pystyttiin vähentämään merkittävästi. Raskausdiabeteksen ilmaantuvuus oli kontrolliryhmässä 21,6 % ja interventioryhmässä 13,9 %.

Raskausdiabeteksestä ja äitien ylipainosta on tullut äitiyshuollon suuri haaste. Vuoden 2014 perinataalitalaston mukaan synnyttäjien painoindeksin (BMI) keskiarvo ennen raskautta oli 24,5. Joka kolmas synnyttäjä (35 %) oli ylipainoinen (BMI > 25). Lihavia (BMI > 30) oli 13 % kaikista synnyttäjistä.

Raskausdiabetes ilman ylipainoakin lisää äidin alttiutta sairastua myöhemmin tyyppin 2 diabetekseen. Siksi nykyisten käytäntöjen mukaan valtaosalle raskaana olevista tehdään raskausaikana sokerirasitustesti. Sokerirasitustestissä määritetään verensokerin paastoarvo, sen jälkeen juodaan sokeria sisältävä liuos ja verensokeri mitataan yhden ja kahden tunnin kuluttua. Kahden tunnin sokerirasituksessa raskausdiabetesdiagnoosiin riittää, että yksikin arvo ylittää suositellut rajat. Raskausdiabetes yleistyy synnyttäjillä, kun synnyttäjien ikä kasvaa. Vuoden 2014 perinataalitalaston mukaan raskausdiabetes oli 5 %:lla alle 19-vuotiaista synnyttäjistä ja 22 %:lla yli 45-vuotiaista synnyttäjistä. Kaikkiaan vuonna 2014 synnyttäneestä 58 500 naisesta 16 %:lla eli 9 630:lla todettiin raskausdiabetes.

Kuva 7. Patologisen sokerirasitustestin ja raskausdiabeteksen yleisyys (% synnyttäjistä) ikäryhmittäin vuonna 2014



Suomalaistutkimuksen mukaan äidin raskautta edeltävä ylipaino on merkittävä yksittäinen tekijä sekä äidin että lapsen pitkäaikaisterveyden kannalta. Raskautta edeltävä ylipaino ilman raskausdiabetestakin lisää äidin vaaraa sairastua sekä diabetekseen että verenpainetautiin 20 vuoden kuluessa synnytyksestä verrattuna normaalipainoisiin naisiin, joilla ei ole ollut raskausdiabetesta eikä sen riskitekijöitä. Kun ylipainoisella naisella todettiin raskausdiabetes, hänen vaaransa sairastua diabetekseen liki 50-kertaistui ja verenpainetaudin vaara lähes kymmenkertaistui.

Raskausdiabetes sitoo äitiysneuvoloiden henkilökuntaa ohjaustyöhön, joka on heille uutta, eli raskausdiabeetikoiden lisääntyminen on muuttanut hoidon järjestämistä ja työn tekemistä äitiysneuvoloissa. Terveystieteidenhuollossa on kuvattu laajalti raskausdiabeteksen hoitoketjuja, mutta niihin sisältyy vain harvoin suunnitelma raskausdiabeetikon seurannasta synnytyksen jälkeen. Tässä vaiheessa saatu elintapaohjaus voisi johtaa siihen, että myöhemmältä sairastumiselta vältyttäisiin. Terveellisistä elämäntavoista on hyötyä koko perheelle.

5 Diabetesta sairastavien hoidon järjestäminen

5.1 Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten hoito

Diabetesta sairastavia lapsia ja nuoria hoidetaan Suomessa keskitetysti pääasiassa keskussairaaloissa ja muutamassa aluesairaalassa. Hoito siirtyy aikuispuolelle nuoren ollessa 16–20-vuotias. Osassa hoitoyksiköistä nuoret siirtyvät aluksi sisätautipoliklinikan hoitoon, mutta kunta voi järjestää hoidon haluamallaan tavalla, ja hoitovastuu voi olla myös perusterveydenhuollossa.

Diabetesta sairastavien lasten ohjauksessa korostuvat pitkäjänteisyys ja moniammatillisuus. Ohjattavina ovat lapsen lisäksi vanhemmat ja muut läheiset. Hoitotiimiin kuuluvat tavallisesti lääkäri, sairaanhoitaja, ravitsemussuunnittelija, psykologi, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja. Lisäksi lasten diabetespoliklinikan työntekijät tekevät ohjauksellista yhteistyötä lasten- ja nuorisopsykiatristen poliklinikoiden sekä koulujen ja päiväkotien kanssa.

Diabetesta sairastavien lasten elämässä päiväkotia ja koulua ovat monessa suhteessa terveydenhuoltoa tärkeämmässä osassa. Päiväkodeissa diabetesta sairastavien lasten hoito saadaan tavallisesti sovittua yhdessä päiväkotien henkilöstön kanssa, mutta kouluissa sen sijaan on ollut ongelmia. Kouluyhteisöissä on tärkeää järjestää yhteispalaveri vanhempien, terveydenhuollon ja koulun henkilöstön kesken, jotta ei ole epäselvyyttä, kenen vastuulla on diabetesta sairastavien lasten koulupäivän aikainen insuliinihoito. Ensimmäinen vastuu lapsen omahoidon toteutumisesta on

luonnollisesti lapsen vanhemmilla. Lapsen turvallisuuden kannalta on olennaista, että tehtävänjako lapsen koulupäivän aikaisessa hoidossa on sovittu. Lain mukaan koulutoimella on velvollisuus järjestää lapsen turvallinen hoito koulupäivän aikana.

Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat vuonna 2010 julkaisseet toimintamallin diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta. Toimintamallin tarkoituksena on kuvata hoitokäytännöt ja tapa järjestää hoidon tukeminen lapsen edun mukaisella tavalla. Tavoitteena on, että diabetesta sairastava lapsi voi käydä koulua muiden oppilaiden joukossa ja saa joustavasti aikuisen tuen sairautensa hoitoon. Toimintamallissa ehdotetaan neuvottelun järjestämistä menettelytavoista sopimiseksi. Sopia pitäisi siitä, ketkä huolehtivat lapsen verensokerimittauksista, insuliinin pistämisestä sekä ruuan ja mahdollisten välipalojen tarpeen arvioimisesta. Tärkeää on suunnitella jo etukäteen myös erityistilanteissa toimiminen sekä mahdollisesti tarvittavat ensiapukäytännöt. Neuvotellut asiat ja osapuolten yhteystiedot kirjataan suunnitelmalomakkeeseen, josta ne voidaan tarvittaessa tarkistaa ja johon ne on syytä päivittää. Toimintamalli suunnitelmalomakkeineen on saatavilla sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta.

Tuen käytännön toteuttaminen vaihtelee alueittain ja kouluittain. Usein diabeetikolapsilla on ryhmäkohtainen tai oma koulunkäyntiavustaja tukena. Eri kunnissa on vaihtelevasti ollut saatavilla koulunkäyntiavustajia etenkin pienten koululaisten tueksi,

mutta taloustilanteen kiristyessä uhkana on avustaja-resurssien vähentäminen. Vastuu diabeetikon koulupäivän turvallisesta sujumisesta on sekä vanhemmilla että kouluterveydenhuollolla, ja hoitopaikat avustavat näissä tilanteissa tarvittaessa. Useasti koulun aloitukseen ja siirtymiin liittyy vanhempien huolta lapsen turvallisuudesta. Toisaalta myös eri toimijoilla saattaa olla virheellisiä ennakkokäsityksiä tai pelkoja diabeteksen hoitoon liittyen. Diabeteksen hoito sujuu usein paremmin, jos tulevia muutostilanteita ennakoidaan ja asioista sovitaan hyvissä ajoin. Myös pumppuhoidon ja jatkuvan verensokerinseurannan yleistymisen helpottavat koulu- ja tarhapäivän aikaista hoitoa.

Murrosikäisten nuorten diabeteksen hoito vaihtelee alueittain, ja ikä jolloin siirrytään lasten yksiköstä aikuisten diabetesyksikköön, vaihtelee myös. Joissain organisaatioissa lasten ja aikuisten hoitoyksiköiden välillä on erillinen nuorisopoliklinikka. Aikuisten hoitoyksikköön siirtymisikä on nykyisin keskimäärin 16–17 vuotta, eikä tarkkaa ikärajaa tai suositusta asiasta ole. Etenkin jos nuoren omahoidon osaaminen on epävarmaa tai sokeritasapainossa parantamisen varaa, hoitoa usein jatketaan lasten hoitoyksikössä vielä 16 ikävuoden jälkeen. Murrosikäisten nuorten diabeteksen omahoito ja sen tukeminen koulupäivien aikana on myös haasteellista. Heidän elämässään tapahtuu monenlaisia mullistuksia, jolloin diabeteksen hoito ei aina ole ensimmäisenä mielessä.

Diabetesliiton Yksi elämä -hankkeissa on kehitetty teini-ikäisten diabeetikoiden vertaistukea Ykkösklubi-hankkeessa. Siinä tyypin 1 diabetesta sairastavia nuoria aikuisia koulutetaan diabeteskummeiksi ja ohjaamaan teini-ikäisten diabeetikoiden vapaa-ajan ryhmiä. Ryhmien vaikutusten osalta on alustavasti havaittu teinien itsetunnon vahvistumista sekä sairauden vaikutusten ja sairauden tunnun vähentymistä.

Terveysthuollon yksiköissä tarvittaisiin nuorten diabeetikoiden omahoidon ohjauksen kehittämistä, jotta ohjaus kohtaisi nuorten yksilölliset tarpeet entistä paremmin.

5.2 Diabetesta sairastavien aikuisten hoito

Diabetesta sairastavien aikuisten hoidosta on vastuussa erikoissairaanhoito tai perusterveydenhuolto tai sitten hoitovastuu on jaettu. Monessa kunnassa suurin osa aikuisista tyypin 2 diabeetikoista on terveyskeskuksen tai työterveyshuollon hoidossa. Tyypin

1 diabeetikoiden hoidon vastuutaho vaihtelee: se on erikoissairaanhoito tai nykyisin yhä enenevässä määrin perusterveydenhuolto, joskus työterveyshuolto. Raskausdiabeetikoista ruokavaliohoitoiset ovat äitiysneuvolan ja lääkehoitoiset sairaalan äitiyspoliklinikan hoitovastuulla.

Diabeteksen päivittäinen hoito toteutuu diabetesta sairastavan omahoitona. Diabeetikon on joka päivä tehtävä lukuisa määrä erilaisia päätöksiä omassa hoidossaan. Tähän hän tarvitsee terveydenhuollolta tukea ja ohjausta. Diabetesta sairastavan hoito on moniammatillista tiimityötä, jossa koko tiimin on tunnettava hoidon tavoitteet, hoidossa käytettävät menetelmät ja hoitoon osallistuvat asiantuntijat. Keskeiset diabeteksen hoidon ammattilaiset ovat lääkäri ja hoitaja. Muita hoitoon osallistuvia ammattilaisia ovat diabeetikon yksilöllisen tarpeen mukaan jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi, liikunnanohjaaja, fysioterapeutti, sosiaalihoitaja, suuhygienisti, hammaslääkäri sekä kotihoidon työntekijät.

Diabeetikoiden hyvän hoidon järjestämiseen ja seurantaan tarvitaan systemaattisen hoitoketju- ja hoitopolkukuvauksen lisäksi toimiva, yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Sen hyödyt ovat ilmeiset, ja niinpä sen käyttö diabetesta sairastavan hoidossa on yleistymässä.

5.3 Diabetesta sairastavien ikääntyneiden hoito

Normaaliin vanhenemiseen liittyy monia sokeriainevaihdunnan muutoksia, jotka edistävät diabeteksen kehittymistä. Merkittävin muutos on insuliinin tehon heikkeneminen (insuliiniresistenssi). Diabetesta sairastavia ikääntyneitä hoidetaan monissa paikoissa: terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa, erilaisissa palveluasumismuodoissa sekä kotona.

Ikääntyneiden diabeetikoiden hoitotavoitteiden määrittelyssä voidaan noudattaa samoja periaatteita kuin nuorempienkin, ellei hoidosta tule komplikaatioita. Ikääntyneillä on syytä kiinnittää tarkasti huomiota lääkehoitoon. Hypoglykemioiden välttämiseksi verensokerin hoitotavoitteet asetetaan tavallisesti väljemmiksi kuin nuoremmilla. Ikääntyneillä verensokerin liiallinen lasku voi helposti johtaa muun muassa sekavuuteen ja kaatumisiin kohtalokkain seurauksin. Useita kroonisia sairauksia – esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia, dementiaa – sairastavalla ikääntyneellä diabeteksen hoidon ta-

voitteita ovat elämänlaadun kohentaminen, omatoimisuuden tukeminen ja oireettomuus. Toki läkkää potilaat hyötyvät lisäsairauksien riskitekijöiden lääkeshoidosta, esimerkiksi veren rasva-aineiden häiriöiden hoidosta, kuten nuoremmatkin, mutta heillä on huolellisesti huomioitava monien lääkkeiden mahdolliset yhteisvaikutukset sekä muut sairaudet.

Erityisen tärkeää ikääntyneiden diabeetikoiden hoidossa on tiedonkulku ja yhteistoiminta, etenkin avuntarpeen lisääntyessä. Usein myös diabeetikon läheisillä on suuri merkitys hoidon ja seurannan toteuttamisessa. Hekin tarvitsevat sekä ohjausta että tukea.

6 Diabeteksen hoidon onnistuminen ja kehittämistarpeet - kyselyjen tulosten tarkastelua

6.1 Diabetesta sairastavien näkemys

Diabetesliitto on tehnyt viimeisen kahden vuoden aikana diabetesta sairastaville ja heidän läheisilleen suunnattuja kyselyitä hoidon onnistumiseen ja kehittämistarpeisiin liittyen.

Valtaosa diabeetikoista on jokseenkin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja omahoidon ohjaukseen. He ymmärtävät terveydenhuollon resurssien rajallisuuden vaikutukset omaan hoitoonsa ja saamaansa hoidonohjaukseen.

Valtaosalla diabeetikoista, diabetestyyppistä riippumatta, on silti huoli diabeteksen omahoitoon tai omahoidon ohjaukseen liittyvistä asioista. Huolta aiheuttavat hoitovälineiden riittävä saatavuus, verensokerimittareiden kilpailuttaminen ja laatu, hoitomuotojen valinnan mahdollisuus ja rajoitukset - esimerkiksi pumppuhoidon saatavuus - sekä terveydenhuollon henkilöstön osaaminen ja hoidon yksilöllisyyden puute.

Elintapaohjauksen saatavuus ja sen puute mietityttävät. ”Ravitsemukseen ja painonhallintaan liittyviä asioita ei tule tietoon muuten kuin itse kaivamalla. Olen käynyt kerran sairastumiseni jälkeen ravitsemusterapeutilla.” Hoitovälineiden jakeluun ja saatavuuteen toivotaan yhtenäisyyttä ja yhdenmukaisuutta koko maassa. Tyypin 1 diabeetikot toivovat tasavertaisuutta pumppuhoidon ja jatkuvan verensokerinseurannan saatavuuteen, ja tyypin 2 diabeetikot kaipaavat enemmän mahdollisuuksia verensokerin seurantaan eli nykyistä enemmän mittausliuskoja terveyskeskuksesta. ”Tasavertaisuus välineiden ja tarvikkeiden saatavuudessa pitäisi taata koko maassa. On erittäin suuria eroja eri kuntien välillä siinä miten tarvikkeita saadaan. Jos jou-

tuu muuttamaan, ei pitäisi joutua luopumaan hyvästä hoidosta.”

Lähes kaikki kyselyihin vastanneet kiinnittävät huomiota hoidon jatkuvuuteen tai pikemminkin sen puutteeseen. Hoitoyksikköön ei saa helposti yhteyttä eikä ilmaistuihin ongelmiin vastauksia. ”Puuttuu mahdollisuus saada kysymyksiin nopeasti (esim. viikossa) vastauksia hoitotaholta ilman erillistä lääkäriaikaa.” Monet kokevat olevansa tuuliajolla.

Tyypin 1 diabetesta sairastavat ovat huolissaan terveydenhuollon henkilöstön, erityisesti lääkäreiden diabetesosaamisesta. Tyypin 2 diabeetikot ovat huolissaan ylipäätään hoitoon pääsemisestä ja vastaanottoaikojen niukkuudesta. ”Tällä hetkellä kunta ei pysty tarjoamaan minulle käytännössä muita palveluita kuin hoitotarvikejakelun (josta en saa liuskoja tarpeitani vastaavasti) sekä laboratoriotarkastukset.” Monet kertovat pääsevänsä diabeteshoitajan ohjaukseen vain 1-2 kertaa vuodessa ja lääkärille vielä harvemmin.

Kaikki diabeetikot tuovat ilmi huolensa terveydenhuoltohenkilöstön, etenkin lääkäreiden vaihtuvuudesta, ja sen vaikutuksesta ohjauksen toteuttamiseen. Niukoista vastaanottoajoista iso osa kuluu aikaisemman kertaukseen ja omien asioiden kertomiseen.

Diabeetikoiden toivelista terveydenhuollolle on pitkä, mutta realistinen. He toivovat terveydenhuollon henkilöstöltä enemmän hoidon yksilöllisyyttä, toimivampaa vuorovaikutusta sekä asiantuntijuutta käsiteltävänä olevissa asioissa. Hoidonohjaukseen panostamista toivotaan omahoidon osaamisen varmistamiseksi. Tarvetta esimerkiksi asioiden kertaamiselle on enemmän kuin mihin nykytilanteessa on resursseja. Lisäresursseja kaivataan myös psyykkiseen huomiointiin, hoitoväsymyksen tunnistamiseen, hoidossa jaksamisen

tukemiseen ja asioiden puheeksi ottamiseen ja käsitelyyn. Toivelistalla on myös mahdollisuus vertaistukseen, jalkojenhoitoon ja ravitsemusterapeutin konsultaatioon.

Lapsidiabeetikoiden vanhemmat ja muut läheiset toivovat valtakunnallisia ohjeita diabeteksen hoidosta päivähoidon ja koulupäivän aikana, etenkin keskustelua vastuu- ja avustajakysymyksistä, hiilihydraattien laskemisesta ja insuliinin pistämisestä. Nuoret ja heidän vanhempansa ovat huolissaan aikuisten hoitoyksikköön siirtymisestä, siirtymisvaiheesta ja terveydenhuoltohenkilöstön asenteista nuoria kohtaan. Henkilöstön asenne saatetaan kokea syyllistäväksi.

Syyllistämistä kertovat myös tyyppin 2 diabetes sairastavat aikuiset. He havaitsivat syyllistämistä koko yhteiskunnan asenteissa sekä tyyppin 2 diabetes ta että sitä sairastavia kohtaan. Tämän takia sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikot toivovat, että julkisuudessa tuotaisiin painavammin ja selkeämmin esiin eri diabetestyyppit piirteineen. ”Koen, että mediassa runsaasti esillä ollut tyyppin 2 diabetes on viime vuosina lisännyt ennakkoluuloja minua ja sairauttani kohtaan. Tarkoitin ennakkoluuloilla asenteita elintasosairaudesta ja siitä miten minun tulisi itseäni hoitaa. Olen myös saanut kuulla kommentteja siitä kuinka kallista minun hoitamiseni on yhteiskunnalle.”

Diabetesta sairastavien näkemykset hoidon ja hoidonohjauksen kehittämistarpeista ovat pysyneet vuodesta toiseen melko samanlaisina. Tämän päivän huolina korostuvat resurssien riittämättömyys sekä terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen liittyvät kysymykset. Näyttäisi siltä, että moni terveydenhuollon yksikkö kamppailee resurssipulan kanssa. Silloin diabeetikko tarvitsee joko omaa tahtoa ja sinnikkyyttä hoidon saamiseen tai hyvän tukiverkon ympärilleen. Terveydenhuollon resurssien riittävyys on asia, josta onkin syytä olla huolissaan. Diabeetikoiden määrä on kaksinkertaistunut viidentoista viime vuoden aikana, mutta heitä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten määrä ei ole kasvanut lähellekään samaa tahtia. Miten terveydenhuolto voi tukea diabeetikoiden omahoitoa tällaisessa tilanteessa?

6.2 Terveydenhuollon ammattilaisten näkemys

6.2.1 Diabeetikoiden hoidon järjestäminen ja organisointi

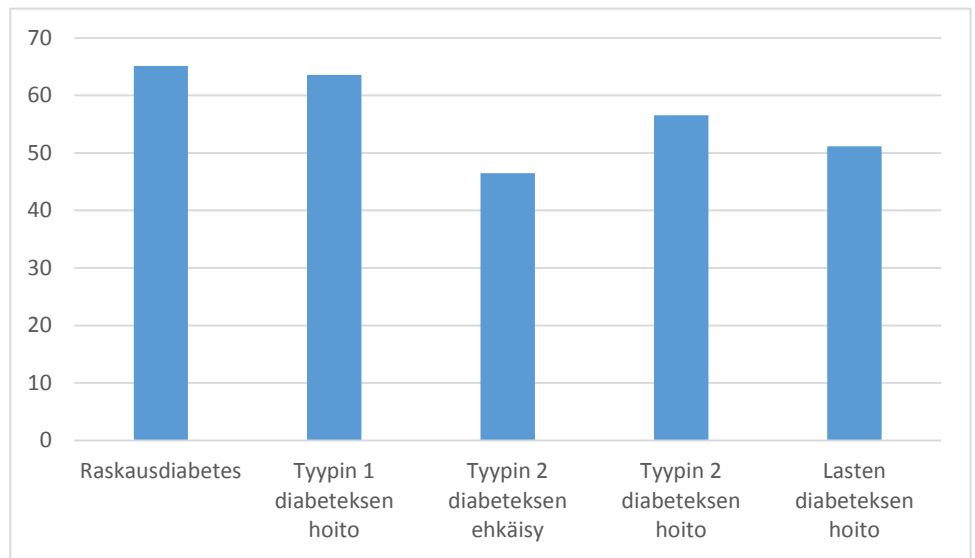
Kyselyssä terveydenhuollon ammattilaisille selvitetiin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja hoitopolkuihin sekä ohjaukseen liittyviä tekijöitä.

Tyyppin 2 diabeteksen riskitesti on levinnyt kaikkialle terveydenhuollossa. Sairaanhoidopiireille kohdistetussa kyselyssä 75 % vastaajista ilmoitti käyttävänsä riskitestiä säännöllisesti työssään ja vain 5 % vastaajista kertoi, ettei ole tutustunut riskitestiin. Vastavassa kyselyssä vuonna 2009 riskitestiä säännöllisesti käyttäneiden määrä oli 65 %, joten sen käyttö näyttäisi edelleenkin lisääntyneen viiden viime vuoden aikana.

Terveydenhuollossa on myös kirjattu diabeteksen hoidon toimintamalleja sekä oman organisaation hoitopolkukuvauksina että sairaanhoidopiireittäin hoitoketjukuvausina. Hoitoketjukuvausten tekeminen on lisääntynyt vuodesta 2009, mutta päivittäisestä huolehtiva henkilö saattaa puuttua. Kuvaukset ovat enimmäkseen sähköisessä muodossa. Hoitoketjukuvausten hyödyntäminen arkityössä on joissakin sairaanhoidopiireissä vielä puutteellista. Kuvauksia hyödyntää oman kertomansa mukaan vain puolet terveydenhuollon ammattilaisista (65 % vuonna 2008). Sairaanhoidopiirien vastausten perusteella hoitoketjukuvaus käytetään päivittäisen työn ohjaajana 40-90 %:ssa piireistä.

Diabetesta sairastavat pääsevät näkemään vain osan alueellisista hoitoketjukuvausista. Osa on julkisesti nähtävillä sairaanhoidopiirin internetsivuilla, mutta osa on vain terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla Duodecimin Terveysportissa Lääkärin tietokannassa. Diabetesliiton alueellisessa kyselyssä eniten alueellisia hoitoketjukuvaus kerrottiin olevan raskausdiabeteksen ja tyyppin 1 diabeteksen hoidosta. Yli 60 % vastaajista kertoi alueellaan olevan kyseisen hoitoketjun. Myös tyyppin 2 diabeteksen hoitoketjukuvaus on monessa sairaanhoidopiirissä; tällaisesta kertoi 57 % vastaajista. Sen sijaan tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyviä alueellisia hoitopolkukuvaus on edelleen varsin vähän: 47 % vastaajista mainitsi tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn alueellisen hoitoketjukuvaus.

Kuva 8. Alueellisten diabeteksen hoitoketjukuvausten yleisyys vuonna 2015 (% hoitoyksiköistä)



Oman organisaation hyvän hoidon malleja on kuvattu etenkin tyypin 2 diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta. Vastaajista 43 % kertoi omassa hoitoyksikössä olevan malli tyypin 2 diabeteksen hoitoon ja 39 % tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Nämä luvut ovat matalammat kuin vastaavassa kyselyssä 2009, jolloin 52 % vastaajista kertoi tyypin 2 diabeteksen hoitoon ja 42 % tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn olevasta hyvän hoidon mallista. Organisaatioiden omat hyvän hoidon mallit näyttäisivät siis korvautuneen alueellisilla hoitoketjukuvauksilla. Määrä ei edelleenkään ole riittävä, jotta tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito toimisivat systemaattisesti koko Suomessa.

Myös raskausdiabeteksen hyvän hoidon mallit näyttäisivät pääosin korvaantuneen alueellisilla hoitoketjukuvauksilla, sillä raskausdiabeteksen hyvän hoidon mallista omassa organisaatiossa kertoi 25 % vastaajista, kun vastaava luku vuonna 2009 oli 35 %. Tyypin 1 diabeteksen hoidon hyvän hoidon mallit ovat säilyneet ennallaan 26 %:ssa.

Diabetesliiton kyselyn mukaan joissain organisaatioissa hoitosuunnitelmia ei ole tehty vielä kenellekään ja joissain niiden tekeminen ja päivittäminen on kiinteä osa ohjaustoimintaa, joten se on tehty kaikille. Keskimääräistä hoitosuunnitelmien tekemisastetta on vastausten mukaan vaikea arvioida, mutta se liikkuu vastausten perusteella noin 25 %:ssa.

6.2.2 Diabeetikoiden hoidon resursointi

Suunnilleen puolet kyselyyn vastanneista hoidon ammattilaisista on sitä mieltä, että diabeetikoiden omahoidon ohjauksen resursointi ei tällä hetkellä ole riittävää. Alle puolet vastasi, että resurssit ovat riittävät ja 3 % jätti vastaamatta kysymyksen.

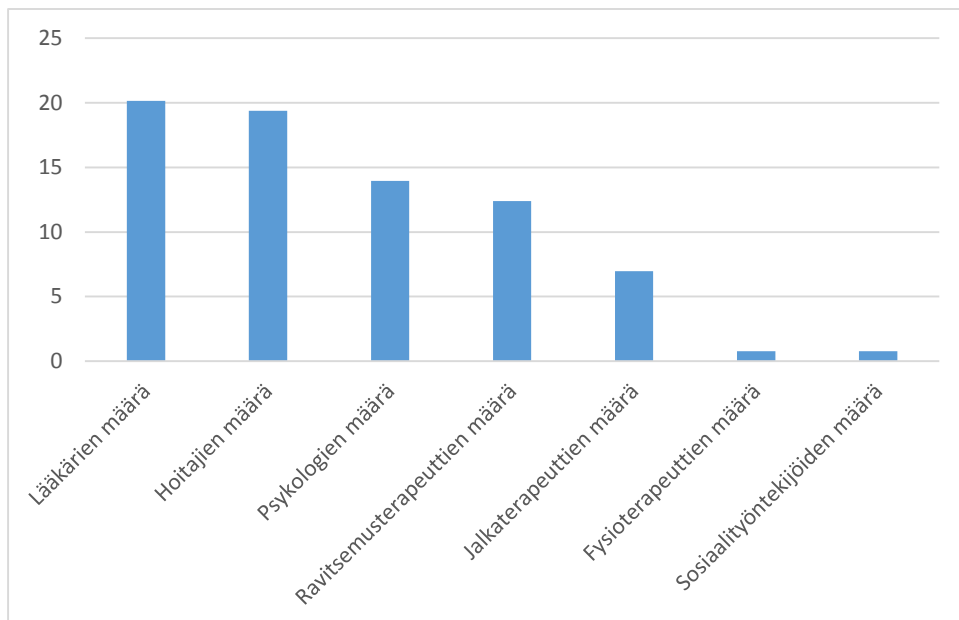
Kyselyssä selvitettiin myös sitä, mihin diabeetikoiden omahoidon ohjauksessa kaivattaisiin enemmän resursseja. Vastaajista noin 20 % ajatteli, että lääkäreitä tarvitaan lisää, ja samansuuruisen joukko kaipasi lisää diabeteshoitajia. Yli 10 % vastaajista toivoi lisää psykologien ja ravitsemusterapeuttien työpanosta. Sanallisissa vastauksissa lääkärit toivoivat enemmän työntekijäresursseja, kun taas hoitajat peräänkuuluttivat aikaa hoidonohjaukselle. ”Ei diabeteslääkäreitä tällä hetkellä, diabeteshoitajalle ei sijaista ollenkaan. Yksilölliset hoitosuunnitelmat eivät toteudu kun lääkärit vaihtuvat koko ajan eikä jatkuvuutta ole.”

Lääkäreistä erityisesti lääkäri- ja hoitajaresurssit ovat liian niukat. ”Paikkakunnallamme on diabeetikoiden määrä useiden vuosien ajan lisääntynyt 50-100:lla uudella diabeetikolla/vuosi ja työntekijämäärä pysynyt samana. Kehitetty uusia toimintatapoja, mutta silti tarvittaisiin lisäresursointia.” Aikoja ei saa annettua tarpeeksi tiheästi, eikä konsultaatioaikoja useinkaan ole. Osassa organisaatioista on tilanne, että diabeteslääkäreitä ei ole ollenkaan eikä edes diabeteshoitajalle ole aina sijaista. ”Diabetekseen perehtynyttä lääkäriä kaivattaisiin; nyt vaihtunut tiheään eikä varsinaisesti kukaan ehdi diabetesasioihin perehtyä.”

Monessa organisaatiossa diabeetikon omahoidon ohjauksen tiimi tarkoittaa lääkäri-hoitaja työparia. Terveystieteiden ammattilaisten mukaan tiimeistä puuttuu usein psykologi, jalkaterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Heidän vastaanotoilleen pääsee vain konsultaatioluontoisesti, eikä monissa tapauksissa

ole ollenkaan käytettävissä esimerkiksi psykologia. Diabeetikoiden henkisen hyvinvoinnin tueksi monessa organisaatiossa on rekrytoitu psykiatrisia sairaanhoitajia, joiden määrä osana diabetestiimejä näyttäisi olevan kasvussa. (Tähkä 2015.)

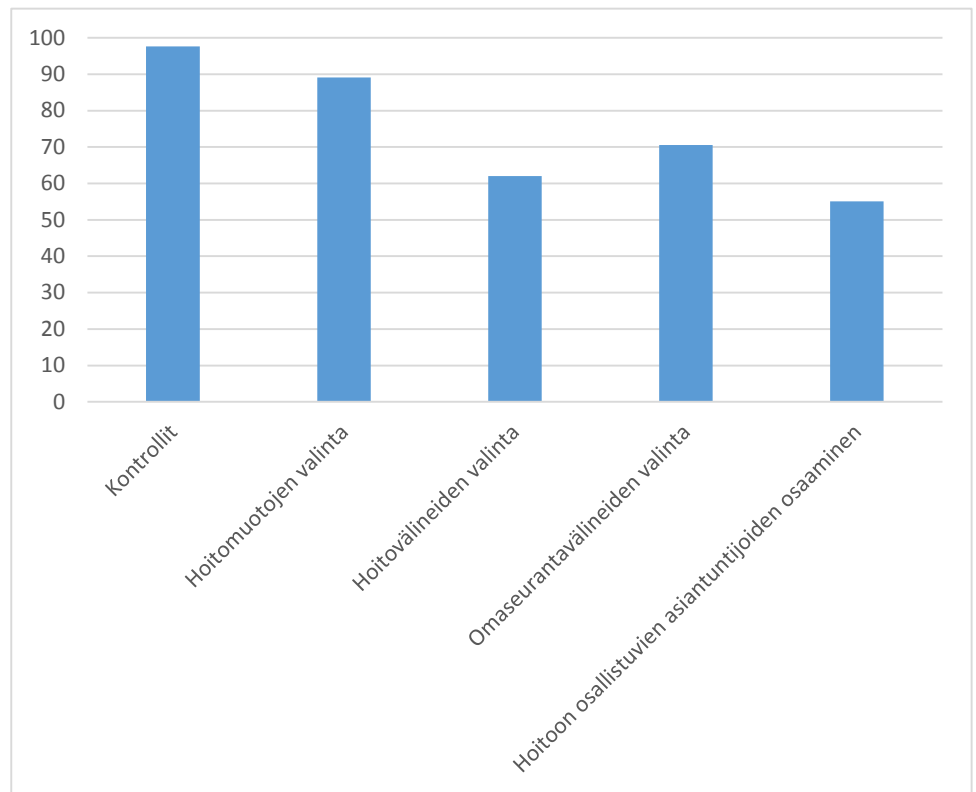
Kuva 9. Diabeetikoiden omahoidon ohjauksen henkilöresurssien ilmaistut kehittämistarpeet 2015 (% vastaajista)



Lähes jokainen alueelliseen kyselyyn vastannut terveydenhuollon ammattilainen kertoi, että vastaanotokäyntien tiheys räätälöidään diabeetikon yksilöllisen tarpeen mukaan. Tämä on erinomaisen hyvä, mikäli räätälöinnin avulla voidaan antaa tiheämpiä käyntejä diabeetikoille, joilla on isompi ohjaustarve. Samoin yhdeksän vastaajaa kymmenestä kertoo räätälöivänsä hoitomuotojen valintoja. Monet vastaajista kertovat, että hoitomuoto (insuliini, muut pistoshoidot, tabletti, näiden yhdistelmät, pumppuhoido) valitaan yhteistyössä diabeetikon kanssa kuunnellen hänen toiveitaan, odotuksiaan ja arvioiden hänen osaamistaan.

Yli puolet Diabetesliiton kyselyyn vastanneista terveydenhuollon ammattilaisista kertoi arvioivansa yksilöllisesti myös omaseuranta- ja hoitovälineiden tarvetta ja valintaa sekä hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden käyttöä. Omaseurantavälineiden osalta räätälöintiä rajoittaa sairaanhoitopiirien tekemät mittarien ja liuskosten kilpailutukset. Hoitoon osallistuvia asiantuntijoita voidaan taas käyttää vain paikallisten sitoumusten mukaan. Monessa yksikössä ei ole mahdollista hyödyntää psykologin palveluja eikä ravitsemusterapeutille ja jalkaterapeutille pääse kuin arvioon tai yhteen konsultaatioon.

Kuva 10. Hoidon räätälöiminen diabeetikon yksilöllisen tarpeen mukaan vuonna 2015 (%:ssa hoitoyksiköistä)



Etenkin diabeteshoitajat olivat huolissaan hoidonohjauksaajien riittävydestä nuorten ja ikääntyneiden diabeetikoiden osalta. Nuorille ei ole aina tarjota hoitosuhdetta diabetespoliklinikalta, vaan heidät siirretään lasten diabetespoliklinikalta varsin nopeasti perusterveydenhuollon ohjaukseen. Perusterveydenhuollossa toimivat puolestaan kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi osaamista nuorten diabeetikoiden ohjaukseen. Monet lääkäreistä ajattelivat, että nuorten seurantakäynnit toteutuvat varsin hyvin, mutta hoitajat kaipasivat lisää ohjauksia nuorille. Sekä lääkärit että hoitajat olivat sitä mieltä, että nuorten ohjauksaajien pituus ei nykyisellään riitä kuin perusasioiden käsittelyyn. Aikojen pidentäminen taas vähentäisi käytettävissä olevien aikojen määrää. Hoitajat ehdottivat ratkaisuksi kutsujärjestelmien kehittämistä, koska monet nuoret jättävät tulematta sovituille ohjauksijoille.

Monessa organisaatiossa on ongelmia ikääntyneiden diabeetikkojen hoidon toteuttamisessa. ”Vanhusdiabeetikkojen kontrollit kovin harvassa, eikä kontrollien toteutumista mitenkään seurata.” Terveysthuoltohenkilöstö on huolissaan myös ikääntyneiden diabeetikoiden omahoidon ohjauksesta ja hoitomotiivatiosta. Verensokerimittarit kilpailutetaan muutaman

vuoden välein. Riittääkö ikääntyneiden motivaatio ja oppimiskyky aina uuden mittarin käyttämiseen. Myös monipistoshoidon aloittaminen iäkkäillä mietityttää ammattilaisia, etenkin jos henkilöllä ei ole tarpeeksi vahvaa läheisten tukiverkkoa apunaan.

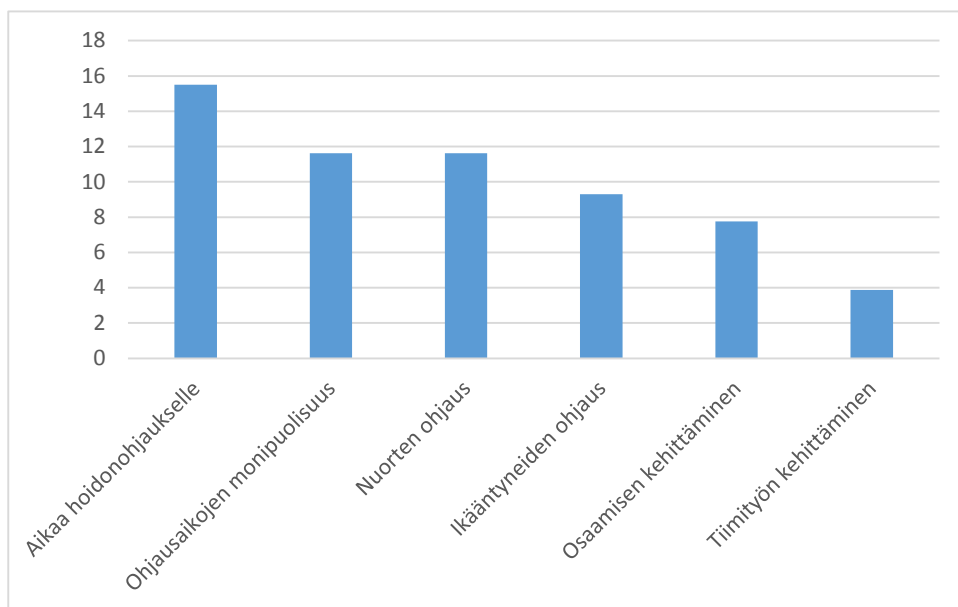
Ohjauksaajien resurssiongelmiä on myös diabeteksen ehkäisyssä ja alkuohjauksessa. Monisairaille diabeetikoille, joilla on lisäsairauksia, ei saada tarpeeksi ohjauksia. Monet raportoivat etenkin lääkäreiden ohjauksaajien riittämättömyydestä. Useammasta sairaanhoitopiiristä tuli viestiä, että lääkäreiden säännölliset vuosikontrollit eivät onnistu, joten diabeetikolle voidaan antaa lääkäriaika vain tarvittaessa tai annetaan vain kiireajoja. ”Moniammatillisuutta kaipaisin lisää, esim jalkojenhoitoon voi lähettää kunkin diabeetikon vain yhden kerran. Lääkäreiden säännölliset vuosikontrollit eivät onnistu, joten aika vain tarvittaessa.” Ohjaustiimiin kaivattiin sieltä usein puuttuvia ammattilaisia: ravitsemusterapeuttia, jalkaterapeuttia ja psykologia.

Terveysthuollon ammattilaiset kaipasivat myös joustavuutta ohjauksiajoihin. Aikojen tulisi heidän mielestään olla tarjolla myös työ- tai koulupäivän jälkeen, jotta ihmiset pääsisivät joustavammin vastaanotol-

le. Ammattilaisten mielestä kunnallinen organisaatio on liian tiukka työaikojen suhteen, koska ilta-aikoja ei juurikaan voida käyttää. ”Enemmän pitäisi olla aikaa hoidonohjaukselle. Erityisesti nuorten diabeetikoiden kohdalla. Myös työpäivän/koulupäivän jälkeen ole-

via aikoja tulisi olla saatavilla. Kunnallinen organisaatio liian tiukka työaikojen suhteen. Yksi päivä viikossa voisi olla iltapainotteinen.”

Kuva 11. Diabeetikoiden omahoidon ohjauksen ilmaistut sisällölliset kehittämistarpeet vuonna 2015 (% vastaajista)



6.3 Terveysthuollon päättäjien näkemys

Sairaanhoitopiirien johtajien ja kuntien terveydenhuollosta päättävien terveystjohtajien, sosiaali- ja terveystjohtajien, perusturvajohtajien sekä ylilääkäreiden näkemystä diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta selvitettiin internetpohjaisella kyselyllä kevään ja syksyn 2015 aikana. Sairaanhoitopiirin johtajille kyselylinkki lähetettiin suoraan sähköpostitse, kuntien päättäjien kysely lähetettiin kuntien kirjaamojen kautta. Kyselyyn vastasi yhteensä 123 päättäjää.

Kyselyn mukaan päättäjistä 54 % on sitä mieltä, että diabeetikoiden omahoidon ohjauksen resurssit ovat oikealla tasolla, esimerkiksi ohjauksen tiheyden, ohjauksen riittävyyden tai käytettävissä olevien asiantuntijoiden suhteen. 43 % vastasi, että resurssit eivät ole oikealla tasolla.

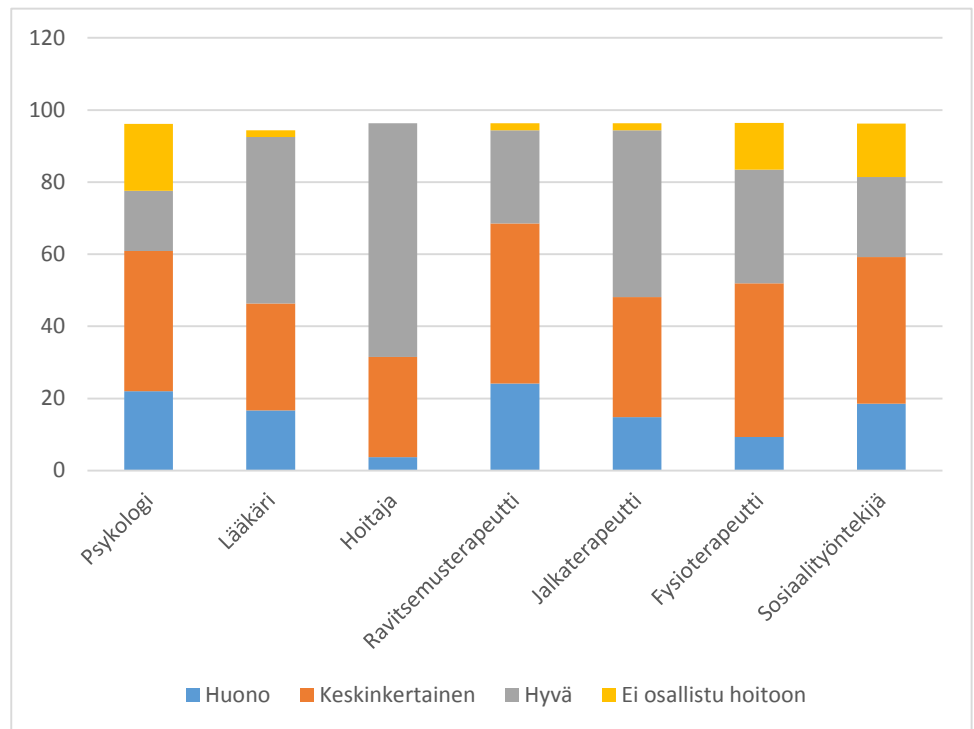
Eniten resurssintarpeita on päättäjien mielestä ravitsemusterapeuttien osalta: 69 % vastaajista on sitä mieltä, että ravitsemusterapeuttien resurssit vastaavat huonosti tai keskinkertaisesti hoidossa olevien diabeetikoiden määrää ja hoidolle asetettuja tavoitteita. Hyväksi ravitsemusterapeuttien resurssit arvioi 26 % päättäjistä. Ainoastaan muutama vastanneista

on sitä mieltä, että ravitsemusterapeutit eivät osallistu diabeetikoiden hoitoon.

Päättäjät arvioivat myös psykologien ja sosiaalityöntekijöiden resurssissa olevan runsaasti lisäämistarpeita. Psykologien resurssit arvioi korkeintaan kohtuullisiksi 61 % vastanneista ja sosiaalityöntekijöiden resurssit 60 % vastanneista. 17 % on sitä mieltä, että psykologien resurssit ovat hyvät, kun taas 22 % arvioi sosiaalityöntekijöiden resurssit hyväksi. Huomioitavaa on, että 18,5 %:lla on se käsitys, että psykologit eivät osallistu diabeetikoiden hoitoon. Vastaava käsitys sosiaalityöntekijöiden osalta on 15 %.

Fysioterapeuttien resurssit arvioitiin myös niukoiksi: 52 % päättäjistä arvioi näiden resurssit diabeteksen hoitoon huonoiksi tai keskinkertaisiksi. Terveysthuollon ammattilaisista poiketen lähes puolet, 46 %, päättäjistä arvioi sekä lääkäreiden että jalkaterapeuttien resurssit hyväksi. Parhaiksi päättäjät arvioivat hoitajien resurssit. Vain 4 % vastaajista arvioi hoitajien resurssit huonoiksi, 28 % arvioi ne keskinkertaisiksi ja jopa 68 % hyväksi. Hoitajat ovat myös ainoa ammattikunta, josta kukaan päättäjistä ei sanonut, ettei se osallistu diabeetikoiden hoitoon.

Kuva 12. Diabeetikoiden omahoidon ohjauksen henkilöresurssien vastaavuus tarpeisiin (% vastanneista terveydenhuollon päättäjistä)



Päättäjiltä selvitettiin resurssien riittävyyden lisäksi heidän tärkeimpinä pitämiään diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiskohteita.

Suurin osa vastanneista pitää tärkeimpänä kehittämiskohteena tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyä. ”Resurssit kohdentuvat hoitoon, eivät ennaltaehkäisyyn.” Monet tarkensivat vastaustaan todeten, että ehkäisyyn panostetaan, mutta toimet voisivat olla tehokkaampia. Myös elintapaohjauksen päättäjät näkevät yhtenä kehityskohteena. ”Ennaltaehkäisevään työhön ei ole riittävästi resursseja. Elämäntaparyhmiä oli hyvä olla enemmän.” Ravitsemusterapeutin palvelut olisivat päättäjistä tärkeitä.

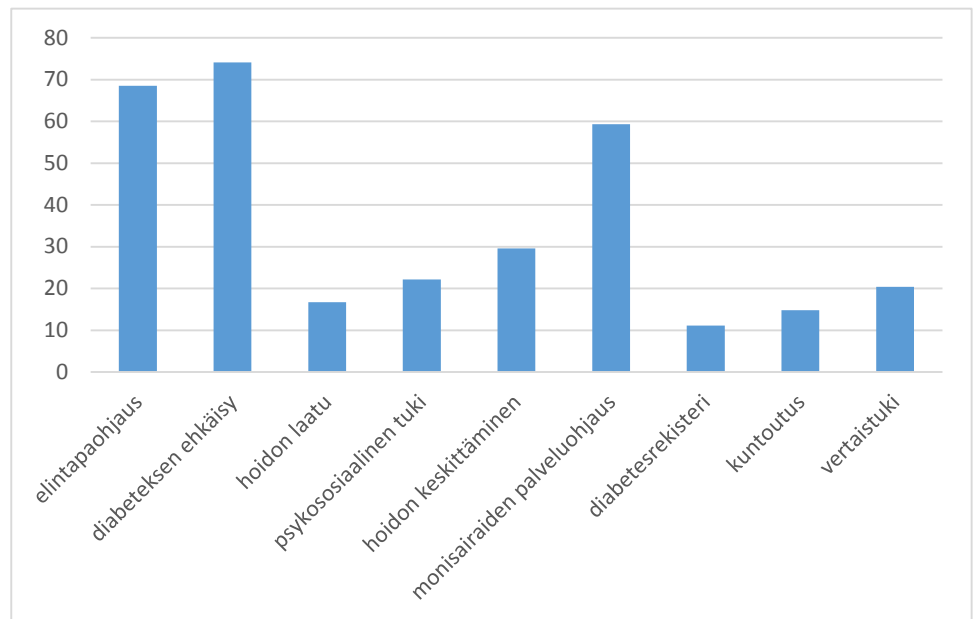
Päättäjien mielestä tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja elintapaohjaukseen on ryhdyttävä nykyistä tehokkaammin jo silloin, kun terveydenhuollon asiakkaan suvussa on vahva perimä diabetekseen ja verensokerit ovat säännöllisesti 6 mmol/l-arvoissa. Nykykäytäntöjen mukaan silloin ei kukaan tee vielä oikein mitään. Päättäjät peräänkuuluttavat ehkäisyn onnistumiseksi tarttumista myös tähän ryhmään ihmisiä. Ravitsemuksen ja liikunnan tärkeys olisi huomioitava jokaisessa ohjauskontaktissa. Päättäjien mielestä pelottelu ei ole hyväksi, mutta heidän käsityksensä mukaan suurin osa tyyppin 2 diabeetikoista ei ole etukäteen ajatellut, miten vaarallinen sairaus diabetes on. Yleisyytensä takia sairautta pidetään helppona, eivätkä ihmiset siksi panosta elintapamuutoksiin, vaikka tarvetta olisi.

Päättäjät löysivät kehittämistarpeita myös monisairaiden diabeetikoiden palveluohjauksessa. Monet ajattelivat tämän ryhmän palveluohjauksen toteutuvan paremmin keskitetyssä diabeteshoidossa, vaikkakaan eivät aina maininneet diabeteksen hoidon keskittämistä kehittämiskohteena. Päättäjien vahva mielipide on, että monisairaiden ja vaativaa diabetesta sairastavien pitäisi olla erikoissairaanhoidossa, eikä heitä saisi siirtää terveyskeskuksiin. Keskittämällä nähdään olevan monia etuja: hoito olisi hallitumpaa ja kokonaisvaltaisempaa ja kuntapäättäjät ja ylempi johto sitoutuisivat paremmin diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen.

Monet kertoivat, että omassa organisaatiossa tai kunnassa on pyrkimyksiä hoidon keskittämiseen ja sitä kautta hoidon kehittämiseen. Erityisesti paikallisia diabeteshoitajan ja -lääkärin vastaanottoja ollaan keskittämässä ja myös tuomassa lääkäripalveluja hoitajavastaanottojen yhteyteen. Jotkut ajattelivat keskittämisen olevan osa laajempaa alueellista hoidon kehittämistä, joka pitäisi suunnitella ja ainakin osittain toteuttaa jo nyt. ”Olemme esim. keskittämässä dm-hoitajavastaanottoja ja samoin lääkäripalveluja niihin liittyen. Olemme myös avaamassa Hyvinvointiasemaa ja hyvinvointipisteitä, joissa monisairaiden palveluohjaukseen ja esim. dm palveluohjaukseen kiinnitetään erityisesti huomiota.”

Hoidon sisällöllisiin kysymyksiin päättäjien näytti olevan vaikeampi ottaa kantaa, eikä niihin juuri tullut kehittämisehdotuksia.

Kuva 13. Diabeetikoiden omahoidon ohjauksen sisällölliset kehittämistarpeet (% vastanneista terveydenhuollon päättäjist)



7 Yhteenveto ja päätelmät

Diabeteksen esiintyvyys ja diabetesta sairastavien määrä

Diabetesta sairastavien kokonaismäärä kasvaa vuosittain edelleen, mutta uusien erityiskorvausoikeuksien myöntämisen perusteella diabetes-epidemia saattaisi olla taittumassa.

Vuodesta 2011 lähtien uusien erityiskorvausoikeuksien määrä on laskenut vuosittain. Onko kyseessä todellinen diabetesepidemian hidastuminen vai onko lasku yhteydessä muihin tekijöihin? Ovatko seulova toiminta ja sokerirasitukset vähentyneet tai uusien diabetesdiagnoosien tekeminen viivästynyt? Ovatko hoitokäytännöt, esimerkiksi lääkkeiden osalta, muuttuneet? Jääkö lääkärinlausuntoja tekemättä, kun lääkärit vaihtuvat? Tätä ei lääkekorvaustilastojen valossa pysty luotettavasti arvioimaan.

Vaikka diabeetikoita diagnosoidaan vuosittain jonkin verran edellisvuotta vähemmän, uusien diagnoosien kokonaismäärä on edelleenkin lähemmäs 25 000 joka vuosi. Kuoleman vuoksi näitä erityiskorvausoikeuksia päättyy noin 10 000 vuodessa. Kokonaisuudessaan diabeetikoiden määrän nettolisäys on noin 15 000 vuodessa.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on tarkastellut Suomen diabetestilannetta WHO:n kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon tavoitteiden käsittelyn yhteydessä. THL arvioi, että diabeteksen esiintyvyys ei olisi lisääntynyt vuosina 2002–2012. Johtopäätös perustuu väestötutkimuksiin ja niiden tietoihin väestön verensokeritasoista HbA1c:n mittausten perusteella. Niiden suomalaisten, joilla ei ole diagnosoitu diabetes, keskimääräinen HbA1c-taso on pysynyt samana 2002–2012. Sekä naisten että miesten HbA1c-keskiarvot olivat 5,3 % vuonna 2012. Havainto on merkittävä, etenkin jos sitä peilataan yhteiskunnan väestörakenteen muutokseen samana aikana. Juuri tuohon ajanjaksoon osuu suurten ikäluokkien osalta yleinen sairastumisikä tyyppin 2 diabetekseen.

Diabetesta sairastavien ikäihmisten kokonaismäärä lisääntyy voimakkaasti. Yli 75-vuotiaiden uusia erityiskorvausoikeuksia diabeteslääkkeisiin oli 2 300 vuonna 2000 ja 4 400 vuonna 2014. Hoidon tehostumisen myötä diabeetikot pärjäävät aikaisempaa paremmin ja elävät entistä pidempään. Ikääntyneiden diabeetikoiden määrän kasvu haastaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmät ja diabetesta sairastavien läheiset monella eri tavalla. Tarvitaan yhä enemmän diabetesosaamista ja resursseja sinne missä ikääntyneet hoidetaan, myös kotipalveluihin.

Diabetesta sairastavien hoito

Diabetesta sairastavien hoito

Pitkään diabetesta sairastaneet tarvitsevat usein insuliinihoitoa, ja ikääntyneiden hoidosta vastaavissa yksiköissä tämän osaaminen pitäisi turvata. Muutenkin ikä ja henkilön toimintakyky, yleiset sydän- ja verisuonisairaudet sekä sydämen ja munuaisten vajaatoiminta vaikuttavat hoidon tavoitteisiin ja lääkehoidon käytäntöihin. Lääkehoidossa korostuu valintaperusteena myös valmisteen mahdollisimman vähäinen hypoglykemiariski.

Diabeetikoiden lääkkeiden käyttö on lisääntynyt hoitokäytäntöjen muutoksen ja hoidon tehostumisen myötä. Ensimmäinen Diabeteksen Käypä hoito -suositus julkaistiin vuonna 2007. Se korosti tyyppin 2 diabeteksen varhaista toteamista riskiryhmiä seulomalla, aktiivista ja tavoitteellista hoitoa ja metformiinilääkityksen aloitusta diagnoosin jälkeen. Dehkon aikana tehdyt hoitotasapainotutkimukset osoittavatkin, että tyyppin 2 diabetesta sairastavien sokeritasapainot parantuivat olennaisesti 2000–2010. Diabeteslääkkeiden erityiskorvaukseen oikeutettujen määrä on laajentunut vuodesta 2010, mikä liittyy korvauskriteerien muutokseen 2011. Tätä ennen erityiskorvausta sai aikaisintaan vuoden kuluttua tyyppin 2 diabeteksen toteamisesta, kun nyt oikeutta voi hakea heti diagnoosin jälkeen.

Lääkkeiden käytöllä ja diabeetikoiden vuodeosastohoidolla on mm. Jarvalan tutkimuksen mukaan käänteinen yhteys. Erilaisten tutkimusten mukaan on viitteitä siitä, että lääkkeiden käyttöä pitäisi pikemminkin tehostaa kuin vähentää.

Diabeetikoiden lääkehoito on viime vuosina ollut jatkuvassa muutoksessa. Peruslääkkeinä käytetyt insuliini ja metformiini ovat säilyttäneet asemansa verensokeria alentavina lääkkeinä, mutta muuten lääkkeiden käyttö vuonna 2014 näyttää varsin erilaiselta kuin vuonna 2000. Lääkkeiden kehittymisen myötä markkinoille on tullut entistä tehokkaampia ja turvallisempia lääkkeitä ja myös lääkkeiden vaikutusmekanis-

meissa on suuria muutoksia. Nyt kehitetään lääkkeitä, jotka elimistön normaaleja toimintoja tehostamalla päätyvät pienentämään veren sokeripitoisuutta.

Suuri osa diabetesta sairastavista on monisairaita, ja he käyttävät verensokerilääkkeiden lisäksi useita muitakin lääkkeitä. Lisäsairauksien ehkäisemiseksi olisi tärkeää käyttää kaikkia lääkärin määräämiä lääkkeitä. Diabeetikon vuositarkastuksessa tehdään lääkityksen kokonaisarviointi.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisytyötä on Suomessa tehty ansiokkaasti jo vuosia. Nyt näyttäisi siltä, että hyvä kehitys on jonkin verran pysähtynyt. Kunnissa ei enää yhtä aktiivisesti panosteta ehkäisevän työn rakentamiseen eikä resursointiin, ja myös terveydenhuollon tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn hoitoketjut ovat vähentyneet. Vaikka uusien diabeetikoiden määrä näyttäisi kääntyneen laskuun ja lihavuuden lisääntyminen pysähtyneen, ei silti ole syytä ajaa ehkäisytoimenpiteitä alas. Etenkin elintapaohjaukseen pääseminen näyttäisi monella paikkakunnalla olevan vaikeaa. Resursseja ei ole tarpeeksi, eivätkä vastaanottoajat kohtaa ihmisten tarpeita. Ohjaukseen tulevat ihmiset tarvitsisivat iltavastaanottoja, mutta terveydenhuollon rakenteiden joustamattomuuden vuoksi ilta-aikoja ei ole tarjolla.

Diabetesliiton kyselyssä terveydenhuollosta päättävät tahot kuitenkin peräänkuuluttavat ehkäisyyn ja elintapaohjaukseen panostamista. Eri osapuolten olisi tarpeen keskustella keskenään ja mieluummin ottaa palvelujen käyttäjät keskusteluun mukaan, jotta päästäisiin nykyistä toimivampaan järjestelmään. Terveydenhuollossa pitäisi myös hyödyntää monenlaisia toimintamalleja. Erityisesti elintapamuutoksiin ja siten diabeteksen ehkäisyyn tähtäävästä ryhmäohjauksesta on hyviä kokemuksia.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ei ole vain terveydenhuollon vastuulla. Koko yhteiskunta voi monin tavoin vahvistaa yksilöiden ja terveydenhuollon toimintakykyä terveyden edistämiseksi ja diabeteksen ehkäisyssä, mutta se voi myös heikentää sitä. Ihmisten mahdollisuudet monipuoliseen liikkumiseen olisi varmistettava, ja ravitsemukseen – erityisesti joukkoruokailuun ja sen laatuun – pitäisi panostaa.

Diabeteksen hoidon resursointi

Terveydenhuollon resurssit ovat ainainen keskustelun aihe. Tosiasia on, että vaikka diabeetikoiden määrä on moninkertaistunut, terveydenhuollon resurssit eivät useinkaan ole kyenneet pysymään kehityksessä mukana. Resurssien sokea lisääminen ei kuitenkaan ole ratkaisu asiaan, vaan alueellisesti ja paikallisesti olisi hyvä selvittää, mitä resursseja missäkin tarvittaisiin lisää. Tämä tarkoittaa hoidossa olevien diabeetikoiden tarpeiden selvittämistä.

Joillakin alueilla tarvitaan lääkäriresurssia, joillakin taas psykologiresurssia. Joissakin organisaatioissa kyse on hoitopolkujen kehittämistä ja hoidontarpeen arvioinnista. Tarpeiden arviointi on haastavaa, mikäli organisaatiossa ei ole tehty systemaattisesti hoitosuunnitelmia eikä käytetä minkäänlaista hoidon laadun seurantajärjestelmää.

Valtakunnallisen hoidon seurantajärjestelmän, diabetesrekisterin, kehittäminen toisi helpotusta monen organisaation ongelmaan ja tiedon tarpeisiin. Nykyisin monet organisaatiot joutuvat etenemään asioiden kehittämisessä sokkona, mutu-menetelmällä arvioiden, mikä ei tavallisesti johda toimivaan lopputulokseen.

Diabeetikot kaipaavat usein yksilöllisempää hoitoa, mutta terveydenhuollon ammattilaisille tehdyn kyselyn mukaan suurin osa heistä ainakin koettaa jo nyt räätälöidä hoitoa yksilölliseksi. Kyse lienee hoito-organisaatioiden asettamista rajoitteista hoidon yksilöllistämisen suhteen. On ymmärrettävää, että ihmiset kokevat epäoikeudenmukaisuutta rajoitteiden vaihdellessa alueellisesti. Osa ratkaisua voisi olla valtakunnallisesti yhtenäiset hoitolinjat. Olisi hyvä käydä keskustelua esimerkiksi insuliinipumppujen myöntämisen perusteista: miksi jossain pumpun saa helpommin kuin muualla tai miksi toisin paikoin on mahdollisuus hoidonohjauksen ilta-aikoihin, mutta toisin paikoin ei.

Omahoidon tukeen diabeetikot kaipaavat uusia menetelmiä ja tehostamista. Terveydenhuollon nykyiset rajalliset vastaanottoresurssit eivät useinkaan riitä aitoon kohtaamiseen ja diabeetikon kuunteluun. Hoidon jatkuvuus puuttuu monesta organisaatiosta, jossa painitaan riittämättömien resurssien kanssa. Etenkin lääkäreistä näyttäisi juuri nyt olevan vajausta monella paikkakunnalla. Diabeteksen hoito on haastavaa, eikä siinä saavuteta suuria voittoja ja paranemisia. Monella paikkakunnalla etenkin lääkärille pääseminen on

sattumanvaraista, eikä systemaattisia seurantakäyntejä kyetä järjestämään. Hoitajat joutuvat ottamaan vastuuta asioista, joihin he eivät ole saaneet tai edes mahdollisuudessa saada riittävästi koulutusta. Tarpeelliset seurantakäynnit olisi varmistettava jokaiselle.

Ikäihmisten monet sairaudet vaikuttavat hoidon ja hoivan tarpeeseen. Asiaa tulee lähestyä yksilöllisesti, sillä iäkkäät ja heidän palvelutarpeensa eivät suinkaan ole samanlaisia. Hoitosuosituksia ikäihmisten hoitoon ja hoidon järjestämiseen on annettu sekä kansainvälisesti (mm. Kansainvälinen diabetesliitto, IDF) että kansallisesti ja alueellisesti (mm. Pirkanmaan muistisairaiden hoitoketju). Näissä korostetaan, että tietty ikä ei ole olennainen, vaan henkilön toimintakyky ratkaisee niin hoitotavoitteiden asettamisessa kuin hoidon toteuttamisessakin.

Myös terveydenhuollon ammattilaisten diabetesosaaminen herättää huolta monissa yhteyksissä. Vain harvat diabeetikoita ohjaavat lääkärit ja hoitajat tekevät diabetesohjausta kokopäiväisesti. Heidän työhönsä kuuluu tavallisesti myös muita potilasryhmiä, mikä vaatii monipuolista yleisosaamista. Tällöin on vaikea saavuttaa diabeetikoiden hoidossa ja ohjauksessa tarvittavaa syvällistä osaamista.

Diabeteshoitajat ja -lääkärit voivat toimia täysiaikaisesti diabeetikoiden ohjauksessa vain, jos diabeetikoiden hoitoon käytettäviä resursseja voidaan järjestää nykyistä tehokkaammin. Ratkaisu olisi, että tyypin 1 diabeetikoiden ja erityishoitoa vaativien tyypin 2 diabeetikoiden hoito keskitetään suurempiin ja osaa-

vampiin yksiköihin. Etenkin lääkärit kokevat diabeetikoiden ohjauksen usein raskaana ja jopa osaamista ”kapeuttavana”. Tältä kannalta olisi hyvä, jos lääkärit voisivat toimia diabeetikoiden ohjauksessa osa-aikaisesti, mutta tarpeeksi säännöllisesti.

Resurssien lisäämistä rajoittaa tavallisesti raha. Suomen yhteiskunnallinen tilanne on sellainen, että raha ei lisääny, joten on keksittävä jotain muuta. On aina helppo syyttää diabeetikkoa, joka ei ole motivoitunut hoitoonsa. On helppo syyttää terveydenhuollon ammattilaista, jonka osaamisessa on puutteita. On helppo syyttää terveydenhuoltojärjestelmää, joka ei tarjoa tarpeeksi resursseja. On myös helppo syyttää päättäjäjä, joka ei mahdollista diabeetikoiden hyvää hoitoa.

Aidossa yhteistyössä diabeteksen hyvän hoidon puolesta pitää jokaisen olla rohkea ja laittaa persoonansa peliin. Diabeetikko kertoo vastaanotolla rehellisesti, miltä tuntuu ja missä oikeasti on ongelmia. Terveydenhuollon ammattilainen luopuu etukäteen suunnitelluista verensokeriarvojen ym. asioiden kyselyistä vastaanotolla. Terveydenhuollon päättäjä ei ehkä saakaan hoitotilanteesta esiin sellaisia lukuja, joita on tottunut seuraamaan – tai edes kaivattuja kustannussäästöjä. Sen sijaan päättäjä saattaa saada paljon kuvaavampia tietoja hoidon onnistumiseen ja vaikuttavuuteen liittyen, terveydenhuollon ammattilainen päästä aidompaan kosketukseen diabetesta sairastavan kanssa ja lähemmäs hänen elämäänsä – ja diabeetikko kokee tulevaisuutensa kuulluksi ja saa avun häntä askarruttaviin asioihin.

8 Lähteet

Diabetesliitto 2014. Tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittäminen. Asiantuntijaryhmän raportti.

Diabetesliitto 2009. Loppuraportti. Dehkon 2D-hanke (D2D) 2003–2007. Tampere.

Fimea, Kela. Suomen lääketilasto 2013.

IDF. DiabetesAtlas 2014. osoitteessa www.idf.org/diabetesatlas

Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. 2010. Diabetesliitto.

Kela. 2014. Lääkekorvaustilasto <http://raportit.kela.fi/linkki/36641907>

Kela. 2014. Erityiskorvausoikeustilasto. <http://raportit.kela.fi/linkki/30745992>

Keskinen P, Kalavainen M 2015. Diabeetikkolapsi päiväkodissa ja koulussa. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha M-T, Sane T (toimi.) Diabetes. Tammerprint 2015.

Koski S. 2010. Diabetesbarometri 2010. Diabetesliitto.

Lindström J & Tuomilehto J. 2003. The Diabetes Risk Score. A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26:725-31.

Peltonen, Laatikainen, Lindström, Jousilahti. WHO:n tavoitteena on pysäyttää lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen - Suomessa tarvitaan tekoja. Tutkimuksesta tiiviisti 13, 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Perinataalilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Pirkola J, Pouta A, Bloigu A, Hartikainen A-L, Laitinen J, Järvelin M-R & Vääräsmäki M. Risks of Overweight and Abdominal Obesity at Age 16 Years Associated With Prenatal Exposures to Maternal Prepregnancy Overweight and Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* May 2010; 33:1115-1121.

Raatikainen K, Härmä K & Randell K. Ylipainoisen raskaus. *Suom Lääkäril* 2010;12:1103-1109.

Raskausdiabetes Käypä hoito -suositus. osoitteessa www.kaypahoito.fi

Saaristo T, Moilanen L, Jokelainen J, Oksa H, Korpi-Hyövälti E, Saltevo J, Vanhala M, Niskanen L, Peltonen M, Tuomilehto J, Uusitupa M & Keinänen-Kiukaanniemi S. 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. Taudin ilmaantuvuus pieneni D2D-hankkeessa. *Suom. Lääkäril*. 65:2369-2379.

Salomaa V, Havulinna A, Saarela O, Zeller T, Jousilahti P ym. 2010. Thirty-One Novel Biomarkers as Predictors for Clinically Incident Diabetes. *PLoS ONE* 5(4): e10100. doi:10.1371/journal.pone.0010100.

STM 2010. Toimintamalli diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:9.

THL. Kansallinen Finriski 2012 terveystutkimus. Peruseräraportti

Tulokas S. 2015. Nuoren siirtyminen hoitoon aikuisten diabetesyksikköön. Teoksessa Ilanne-Parikka P, Rönnemaa T, Saha M-T, Sane T (toimi.) *Diabetes*. Tammerprint 2015.

Tuomilehto et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among subjects with Impaired Glucose Tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50

Tähkä T. 2015. Vertaistuki, psyykinen hyvinvointi ja kuntoutus osaksi diabeteksen hoitoketjua. Harjoitteluraportti. Julkaisematon tieto.

Valle T. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009-2010. DEHKO-raportti 2010:5- Suomen Diabetesliitto ry.

9 Liitteet: kyselylomakkeet

Kysely tyypin 1 diabeteksen hoidon kehittämisestä, syksy 2013

Vastaa kyselyyn:

Miten tyypin 1 diabeteksen hoitoa tulisi kehittää?

Diabetesliitto on asettanut työryhmän tekemään toimenpide-ehdotuksia tyypin 1 diabetesta sairastavien hoidon kehittämiseksi. Tällä kyselyllä selvitetään osaltaan tyypin 1 diabeteksen hoidon nykytilaa Suomessa.

Pyydämme sinua kertomaan omista ajatuksistasi tyypin 1 diabeteksen hoidon kehittämisestä. Vastaa kyselyyn, kommenttisi ja mielipiteesi ovat tärkeitä!
Yhteistyöterveisin

Suomen Diabetesliitto ry.

Taustatiedot

Ikä _____

Taustatiedot

- () mies
() nainen

Taustatiedot

Asuinpaikan postinumero _____

Mikä on oma suhteesi diabetekseen?

- [] tyypin 1 diabeetikko
[] tyypin 2 diabeetikko
[] läheinen
[] terveydenhuollon ammattilainen
[] muu, mikä _____

Montako vuotta olet sairastanut tyypin 1 diabetesta?

Mikä taho vastaa tyypin 1 diabeteksesi perushoidosta?

- [] terveyskeskuksen omalääkäri
[] terveyskeskuksen diabetesvastaanotto (keskitetty hoito)
[] erikoissairaanhoidon diabetespoliklinikka
[] yksityinen lääkäriasema
[] työterveyshuolto
[] muu, mikä _____

Miten Sinä haluaisit kehittää tyypin 1 diabeteksen hoitoa? Kerro vapaamuotoisesti omin sanoin.

Diabetesbarometri 2015/kysely sairaanhoitopiireille

Hyvä vastaanottaja

Diabetesliitto kerää Diabetesbarometri 2015 -julkaisun pohjaksi diabeetikoiden kanssa toimivien asiantuntijoiden mielipiteitä ja käsityksiä diabeteksen hoidosta ja sen kehittämistarpeista.

Vastaamalla tähän kyselyyn autat piirtämään entistä tarkemman kuvan suomalaisen diabeteshoidon käytänteistä. Vastauksesi on tärkeä.

Yhteistyöterveisin

Suomen Diabetesliitto ry.



Asemasi organisaatiossa:

- hoitaja
- lääkäri
- jokin muu, mikä _____

Organisaatio, jossa toimit:

- terveyskeskus
- aluesairaala
- keskussairaala
- työterveyshuolto
- yksityissektori
- jokin muu, mikä _____

Sairaanhoitopiiri, jossa organisaatiosi toimii

- Ahvenanmaa
- Etelä-Karjalan shp
- Etelä-Pohjanmaan shp
- Etelä-Savon shp
- Hgin ja Uudenmaan shp
- Itä-Savon shp
- Kainuun shp
- Kanta-Hämeen shp
- Keski-Pohjanmaan shp
- Keski-Suomen shp
- Kymenlaakson shp
- Lapin shp
- Länsi-Pohjan shp
- Pirkanmaan shp

Diabeetikoiden yksilölliset hoitotarpeet vaihtelevat. Mitä hoitotapoja yksikössäsi räätälöidään diabeetikon tarpeiden mukaan?

	Mitä räätälöinti tarkoittaa käytännössä?	
	kyllä	
kontrollien määriä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitomuotojen valintoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitovälineiden valikoimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omaseurantavälineiden valintoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitoon osallistuvien erityisasiantuntijoiden kokoonpanoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joitain muita asioita, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onko diabeetikoiden omahoidon ohjaukseen käytettävissä olevat resurssit mielestäsi oikealla tasolla (esim. ohjauskäyntien tiheyden, ohjausajan riittävyyden tai käytettävissä olevien asiantuntijoiden suhteen)?

- kyllä
 ei

Jos resursseissa on kehittämistarpeita, mitä ne mielestäsi ovat? Mitä tarvitaan lisää, pitäisikö jotain vähentää/muuttaa?

Millä eri keinoilla yksikkösi tukee diabeetikon omahoitoa?

Kuinka suurelle osalle yksikkösi hoitovastuulla olevista diabeetikoista on tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma? _____

Onko teillä käytössä jokin hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake? Kuka sen on suunnitellut tai mistä se on peräisin?

Ketkä suunnitelman tekemiseen tavallisesti osallistuvat?

Kuinka monta päivää vuodessa osallistut diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevään koulutukseen?**koulutuspäiviä vuodessa**

työnantajan
järjestämä
koulutus

muun
tahon
järjestämä
koulutus

**Opiskeletko diabetekseen ja sen ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä asioita omaehtoisesti?
Miten? Arvioi paljonko vuoden aikana?**

Kuinka usein alueesi terveyskeskushenkilöstölle järjestetään diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevää koulutusta?

- puolivuosittain
 vuosittain
 joka toinen vuosi
 harvemmin

**Onko organisaatiossasi kuvattu seuraavia diabeetikoiden hoidon hoitoketjuja?
Rastita sopivat:**

	Alueellinen	Organisaation sisäinen	Hoitoketjua ei ole kuvattu
raskausdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tyypin 1 diabeteksen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tyypin 2 diabeteksen ehkäisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tyypin 2 diabeteksen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lasten diabeteksen hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu hoitoketju, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Miten seuraavat asiasisällöt näkyvät hoitoketjuissa?

kuntoutus _____
 vertaistukitoiminta _____
 mielen hyvinvointiin liittyvät asiat _____

Teemme helmi-maaliskuun aikana lisäselvitystä hoitoketjujen sisältöihin liittyen. Kirjoita tähän oma sähköpostiosoitteesi tai puhelinnumerosi, jos sinuun voi ottaa yhteyttä hoitoketjujen tarkemman sisältökeskustelun merkeissä.

Ohjaavatko hoitoketjukuvaukset päivittäistä työskentelyäsi?

- kyllä
 ei

Missä muodossa hoitoketjukuvaukset ovat?

- paperisina
 sähköisinä
 jossakin muussa muodossa, missä?
- _____

Mistä löydät hoitoketjukuvaukset niitä tarvitessasi?

Mikä tahoo vastaa hoitoketjukuvausten päivittämisestä?

Käytätkö sähköisiä järjestelmiä diabeteksen hoidon tulosten seuraamiseen?

kyllä

ei

Jos käytät sähköisiä järjestelmiä, kerro mitä:

Onko työyksikössäsi käytössä paikallinen diabetesrekisteri?

kyllä

ei

Jos yksikössäsi on käytössä paikallinen diabetesrekisteri, kerro millainen.

Missä tilanteissa yksikössäsi on käytössä tyypin 2 diabeteksen riskitesti?

Luettele yksikössäsi käytetyt ehkäisytoimenpiteet diabetesriskin havaitsemisen jälkeen:

Hyvä vastaanottaja

Diabetesliitto kerää vaikuttamistyön pohjaksi diabeetikoiden sekä heidän kanssaan toimivien asiantuntijoiden ja asioista vastaavien päättäjien mielipiteitä ja käsityksiä diabeteksen hoidosta ja sen kehittämistarpeista.

Vastaamalla tähän kyselyyn autat piirtämään entistä tarkemman kuvan suomalaisen diabeteshoidon käytänteistä. Vastauksesi on tärkeä.

Yhteistyöterveisin

Suomen Diabetesliitto ry.



Sairaanhoidopiiri, jossa organisaatiosi toimii

- Ahvenanmaa
- Etelä-Karjalan shp
- Etelä-Pohjanmaan shp
- Etelä-Savon shp
- Hgin ja Uudenmaan shp
- Itä-Savon shp
- Kainuun shp
- Kanta-Hämeen shp
- Keski-Pohjanmaan shp
- Keski-Suomen shp
- Kymenlaakson shp
- Lapin shp
- Länsi-Pohjan shp
- Pirkanmaan shp
- Pohjois-Karjalan shp
- Pohjois-Pohjanmaan shp
- Pohjois-Savon shp
- Päijät-Hämeen shp
- Satakunnan shp
- Vaasan shp
- Varsinais-Suomen shp

Asemasi organisaatiossa?

- sairaanhoidopiirin johtaja
- kunnan sosiaali- ja terveysjohtaja
- muu, mikä? _____

Onko diabeetikoiden omahoidon ohjaukseen käytettävissä olevat resurssit mielestäsi oikealla tasolla (esim. ohjauksen tiheyden, ohjauksen riittävyyden tai käytettävissä olevien asiantuntijoiden suhteen)?

- kyllä
 ei

Jos resursseissa on kehittämistarpeita, mitä ne mielestäsi ovat? Mitä tarvitaan lisää, pitäisikö jotain vähentää/muuttaa?

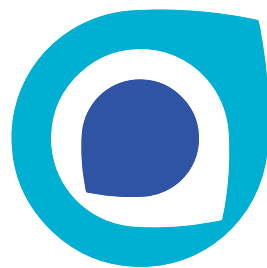
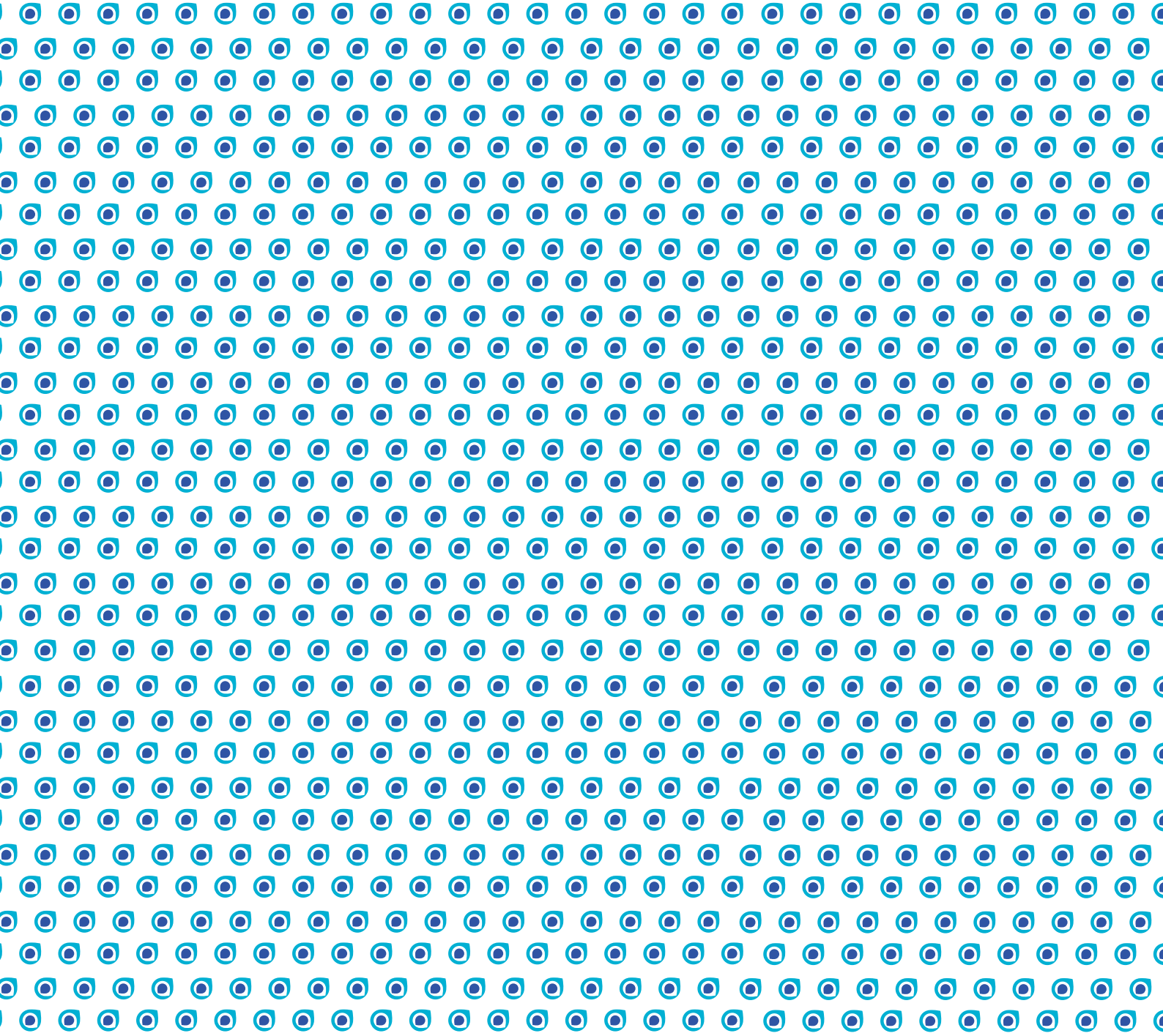
Vastaavatko mielestäsi seuraavien asiantuntijoiden resurssit hoidossa olevien diabeetikoiden määrää ja hoidolle asetettuja tavoitteita?

	ei ollenkaan					täysin riittävästi		ei osallistu hoitoon
diabeteslääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabeteshoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ravitsemusterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jalkaterapeutti/jalkojenhoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psykologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fysioterapeutti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitä pidät tärkeimpinä diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiskohteina juuri tällä hetkellä sairaanhoitopiirissäsi/kunnassasi? (Voit valita useita)

- tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn tehostaminen
 elintapaohjauksen tehostaminen
 diabeetikoiden hoidon laadun kehittäminen
 psykososiaalisen tuen kehittäminen
 vaativan diabeteksen hoidon keskittäminen
 monisairaiden palveluohjaus
 diabetesrekisterin kehittäminen
 diabeetikoiden kuntoutukseen ohjautuminen
 diabeetikoiden vertaistuen toteutuminen
 Jokin muu, mikä? _____

Tarkenna halutessasi edellistä vastausta. Mitä konkreettisesti?



diabetesliitto

Suomen Diabetesliitto ry | Kirjoniementie 15 | 33680 Tampere | diabetesliitto@diabetes.fi
www.diabetes.fi

ISBN: 978-952-486-174-8