



■ diabetes ■

barometri 2017

Sari Koski



diabetesliitto

Sisällys

1	Esipuhe	3
2	Tiivistelmä	4
3	Diabetesbarometrin toteutus	6
4	Diabetesta sairastavien määrä ja verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö	7
4.1	Diabetesta sairastavien henkilöiden määrä	7
4.2	Diabeetikoiden verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö	7
4.3	Vuosittain alkavien uusien lääkekorvausoikeuksien määrä	10
4.4	Diabeetikoiden korvausoikeuksien kokonaismäärä	11
4.5	Diabeteksen esiintyvyys sairaanhoitopiireittäin	13
5	Diabeteksen ehkäisy	15
5.1	Tyypin 1 diabeteksen ehkäisy	15
5.2	Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy	15
5.3	Raskausdiabeteksen ehkäisy, hoito ja seuranta	17
6	Diabetesta sairastavien hoidon järjestäminen	20
6.1	Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten hoito	20
6.2	Diabetesta sairastavien aikuisten hoito	22
6.3	Diabetesta sairastavien ikääntyneiden hoito	24
7	Diabeteksen hoidon onnistuminen ja kehittämistarpeet - tulosten tarkastelua	25
7.1	Diabetesta sairastavien näkemys	25
7.1.1	Tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä aiheuttaa moni tekijä	25
7.1.2	Realistisia toiveita ja odotuksia	29
7.2	Terveydenhuollon ammattilaisten näkemys	31
7.2.1	Diabeetikoiden hoidon järjestäminen ja organisointi	31
7.2.2	Diabeetikoiden hoidon resursointi	34
7.3	Terveydenhuollon päättäjien näkemys	36
8	Yhteenveto ja päätelmät	39
8.1	Diabeteksen esiintyvyys ja diabetesta sairastavien määrä	39
8.2	Diabetesta sairastavien hoito - lääkehoito	40
8.3	Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy	41
8.4	Diabeteksen hoidon resursointi	42
	Lähteet	44
	Liitteet 1-3	46

1 Esipuhe



Diabetesbarometri 2017 kertoo diabeteksen ehkäisyn ja hoidon tilanteesta vuonna 2017, esiintyvistä diabetestrendeistä vuosina 2012–2016 sekä vertailutietoa vuodesta 2015. Julkaisun tarkoituksena on tarkastella diabetesta sairastavien, heitä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten sekä hoidosta päättävien tahojen käsityksiä hoidon resursoinnista ja onnistumisesta.

Ensimmäisissä Diabetesbarometreissa (2005 ja 2010) pääosassa oli sekä kotimainen että kansainvälinen diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä tutkimustoiminta. Vuonna 2015 julkaistu Diabetesbarometri keskittyi tarkastelemaan edeltäjiään tiiviimmin suomalaista diabeteksen ehkäisyä ja hoitoa.

Tämä julkaisu jatkaa edeltäjänsä jalanjäljissä tarkastelemalla diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kotimaista kehitystä. Tarkasteluajanjaksoina käytetään osittain vuosia 2002–2016 ja osittain vuosia 2012–2016 vertailemalla näitä vuoden 2015 tilanteeseen. Samalla saamme tietoa tämänhetkisen toiminnan tarkoituksenmukaisuudesta ja onnistumisesta.

Diabetesbarometri 2017 tarjoaa tietoa diabeteksestä, sen esiintyvyydestä, hoidosta ja hoidon resursoinnista sekä näiden kehittämistarpeista. Diabetesbarometrin tiedot pohjautuvat suurelta osin erilaisiin kyselyihin ja selvityksiin, joita on tehty diabetesta sairastaville ja heidän läheisilleen, terveydenhuollon ammattilaisille sekä päättäjille.

Diabeteksen hoidon trendeistä ja diabetesta sairastavien laadun seurannasta on kansallisesti saatavilla vain hajanaista tietoa. Diabeteksen hoidon laadun seurannassa ei edelleenkään ole käytössä valtakunnallista systemaattista menetelmää, vaan suurelta osin olemme erilaisten rekisteritutkimusten varassa. Hoidon laadun seuranta olisi kuitenkin olennaisen tärkeää, jotta pystyisimme suuntaamaan resurssit ja kehittämistoimet oikein. Diabetesrekisteriä Suomeen on kaivattu jo useita vuosia, mutta rekisteri on vain tietojen säilytyspaikka. Tärkeää on se, miten tietoa käytetään toimien pohjana.

Diabetesliitto tuottaa Diabetesbarometrin keskustelun ja kehittämistoimien pohjaksi. Tiedot ovat käyttökelpoisia sekä terveyspolitiikan valtakunnallisessa suunnittelussa että hoidon alueellisessa järjestämisessä ja kehittämisessä. Barometrin tiedot osoittavat myös, miten voimavaroja pitäisi kohdentaa terveydenhuoltoon uudistettaessa ja mahdollisia muutoksia tehtäessä.

Päätöksentekijöiden lisäksi Diabetesbarometri 2017 on yhtä lailla suunnattu diabetesta sairastaville suomalaisille, heidän läheisilleen kuin myös muille diabeteksestä kiinnostuneille. Diabetesbarometrin tavoite on tarjota selkeä ja helppolukuinen kuvaus suomalaisesta diabetestilanteesta.

Janne Juvakka
Toiminnanjohtaja, Diabetesliitto

2 Tiivistelmä

Diabetesta sairastavien kokonaismäärä kasvaa vuosittain uusien diabetesdiagnoosien ja diabetesta sairastavien pidentyneen elinajan vuoksi, mutta vuosittaisten diagnoosien määrä on pienentynyt joka vuosi jo vuodesta 2012 lähtien. Vuoden 2016 loppussa 364 014 henkilöllä oli korvausoikeus (joko perus- tai erityiskorvaus) verensokeria alentaviin lääkkeisiin, ja uusia lääkekorvausoikeuksia alkoi 23 801 henkilöllä. Vaikka diabeetikoiden määrä Suomessa ei lisäännä enää samaa tahtia kuin aiemmin arveltiin, ikääntyvien diabeetikoiden määrä kasvaa muita nopeammin. 65-74-vuotiailla diabeteslääkkeiden korvausoikeuksia oli 101 290 ja yli 75-vuotiailla 86 595. Vuonna 2016 Suomessa oli siis 187 885 eläkeikäistä diabetesta sairastavaa henkilöä. Vertailun vuoksi vuonna 2002 heitä oli 73 322.

Vuonna 2016 insuliinin käyttäjiä oli 123 017 ja muita verensokeria alentavia lääkevalmisteita käyttäviä henkilöitä 307 885. Diabeteslääkkeiden käyttö on siirtynyt yhä enemmän yhdistelmähoidon (insuliinien + muiden verensokeria laskevien lääkevalmisteiden) suuntaan. Vuodesta 2012 vuoteen 2016 pelkästään insuliinia käyttävien määrä on laskenut muutamalla tuhannella henkilöllä, kun taas yhdistelmähoitoa käyttäneiden määrä on lisääntynyt lähes 15 000 henkilöllä.

Tyypin 1 diabetesta ei vielä nykytiedon valossa pystytä ehkäisemään, kun taas tyypin 2 diabeteksen ehkäisymenetelmät tunnetaan hyvin. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisytoimenpiteitä toteutetaan varsin laajasti sekä terveydenhuollossa että kuntien muussa toiminnassa. Kaikesta tekemisestä kuitenkin puuttuu sel-

vä systemaattisuus. Terveydenhuollon hoitoketjut eivät ohjaa kovinkaan hyvin ammattilaisten päivittäistä toimintaa, ja lisäksi ennaltaehkäiseviä palveluita on vaikea saada. Kunnilla on kyllä määriteltyinä tavoitteita ja toimenpiteitä, mutta niiden seurannassa on puutteita. Lisäksi maakuntien välillä on suuri eroja. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä suurin aukko on kuitenkin raskausdiabeetikoiden ohjauksessa sekä raskausaikana että sen jälkeen. Raskausdiabeteksen ehkäisyyn, hoitoon ja seurantaan kannattaisi panostaa selvästi nykyistä enemmän resursseja.

Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten hoito on lähes kokonaan keskitetty erikoissairaanhoidon. Lasten diabetesvastaanottojen toteutuminen on varsin hyvällä tasolla, mutta lapsidiabeetikot ja heidän perheensä kaipaisivat enemmän oman hoitopaikan järjestämää vertaistukea ja lastenleirejä, joissa he voisivat tutustua muihin samalla alueella asuviin diabeteslapsiin ja heidän perheisiinsä.

Tyypin 1 diabeetikoiden hoito on pääsääntöisesti keskitetty joko kokonaan tai osittain erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon diabetesvastaanotolle. Tyypin 1 diabeetikoiden hoidossa on suuria alueellisia eroja. Joissakin sairaanhoidopiireissä hoitoa toteuttaa moniammatillinen tiimi, ja diabetesvastaanotot toteutuvat hyvin. On kuitenkin kuntia, joissa tyypin 1 diabeetikot eivät pääse tarpeensa mukaisesti tai ylipäättään julkiselle puolelle lääkärin, eivätkä riittävästi edes diabeteshoitajan vastaanotolle. Lääkäriresurssit ovat entisestään vähentyneet, ja monin paikoin seurantakäynte-

jä ei pystytä järjestämään lainkaan. Liian monilla on ongelmia päästä myös muiden ohjausta tekevien ammattilaisten vastaanotolle. Psykologien vastaanottojen resurssitilanne on huonoin, myös ravitsemusterapeuttien ja jalkojenhoitajien resursseja on tarpeeseen nähden käytettävissä liian vähän. Monella paikkakunnalla resurssia ei ole ollenkaan käytettävissä. Hoitovälineiden saatavuudessa on myös suuria alueellisia eroja. Tyypin 1 diabeetikoilla on ongelmia etenkin insuliinipumpun ja sensorien saatavuudessa.

Tyypin 2 diabeetikoiden hoito on noin kolmasosassa organisaatioista kokonaan hajautettu, kolmasosassa kokonaan keskitetty ja lopuissa osin keskitetty ja osin hajautettu. Tyypin 2 diabeetikoiden seurantakäyntien toteutuvat vielä huonommin kuin tyypin 1 diabeetikoilla. Monilla paikkakunnilla tyypin 2 diabeetikot eivät pääse lääkärin seurantaan lainkaan, vaan seurantakäynnit toteutuvat harvakseltaan diabeteshoitajan tai väestövastuuhoitajan vastaanotoilla. Heille ei pystytä useinkaan järjestämään tarpeellista elintapaohjausta tai ohjauskäyntejä ravitsemusterapiaan tai jalkaterapiaan. Ohjauskäyntejä suunnataan pääsääntöisesti niille, joilla on jo kehittynyt lisäsairauksia. Tyypin 2 diabeetikoiden omahoidon tueksi tarvittavien verensokerimittareiden ja -liuskojen saatavuutta on aikaisempaa enemmän rajoitettu. Joillakin paikkakunnilla näitä ei anneta tyypin 2 diabeetikoille enää lainkaan.

Palvelujen huonon saatavuuden ohella myös hoitoprosessiin ja laatuun liittyvät ongelmat ovat selvästi tunnistettavissa.

Hoitoprosessien tueksi on hoitoyksiköissä ja alueilla laadittu hoitoketjuja. Ne toteutuvat kuitenkin aika puutteellisesti. Hoitoketjukuvaukset eivät toimi kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten arjen työn ohjaajana. Sisällöllisesti niistä usein puuttuvat mielen hyvinvointiin sekä kuntoutukseen liittyvät polut. Laadun seuranta valtakunnallisesti tai alueellisesti ei ole tällä hetkellä mahdollista lukuun ottamatta muutamaa yksittäistä sairaanhoitopiiriä. Yksittäiset terveydenhuollon ammattilaiset pyrkivät seuraamaan omien potilaidensa hoidon toteutumista, mutta terveydenhuollon tietojärjestelmät eivät toistaiseksi mahdollista perusteellista seurantaa. Ammattilaisen ja päättäjät kuitenkin tunnistavat tarpeen seurata hoidon tuloksia, joten tämän kehittämisen olisi ajankohtaista nyt, kun hoitojärjestelyjä muutenkin mietitään uudelleen.

Terveydenhuollon ammattilaiset ja päättäjät myöntävät, että resurssit ovat vajaat suhteessa diabeetikoiden määrään ja ohjaustarpeeseen. Tästä huolimatta resurssit ovat entisestään vähentyneet kahden viime vuoden aikana. Myös tarve kehittää hoidon järjestämisen ja resursien jakamisen tapaa on tunnistettu. Nyt sote-uudistuksen edetessä tähän on syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota. Tavoitteellinen ja asiantunteva moniammatillinen hoito, sekä riittävä omahoidon tuki ja omahoitovälineiden saatavuus, ovat tehokkaimmat keinot vähentää diabetekseen liittyvien lisäsairauksien kehittymistä ja sairauden hoidon kokonaiskustannuksia ja edistää diabetesta sairastavien elämänlaatua.

- Diabeetikoiden määrän kasvu on tasoittunut.
- Ennaltaehkäiseviä palveluita on vaikea saada.
- Lääkärille pääsy on entisestään vaikeutunut.



3 Diabetesbarometrin toteutus

Diabetesbarometrin perusaineisto kerättiin eri kohderyhmille suunnatuilla kyselyillä. Diabetesta sairastaville tehtiin Webropol-kysely loka-marraskuussa 2017 (Liite 1). Linkkiä levitettiin Diabetesliiton verkkosivujen sekä sosiaalisen median (Facebookin ja Twitterin) kautta. Kyselyssä selvitettiin diabeetikoiden kokemuksia ja käsityksiä diabeteksen hoidon järjestämisestä sekä hoidon onnistumisesta. Lisäksi kyselyssä selvitettiin diabeetikoiden toiveita siitä, miten diabeteksen hoito tulisi järjestään sote-uudistuksessa. Vastauksia saatiin yhteensä 207 kpl. Vastaaajina oli tyyppin 1 diabeetikoita (N=126), tyyppin 2 diabeetikoita (N=55), diabeetikolosten vanhempia (N=15) sekä muuta diabetestyyppiä sairastavia tai diabeetikoiden läheisiä (N=11).

Terveydenhuollon ammattilaisten kyselyt tehtiin Webropol-kyselynä loka-marraskuussa 2017 (Liite 2). Vastaavia kyselyitä on tehty jo pitkään, noin kahden vuoden välein. Terveydenhuollon kyselyt lähetettiin sairaanhoitopiireissä pääasiassa alueellisen diabetestyöryhmän puheenjohtajan tai sihteerin kautta. Kyselyssä selvitettiin diabetesta sairastavien hoitoon käytettäviä resursseja ja resurssien

kehittämistarpeita. Lisäksi kyselyssä selvitettiin hoitoprosessiin liittyviä tekijöitä sekä hoidon onnistumista. Vastaaajina oli sekä lääkäreitä (N=48), hoitajia (N=129), että muita diabeetikoiden hoitoon osallistuvia henkilöitä (N=8). Kysymyksiin vastasi kaikkiaan 182 henkilöä. Vastausprosenttia ei pystytty laskemaan, sillä kaikista sairaanhoitopiireistä ei ole tietoa, kuinka monelle kysely lähetettiin.

Myös terveydenhuollon päättäjille tehtiin loka-marraskuussa 2017 Webropol-kysely (Liite 3). Siinä selvitettiin heidän käsityksiään diabeetikoiden hoidon resursseista sekä niiden kehittämistarpeista. Lisäksi selvitettiin tärkeimpiä diabeetikoiden hoidon ja ohjauksen kehittämistarpeita. Kuntiin suunnatut kyselyt lähetettiin kuntien kirjaamojen kautta. Kirjaamoon lähetettiin sähköposti, jossa pyydettiin lähettämään kysely kunnan terveydenhuollosta päättävälle henkilölle (esim. terveysjohtajalle, sosiaali- ja terveysjohtajalle tai ylilääkärille). Sairaanhoitopiirien johtajille kysely lähetettiin sairaanhoitopiirin kirjaamon kautta. Kyselyyn vastasi 82 päättäjää. Kyselyn vastausprosentti oli noin 58.

4 Diabetesta sairastavien määrä ja verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö

4.1 Diabetesta sairastavien henkilöiden määrä

Diabetes on yksi nopeimmin yleistyvistä kansansairauksista. Kansainvälisen diabetesjärjestön IDF:n julkaisu IDF Diabetes Atlas arvioi diabeteksen esiintyvyyden vuonna 2015 olleen 8,8 % maailman aikuisväestössä, mikä tarkoittaa noin 415 miljoonaa diabetesta sairastavaa ikäryhmässä 20-79. Vuoteen 2040 diabeteksen esiintyvyyden ennustetaan kasvavan 10,4 %:iin eli noin 642 miljoonaan ihmiseen.

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

Diabetestyyppit voidaan jakaa hoidollisesti muutamaa päätyyppiin. Näitä ovat insuliininpuutosdiabetes (tyyppi 1 ja LADA); diabetes, jossa insuliini on tarpeen gluukoosin hallinnassa (tyyppi 2 ja osa raskausdiabeteksesta); diabetes, jossa muu lääkevalmiste kuin insuliini on tarpeen (tyyppi 2 ja osa raskausdiabeetikoista) sekä elintapahoidolla hallittava diabetes (pääosa tyyppin 2 diabeetikoista ja enemmistö raskausdiabeetikoista). Kaikissa diabetestyypeissä on kyse haiman toimintahäiriöstä ja geneettisestä taustasta, mutta tehokkaan ja turvallisen hoidon aloittamisen kannalta olisi eduksi, mikäli diabetestyyppi tai vähintäänkin

hoidon tarve pystyttäisiin määrittämään mahdollisimman tarkasti heti diagnoosivaiheessa.

Lääkekorvaustilastoista ei saa myöskään luotettavaa tietoa diabeteksen yleisyydestä ja yleisyyden muutoksista, sillä verensokerilääkkeiden käyttöön ja korvaukseen vaikuttavat diabeteksen diagnosoinnin ja hoitokäytäntöjen vaihtelu ja niissä ajan myötä tapahtuneet muutokset. Lisäksi Kelan tilastoista löytyvät vain henkilöt, joilla diabetes on jo diagnosoitu ja lääkehoito aloitettu. Lääkekorvausoikeuksiin pohjautuvat tiedot ovat siksi ali-arvio diabeetikoiden kokonaismäärästä. Suomessa ei ole tällä hetkellä toimivaa rekisteriä tai järjestelmää, jonka avulla voisi tarkastella diagnosointia, diabetesta sairastavien kokonaismäärää tai diagnosoimattomien, tietämättään sairastavien diabeetikoiden määrää.

4.2 Diabeetikoiden verensokeria alentavien lääkkeiden käyttö

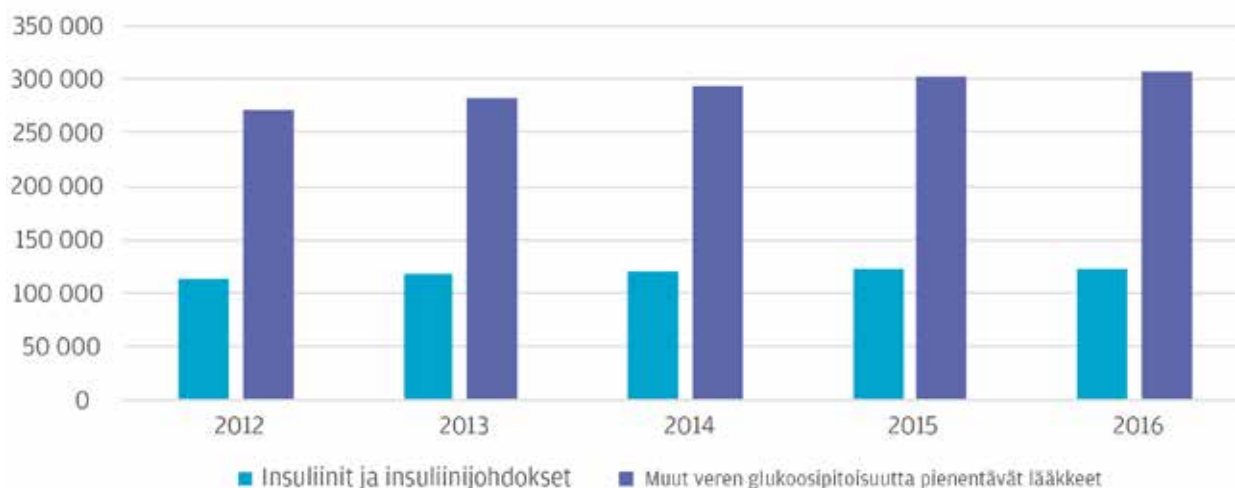
Diabeteslääkkeiden korvausoikeuksia voi tarkastella em. rajoitteiden valossa Kansaneläkelaitoksen Kelasto-tietokannasta. Vuonna 2016 Kela maksoi verensokeria alentavista lääkkeistä perus- tai erityiskorvausta yhteensä 364 014 henkilölle (352 054 vuonna 2014). Korvausoikeuksien määrässä oli nousua kahden vuoden aikana noin 3 %. Erityiskorvattuja (100 %:n korvausluokka) diabeteslääkkeitä osti 311 604 henkilöä (290 342) ja peruskorvattuja (40 %:n korvausluok-

ka) 71 485 henkilöä (85 458).

Kelan lääkekorvaustilastoissa diabeetikoita ei jaeta ryhmiin diabetestyyppin perusteella vaan lääkkeiden käytön perusteella kahteen pääryhmään: insuliinia ja insuliinijohdannaisia käyttäviin sekä muita diabeteslääkkeitä käyttäviin diabeetikoihin. Insuliinihoitoa käyttävät tyyppin 1 diabeetikoiden lisäksi myös ne tyyppin 2 diabeetikot, jotka eivät saavuta hoitotasapainoa muulla lääkityksellä tai joille on kehittynyt insuliinipuutos. Myös

osa raskausdiabeetikoista on insuliinihoitoisia.

Veren sokeripitoisuutta pienentäviä lääkkeitä käyttävien kokonaismäärä on kasvanut koko ajan. Vuonna 2012 insuliinihoitoa käytti 113 888 henkilöä ja muuta verensokeria alentavaa lääkitystä 270 637 henkilöä. Insuliinin käyttäjien määrä on noussut vuoteen 2016 mennessä 123 017 henkilöön ja muiden verensokeria alentavien lääkkeiden käyttäjien määrä 307 885 henkilöön.



Kuva 1. Insuliinia ja muita verensokeria alentavia lääkkeitä käyttävien henkilöiden kokonaismäärä vuosina 2012–2016.

Kelan lääkekorvaustilaston mukaan insuliinien käyttäjistä ylipitkävaikutteista perusinsuliinia käytti 111 215 henkilöä (104 997), pitkävaikutteista perusinsuliinia 7 056 henkilöä (9 495) ja insuliinisekoitteita 2 938 henkilöä (4 149). Lyhytvaikutteista tai pikavaikutteista insuliinia käytti 67 496 henkilöä (65 823).

Muista verensokeripitoisuutta pienentäviä lääkkeitä käyttävistä henkilöistä valtaosa, 240 921 henkilöä (237 833), käytti metformiinia joko ainoana lääkkeenä tai yhdistelmähoitona muiden lääkkeiden kanssa. Suolistohormoni GLP-1:tä lisäävät DPP-4-estäjätabletit tulivat

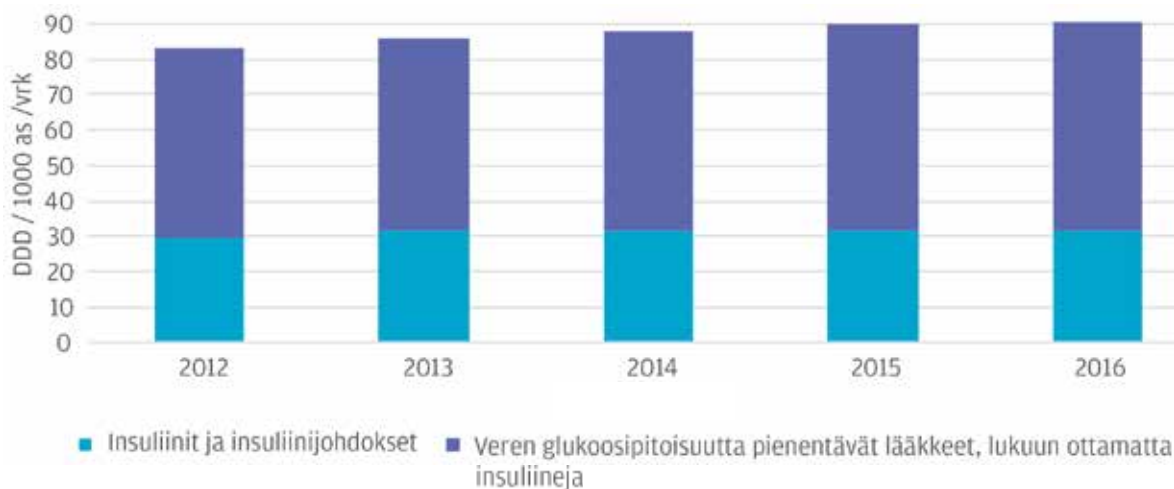
Suomessa myyntiin vuonna 2010. Niiden käyttö on yleistynyt edelleen. Vuonna 2016 DPP-4-estäjiä käytti 96 819 henkilöä (83 257) ja lisäksi 39 367 henkilöä (35 824) käytti DPP-4-estäjän ja metformiinin yhdistelmä-lääkettä. Vastaavasti pitkävaikutteisten (insuliinineritystä kaavamaisesti lisäävien) sulfonyyliurea-valmisteiden käyttö on vähentynyt. Myös uusien pistoksina annosteltavien GLP-1-hormonijohdosten käyttö on lisääntynyt, etenkin vuoden 2016 Kela-korvausoikeuden laajentamisen myötä. Muita kuin metformiinia tai DPP-4-pohjaisia verensokeria alentavia lääkkeitä käytti 42 916 henkilöä vuonna 2016 (43 241).

Taulukko 1. Verensokerilääkkeet ja korvausten saajien määrä vuosina 2012, 2014 ja 2016.

Lääkevalmiste	2012	2014	2016
Insuliinit ja insuliinijohdokset	113 888	119 604	123 017
Lyhytvaikutteiset	63 178	65 823	67 496
Pitkävaikutteiset	13 028	9 495	7 056
Insuliinisekoitteet	6 018	4 149	2 938
Ylipitkävaikutteiset	95 600	104 997	111 215
Veren glukoosipitoisuutta pienentävät lääkkeet (ei insuliini)	270 637	293 727	307 885
Metformiini	228 487	237 833	240 921
Sulfonyyliureat	32 170	19 885	12 261
Oraalisten veren glukoosipitoisuutta pienentävien lääkkeiden yhdistelmä	30 668	35 832	39 367
Tiatsolidiinidionit	9 072	7 273	6 265
Dipeptidyylipeptidaasi 4:n (dpp-4) -estäjät	61 107	83 257	96 819
Muut lääkkeet	9 118	16 588	42 916

Viiden viime vuoden aikana diabeteslääkkeiden käytön trendi on siirtynyt yhä enemmän yhdistelmähoidon (insuliinien + muiden verensokeria laskevien lääkevalmisteiden) suuntaan. Vuodesta 2012 vuoteen 2016 pelkästään insuliinia käyttävien määrä on laskenut noin 60 000 käyttäjästä 56 000:een, kun taas yhdistelmähoitoa käyttäneiden määrä

on lisääntynyt 54 000:stä noin 67 000 käyttäjään. Diabeteslääkkeiden kulutus noudattaa varsin samaa kaavaa kuin diabetesta sairastavien määrän kehitys: insuliinien kulutus pysyy kuta kuinkin vakana vuodesta toiseen, mutta muiden verensokeria alentavien lääkkeiden kulutus kasvaa vähitellen (Fimean lääketilasto 2016).

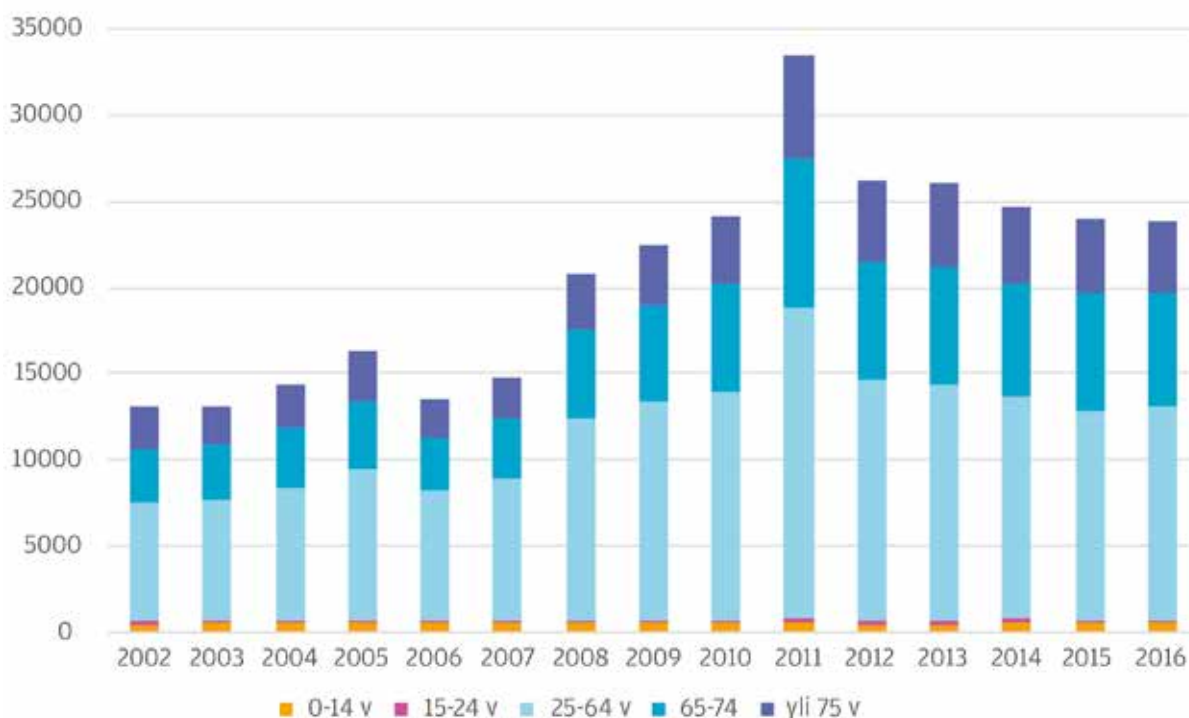


Kuva 2. Diabeteslääkkeiden kulutus avohoidossa (DDD/1 000 as/vrk) vuosina 2012-2016.

4.3 Vuosittain alkavien uusien lääkekorvausoikeuksien määrä

Uudet verensokerilääkkeiden lääkekorvausoikeudet ovat lisääntyneet säännöllisesti jo 30 vuoden ajan. Vuonna 2002 uusia korvausoikeuksia alkoi 13 098 henkilöllä, kun huippuvuonna 2011 uusia korvausoikeuksia alkoi 33 383 henkilöllä. Vuoden 2011 jälkeen vuosittainen kasvu on kääntynyt laskuun: uusia korvausoikeuksia alkaa joka vuosi vähemmän kuin edellisellä vuonna. Vuonna 2016 uusia korvausoikeuksia alkoi 23 801 henkilöllä.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna käy ilmi, että diabetesta sairastavien 0-14-vuotiaiden uusien korvausoikeuksien määrä on vuosittain pysynyt varsin tasaisena vuodesta 2010 vuoteen 2016. Uusia korvausoikeuksia on myönnetty vuosittain 450-550 lapselle. Tuoreiden tutkimusten mukaan tyyppin 1 diabeteksen ilmaantuvuus on tasoittumassa ja jopa laskusuunnassa ainakin Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa. (IDF 2015.)



Kuva 3. Diabeteslääkkeiden uudet korvausoikeudet vuosittain ja ikäryhmittäin 2002-2016.

Nuorten eli 15-24-vuotiaiden diabeetikoiden vuosittain alkavien uusien korvausoikeuksien määrä on tarkasteluajanjaksona ollut myös hyvin tasainen, noin 200-270 vuosittain. Uusissa korvausoikeuksissa on ollut vain hienoista nousua.

Työikäisten eli 25-64-vuotiaiden diabeetikoiden vuosittaisten uusien korvausoikeuksien määrä on kasvanut huomattavasti 2000-luvulla. Vuonna 2002 työikäisillä alkoi uusia diabeteslääkkei-

den korvausoikeuksia 6 817, kun vuonna 2011 määrä oli 18 007. Työikäisillä uusien korvausoikeuksien laskeva trendi on ollut havaittavissa selvästi vuoden 2011 jälkeen, mutta vuoden 2014 jälkeen lasku näyttäisi tasoittuneen. Vuonna 2016 uusia korvausoikeuksia alkoi 12 340 työikäisellä diabeetikolla.

Ikääntyvien eli 65-74-vuotiaiden diabeetikoiden uusien korvausoikeuksien määrä kasvoi lähes samaa tahtia työikäis-

ten korvausoikeuksien määrän kanssa 2000-luvun aikana. Vuonna 2002 ikään-
tyvillä alkoi uusia diabeteksen korvaus-
oikeuksia 3 177 ja vuonna 2011 yhteen-
sä 8 609. Selvästi laskeva trendi uusien
korvausoikeuksien määrässä havaittiin
myös ikään-tyvillä, joskaan ei niin jyrkästi
laskevana kuin työikäisillä diabeetikoilla.
Vuonna 2016 uusia korvausoikeuksia alkoi
6 505 ikään-tyvällä diabeetikolla. Ikään-ty-
neille eli yli 75-vuotiaille uusia korvausoi-

keuksia myönnettiin 2 449 vuonna 2002.
Sen jälkeen määrä nousi tasaisesti vuo-
teen 2010, jolloin uusia korvausoikeuksia
myönnettiin 3 906. Vuonna 2011 määräs-
sä tapahtui yksittäinen hyppäys ylöspäin,
kun uusia korvausoikeuksia alkoi 5 938.
Tämän jälkeen uusien korvausten määrä
on lähtenyt vuosittaiseen laskuun. Vuon-
na 2016 uusia korvausoikeuksia aloitet-
tiin 4 189 yli 75-vuotiaille diabeetikoille.

4.4 Diabeetikoiden korvausoikeuksien kokonaismäärä

Tiettyjen vaikeiden, pitkäaikaisten sairaus-
kuiden hoidossa käytettävistä lääkkeis-
tä voi saada Kelan perus- tai erityiskor-
vausoikeuden. Peruskorvausryhmään
kuuluvissa lääkkeissä lääkehoidon kus-
tannuksista korvataan 40 %, alemmassa
erityiskorvausryhmässä korvataan 65 %
ja ylemmässä 100 % (lääkkeen ostoker-
taisen omavastuun jälkeen) lääkkeen hin-
nasta tai viitehinnasta.

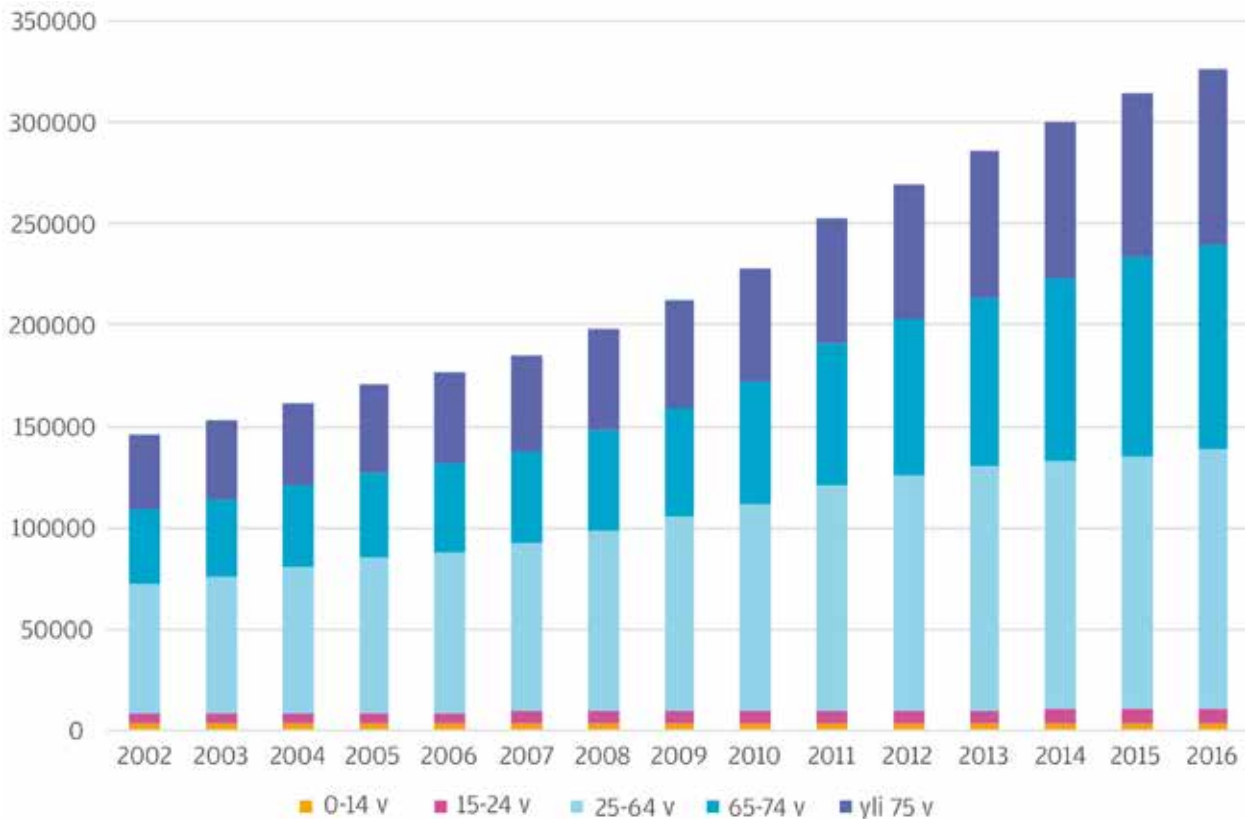
Valtioneuvosto päättää, mitkä sairau-
det kuuluvat korvauksen piiriin. Asian-
mukaisesti diagnosoitu diabetes kuuluu
näihin sairauksiin. Sosiaali- ja terveys-
ministeriön Lääkkeiden hintalautakun-
ta (Hila) päättää, mitkä lääkevalmisteet
ovat korvattavia kussakin sairaudessa.
Korvauspäätökset ovat määräaika-
isia, ja lääkkeiden hintalautakunta voi rajoittaa
korvattavuuden koskemaan vain sairau-
den tiettyä muotoa tai vaikeusastetta.
Korvausoikeuden saadakseen diabetesta
sairastava toimittaa lääkärin B-lausun-
non Kelaan, muuta hakemusta ei tarvita.

Diabeteslääkkeet ovat vuoden 2016 lop-
puun saakka kuuluneet pääsääntöisesti
ylempään erityiskorvausryhmään, mut-
ta vuoden 2017 alusta lukien muut kuin
insuliinivalmisteet siirrettiin alempaan
erityiskorvausluokkaan. Insuliinivalmis-
teet säilyivät edelleen 100 % korvausluo-
kassa. Poikkeuksena on raskausdiabetes,
jonka aikana lääkehoito (insuliini mu-

kaan lukien) on peruskorvusluokassa.
Joidenkin lääkkeiden erityiskorvausoi-
keuden myöntämisessä on tiettyjä rajoi-
tuksia liittyen esim. käyttäjän BMI:iin, ja
jos diabeetikko ei täytä reunaehtoja, lää-
kettä voidaan käyttää peruskorvauksella
tai ilman korvausta.

Vuoden 2016 lopussa 326 354 henkilöllä
oli korvausoikeus verensokeria alenta-
viin lääkkeisiin. Vuonna 2002 oikeus oli
145 731:lla. Määrä on kasvanut 2,2-ker-
taiseksi 2002-2016. Tämä ei tarkoita
suoraan, että diabeetikoiden määrä yh-
teiskunnassa olisi yli kaksinkertaistu-
nut. Hoitokäytäntöjen ja korvausoikeu-
den perusteiden muutosten myötä uusia
korvausoikeuksia on joinakin vuosina
myönnetty enemmän kuin on tehty uusia
diabetesdiagnooseja. Oikeuksien määrän
lisääntymiseen on osittain syynä myös
niiden hakuprosessin muuttuminen. Tar-
kasteluajanjakson alussa ja puolivälissä
tyypin 2 diabeetikot eivät voineet hakea
lääkkeilleen korvausoikeutta heti diag-
noosin saatuaan vaan vasta vuoden sai-
rastamisen jälkeen. Vuosien myötä osa
verensokerilääkkeistä on myös halventu-
nut, ja sen vuoksi jotkut pelkkää metfor-
miini-lääkitystä käyttävistä diabeetikois-
ta eivät hae sille korvattavuutta.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna verensokeria
alentavien lääkkeiden korvausoikeuksien
määrä on noussut kaikissa ikäryhmissä.



Kuva 4. Diabeteslääkkeiden korvausoikeuksien kokonaismäärä ikäryhmittäin ja vuosittain 2002-2016.

Lapsilla eli 0-14-vuotiailla korvausoikeuksien kokonaismäärä on pysynyt vuodesta 2002 vuoteen 2016 jokseenkin vakaana. Vuonna 2002 korvausoikeuksia oli tässä ikäryhmässä noin 3 200:lla lapsella. Määrä on vakiintunut noin 3 800:aan vuodesta 2008 lähtien. Sen sijaan 15-24-vuotiailla oikeuksien määrä on lisääntynyt selvästi vuodesta 2002 vuoteen 2016. Vuonna 2002 korvausoikeus oli 4 506:lla 15-24-vuotiaalla, ja vuoteen 2016 mennessä määrä oli lisääntynyt 6 434:ään.

Diabeteslääkkeiden korvausoikeuksien määrä on työikäisillä (25-64-vuotiailla) yli kaksinkertaistunut vuodesta 2002 vuoteen 2016. Vuonna 2002 työikäisillä oli oikeuksia 64 700 ja vuonna 2016 jo 128 230. Vuotuinen korvausoikeuksien määrän kasvu on ollut 7 % vuodesta 2002 vuoteen 2016.

Ikääntyvillä (65-74-vuotiailla) diabeteslääkkeiden korvausoikeuksia oli 36 949 vuonna 2002 ja jo 101 290 vuonna 2016. Yli 75-vuotiailla diabeteslääkkeiden kor-

vausoikeuksia oli 36 373 vuonna 2002 ja 86 595 vuonna 2016.

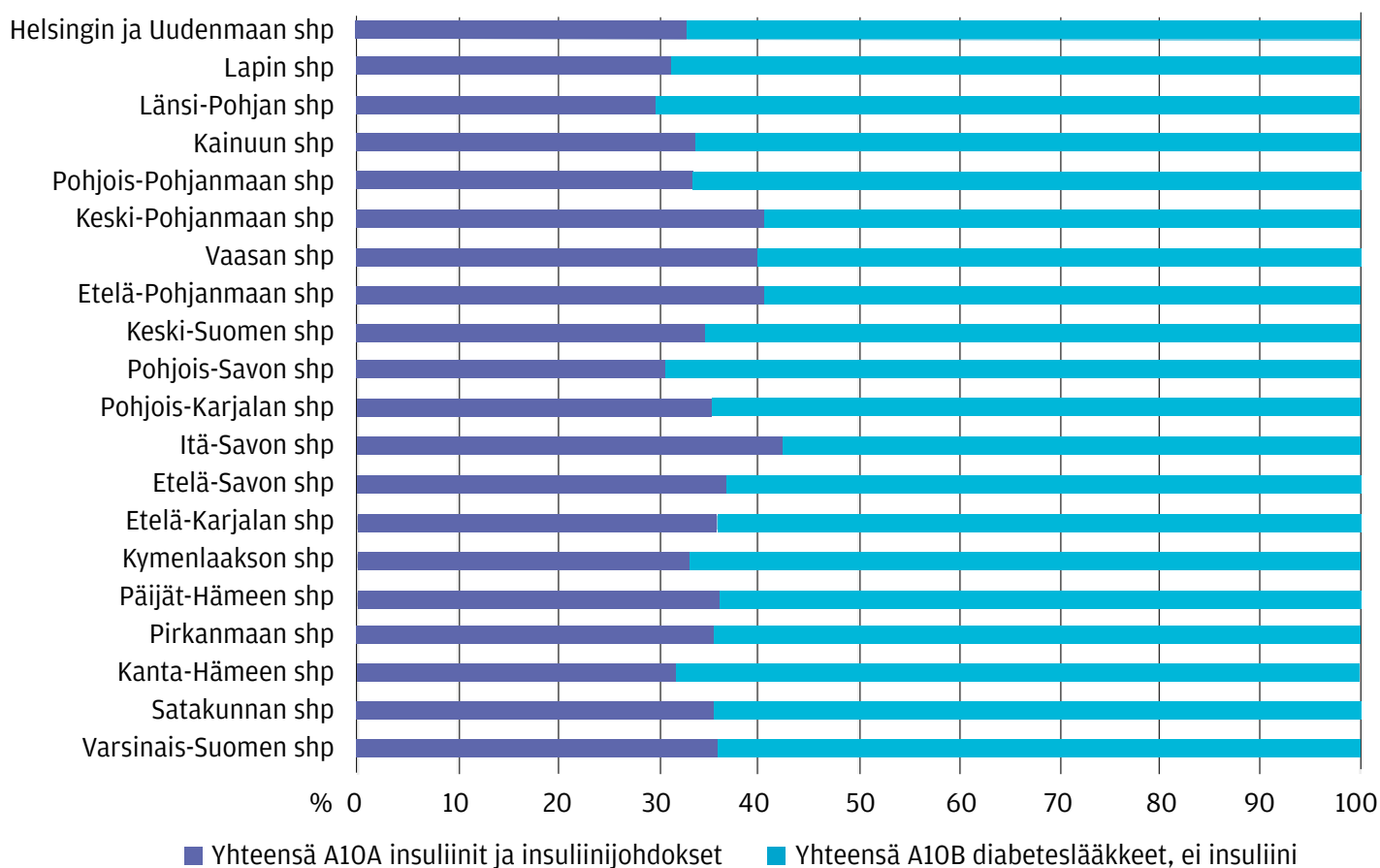
Eläkeikäisten (yli 65 -vuotiaiden) diabeetikoiden korvausoikeuksien määrä on muihin ikäryhmiin verrattuna kasvanut kaikkein eniten, se on lähes kolminkertaistunut 2002-2016. Vuotuinen kasvuprosentti eläkeikäisten diabeetikoiden korvausoikeuksien määrässä on ollut lähes 10.

Diabeteslääkkeiden uusien korvausoikeuksien laskeva trendi ei vielä toistaiseksi näy diabeetikoiden korvausoikeuksien kokonaismäärässä. Diabeetikoiden kokonaismäärä kasvaa, koska vuosittain diagnosoidaan iso joukko uusia diabeetikoita ja heille myönnetään uusia korvausoikeuksia. Diabeetikot myös elävät entistä pidempään, mikä näkyy etenkin eläkeikäisten diabeetikoiden määrän kasvuna. Nousu on erityisen suurta juuri nyt, kun suuret ikäluokat ovat ikääntyneet ja riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen on suuri.

4.5 Diabeteksen esiintyvyys sairaanhoitopiireittäin

Diabeetikoiden kokonaismäärän ja diabeteksen esiintyvyyden arvioiminen sairaanhoitopiireittäin on vaikeaa valtakunnallisten seurantajärjestelmien puuttumisen vuoksi. Kansaneläkelaitoksen Kelasto-tietokannasta sairaanhoitopiiri-kohtaista tietoa saa vain lääkärin määräämien reseptien lukumääränä lääkärinä kohden. Diabeetikoiden määrästä tämä tieto ei oikeastaan kerro juuri mitään,

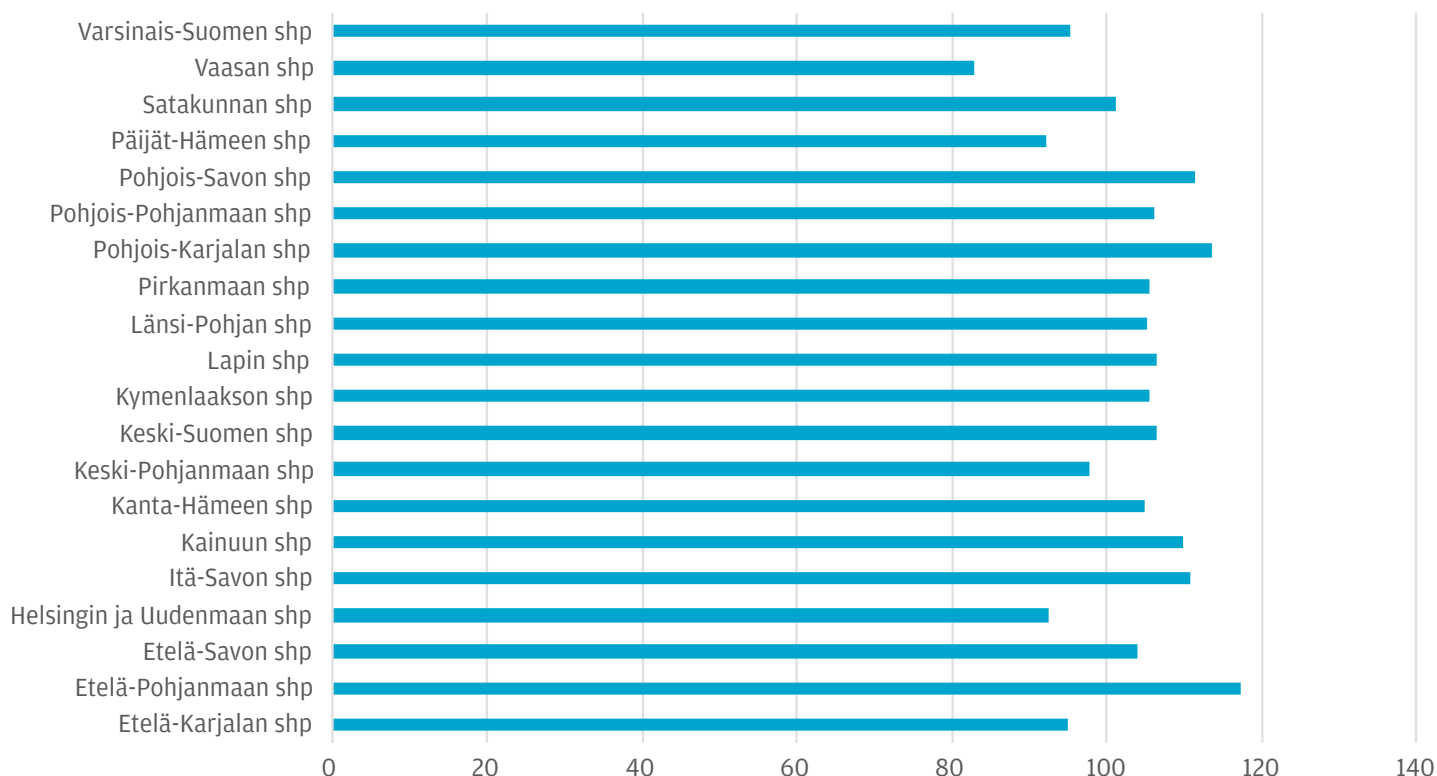
sen sijaan insuliininkäytön ja muiden diabeteslääkkeiden käytön suhdetta tämän perusteella voidaan tarkastella sairaanhoitopiireittäin. Pohjois-Karjalassa lääkärin määräämistä diabeteslääkeresepteistä 42 % on keskimäärin insuliineja, kun taas Länsi-Pohjassa insuliinien osuus lääkärin diabeteslääkeresepteistä on 30 %.



Kuva 5. Lääkärin määräämissä diabeteslääkeresepteissä (keskimäärin/lääkäri) insuliinien ja muiden diabeteslääkkeiden suhde (%) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2016.

Kelaston Terveyspuntari-tietokanta osoitautuu käyttökelpoiseksi diabeteksen esiintyvyyden arviointivälineeksi. Siinä jokaiselle Suomen kunnalle on laskettu indeksejä, jotka kuvaavat kansantautien, kuten diabeteksen, esiintymistä alueen

väestössä suhteessa koko maan väestön keskiarvoon. Tässä on käytetty ikä- ja sukupuolivakioituja indeksejä, mikä mahdollistaa alueittaisen vertailun alueiden välisestä ikä- ja sukupuolirakenteen eroista huolimatta.



Kuva 6. Terveyspuntarin diabetesindeksi sairaanhoitopiireittäin vuonna 2016.

Vuoden 2016 Terveyspuntarin perusteella voidaan sanoa, että Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon väestössä diabetesta esiintyy keskimäärin eniten, kun taas Pohjanmaan, Etelä-Karjalan ja Päijät-Hämeen väestössä keskimäärin vähiten. Koko maan keskimääräinen diabeteksen väestössä esiintyvyyden indeksi on 100. (Kela.fi/kelasto)

Diabeteksen keskimääräisestä esiintyvyydestä väestössä ei voi tehdä oikein minkäänlaisia suoria johtopäätöksiä, koska samaan aikaan meillä ei ole tutkimustietoa tietämättään tyyppin 2 diabetesta sairastavien määrästä. Kyse voi olla siitä,

että diabeteksen esiintyvyys tosiasiasa alueilla vaihtelee, mutta todennäköisempää on, että alueilla on keskimäärin eri määrä tietämättään tyyppin 2 diabetesta sairastavia.

Mikäli hoidossa olevia diabeetikoita on suhteellisesti paljon, on se mahdollisesti merkki siitä, että alueen seulontatoimenpiteet toimivat ja että siellä on tehty ansiokasta työtä tyyppin 2 diabeteksen varhaisessa tunnistamisessa. Näin alueella on mahdollisesti muita alueita vähemmän tietämättään tyyppin 2 diabetesta sairastavia. Väestötutkimuksilla asian voisi tarkemmin vahvistaa.



5 Diabeteksen ehkäisy

5.1 Tyypin 1 diabeteksen ehkäisy

Tyypin 1 diabeteksen taustalla on haiman insuliinia tuottavien beetasolujen autoimmuunitulehdus, joka syntyy perinnöllisten ja ulkoisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Vaikka tyypin 1 diabeteksen syntyy vaikuttavista tekijöistä tiedetään jo paljon, sairauden ehkäisy ei ole vielä mahdollista. Käynnissä on kuitenkin useita tutkimuksia, joista osa kohdistuu

primaariehkäisyyn ja osa sekundaariehkäisyyn. Pyritään siis joko estämään tyypin 1 diabeteksen kehittyminen sellaisille henkilöille, joilla on todettu perinnöllinen alttius sairastua siihen tai pyritään pysäyttämään jo alkaneen tulehdusprosessin eteneminen ennen tyypin 1 diabeteksen puhkeamista.

5.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy

Tyypin 2 diabetesta on mahdollista jossakin määrin ehkäistä, tai ainakin sen puhkeaminen voidaan siirtää riskiryhmissä myöhemmäksi. Tehokkain keino tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä on ylipainon ja lihavuuden ehkäisy sekä laihtuttami-

nen. Ylipainoisilla jo 5 %:n painonlasku pienentää diabetesriskiä noin 70 % verrattuna henkilöihin, joiden paino pysyy ennallaan. (Saaristo ym. 2010). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn voidaan pyrkiä vaikuttamalla koko väestöön, jolloin pää-

asiallisena tarkoituksena on edistää koko väestön terveyttä ja vähentää yleistä sairastumisriskiä. Tehokkaampi tapa ehkäistä diabetesta on pyrkiä tunnistamaan henkilöt, joilla on erityisen suuri vaara sairastua, ja vaikuttaa heihin ja heidän elintapoihinsa.

Suomessa on jo pitkät perinteet tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn tutkimuksessa ja menetelmien kehittämisessä Diabetes Prevention Studyn (DPS-tutkimus) ja Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelman (Dehko 2000-2010) viitoittamina. Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisymahdollisuuksia ja käytännön keinoja arjen terveyden edistämiseksi selvittää vuosien 2016-2019 aikana myös Suomen Akatemian rahoittama StopDia-tutkimushanke. StopDia:ssa luodaan valtakunnallinen ja yhtenäinen hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävä malli, joka sopii yhteiskunnassa olemassa oleviin järjestelmiin. StopDia:ssa kehitetään ja tutkitaan riskiryhmässä olevien omien toimien lisäksi erilaisten työ- ja elinympäristön muutosten vaikuttavuutta sekä sitä, millaiset yhteiskunnalliset tekijät edesauttavat ja mitkä puolestaan hankaloittavat hyvinvointia edistävien elintapojen toteutumista ja terveempien ympäristöjen rakentamista. StopDian perusajatuksena on elintapamuutosten edistäminen yksilö- ja ympäristötasolla, tietoisien ja tiedostamattoman päätöksenteon kautta.

Suomessa on käynnissä StopDian lisäksi myös muita kansallisia, diabeteksen ehkäisyä tukevia hankkeita. Tällaisia ovat mm. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikikahallinnollisesti (VESOTE) -hanke sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima kansallinen lihavuusohjelma. VESOTE-hanke yhdistää kokonaisuudeksi olemassa olevia ja hyväksi havaittuja työkaluja ja työtapoja. Sen tarkoitus on vahvistaa ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettavaa vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta. Hankkeen päämääränä on, että suomalaiset lisäävät liikuntaa, vähentävät istu-

mista, syövät monipuolisesti ja terveellisesti sekä nukkuvat aiempaa paremmin. (UKK-instituutti 2017).

Kansallisen lihavuusohjelman, Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta, tavoitteena on ehkäistä väestön lihomista ja kääntää lihomiskehitys jopa laskuun väestön terveyden lisäämiseksi ja toimintakykyisten elinvuosien kartuttamiseksi. Toimintamenetelmänä kansallinen lihavuusohjelma käyttää monitoimijaisista yhteistyötä ja toimintojen vastuuttamista useille eri toimijoille. Yhteiskunnan eri toimijat, kuten päättäjät, terveydenhuollon ammattilaiset, liikuntatoimi, koulut ja varhaiskasvatus, ruokapalvelut, yhdyskuntasuunnittelu, kansanterveys- ja liikuntajärjestöt sekä elintarviketeollisuus, voivat tehdä ohjelmassa esitettyjä väestön terveyttä edistäviä ja lihavuutta ehkäiseviä päätöksiä ja toimia. (THL 2016.)

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisytyön perustaksi on siis olemassa selvä tutkimusnäyttö, johon meneillään olevat hankkeet pohjautuvat. Siltikin työssä olisi kansallisesti vielä paljonkin tehostamisen varaa. Terveyden edistämisen vertaistietokannan, TEAviisarin, tuella kunnille tehdään joka toinen vuosi kysely liittyen terveyden edistämisen aktiivisuuteen. TEAviisarin sähköisen työkalun avulla voi kuka tahansa tarkastella oman kuntansa tai yhteistoiminta-alueensa tilannetta erilaisten terveyden edistämisen indikaattoreiden avulla. Indikaattoreiden tulokset pisteytetään ja näin kuntia ja alueita pystytään vertailemaan keskenään. Kyselyssä selvitetään muun muassa, sisältääkö kunnan tai yhteistoiminta-alueen toiminta- ja taloussuunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon osuus tavoitteita ja toimenpiteitä koskien diabeteksen ehkäisyä.

Vuoden 2016 tuloksissa diabeteksen ehkäisy sisältyi kuntien valtaosan suunnitelmiin, tosin pääsääntöisesti osana laajempaa kokonaisuutta. Tällöin ehkäisytoimet kohdentuvat laajasti väestöön, eikä niiden teho ole aivan niin hyvä,

kuin jos toimet olisi kohdennettu suoraan korkean riskin henkilöihin. Pisteytettynä arvioiden diabeteksen ehkäisy toteutuu valtakunnallisesti hyvin pisteillä 92 (vaihteluväli 0-100 pistettä). Vuonna 2014 diabeteksen ehkäisyn valtakunnalliset pisteet olivat 93, ja vuonna 2012 pistemäärä oli 76. Tämän valossa kunnat ovat siis määritelleet diabeteksen ehkäisyyn sekä tavoitteita että toimenpiteitä. Maakunnittain tarkasteltuna tilanne on hyvä lähes koko Suomessa. Ainoastaan Etelä-Karjalassa tilanne on huono. Siellä alle neljäsosa kunnista on määritellyt diabeteksen ehkäisyn tavoitteita ja toimenpiteitä. Keski-Suomesta tieto puuttui kokonaan.

Kuntien toimet tyyppin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi ovat olennaisen tärkeitä, sillä mukaan tarvitaan kunnan monet eri toimialat - erityisesti päiväkodit, koulut, liikuntatoimi, vapaa-aikatoimi sekä yhdyskuntarakentaminen - ja näiden lisäksi urheilu- ja liikuntaseurat sekä muut kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat järjestöt. Lihavuuden ja diabeteksen ehkäisyn on oltava kunnan ja muiden toimijoiden poikkihallinnollista toimintaa. Kaavoituksessa on mahdollista edistää ihmisten liikkumista kaupunkimaisissa ympäristöissä. Katusyksikön tehtävänä on huolehtia siitä, että liikenneväylät, myös kevyen liikenteen väylät, ovat kunnossa ja niillä voi turvallisesti liikkua eri aikaan vuodesta. TEA-viisarin mukaan liikunnan edistämistä käsitteleviä työryhmiä on Suomessa perustettu laajasti. Maakunnittain tarkasteltuna parannettavaa löytyy yleisesti vain Pohjanmaalta ja Kanta-Hämeestä. Sen sijaan asioiden arvioinnissa ja seurannassa on vakavia puutteita. Kuntalaisten liikunta-aktiivisuutta on kuvattu kuntien hyvinvointikertomuksissa hyvin vain Keski-Pohjanmaan, Pirkanmaan,

Päijät-Hämeen, Etelä-Savon ja Etelä-Karjalan maakunnissa. Pohjanmaalla, Kainuussa, Kanta-Hämeessä ja Kymenlaaksoissa tilanne on huono, ja kaikissa muissa maakunnissa on selvästi parannettavaa. (THL:n TEAviisari 2016).

Suuri vaikutus on myös ruokahuollolla ja lounasravintoloilla. Kuntien tarjoamien aterioiden esim. päiväkodeissa, kouluissa, työpaikoilla ja vanhainkodeissa, tulee olla ravitsemuksellisesti laadukkaita. Suomalaiset syövät elämänsä aikana yli 20 000 kertaa kodin ulkopuolella, kuten juuri päiväkodissa, koulussa, työpaikalla tai vanhainkodissa. Sen vuoksi näiden aterioiden ravitsemuslaadulla on keskeinen merkitys myös tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Hyvänä työkaluna toimii Sydänmerkki. Monet kunnat ovatkin vähitellen siirtymässä omassa lounasruokailussaan Sydänmerkin kriteerit täyttävään ruokaan. TEA-viisarin mukaan ikäryhmittäisiä tavoitteita ja toimenpiteitä terveyttä edistävien ravitsemustottumusten lisäämiseksi on kuitenkin määriteltävä vain vaihtelevasti eri alueilla. Maakunnista vain Pohjois-Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Uudellamaalla on hyvä tilanne, kaikkialla muualla on parannettavaa. (THL:n TEAviisari 2016).

Diabetesepidemia ei vielä ole voitettu, joten lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävät toimet kuuluvat kuntien poikkihallinnollisen toimintaan ja niiden johtaminen kuntien ylimmän johdon tehtäväksi. Kuntalaisten sairastavuuden, elintapojen ja väestöryhmien välisten terveyserojen seurannassa on TEA-viisarin mukaan maakunnissa ja kunnissa vielä paljon tehtävää. Pohjois-Pohjanmaalla, Varsinais-Suomessa ja Uudellamaalla tilanne on hyvä, kaikkialla muualla tilanne on huono tai siinä on parannettavaa. (THL:n TEAviisari 2015).

5.3 Raskausdiabeteksen ehkäisy, hoito ja seuranta

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran raskausaikana ilmenevä sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka todetaan sokerasituskokeella. Raskausdiabeteksen

riski lisääntyy odottavan äidin ylipainon tai korkean iän myötä. 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 raskausdiabeteksen lisäksi myös monogeeninen diabetes tai alkava tyyppin 1 diabetes.

Raskausdiabeteksen ehkäisemiseksi Suomessa on ollut monia tutkimushankkeita. Nelli-hankeessa todettiin, että neuvolassa toteutetulla raskausdiabeetikoiden tehostetulla elintapa- ja liikuntaneuvonnalla on mahdollista vaikuttaa syntyvien lasten painoon. RADIEL-tutkimuksessa puolestaan todettiin, että yksilöllisesti räätälöidyn henkilökohtaisen liikunta- ja ravitsemusohjeiston avulla raskausdiabeteksen ilmaantuvuutta pystyttiin vähentämään merkittävästi.

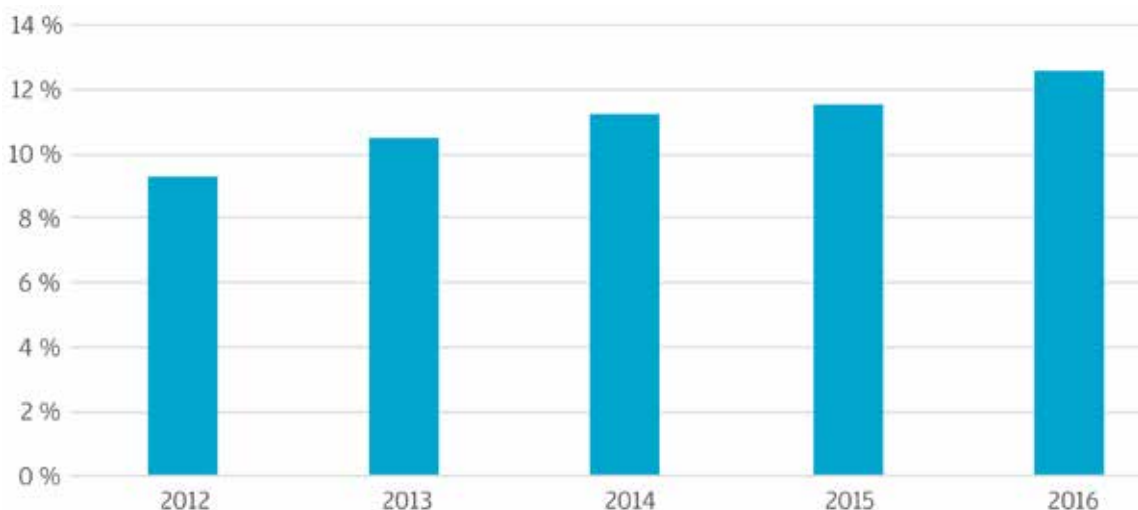
Raskausdiabeteksestä ja äitien ylipainosta on tullut äitiyshuollon suuri haaste. Vuoden 2016 perinataalitulaston mukaan synnyttäjien painoindeksin (BMI) keskiarvo ennen raskautta oli 24,7. Joka kolmas synnyttäjä (35 %) oli ylipainoinen (BMI \geq 25). Lihavia (BMI \geq 30) oli 13,3 % kaikista synnyttäjistä.

Raskausdiabetes ilman ylipainoakin lisää äidin alttiutta sairastua myöhemmin tyy-

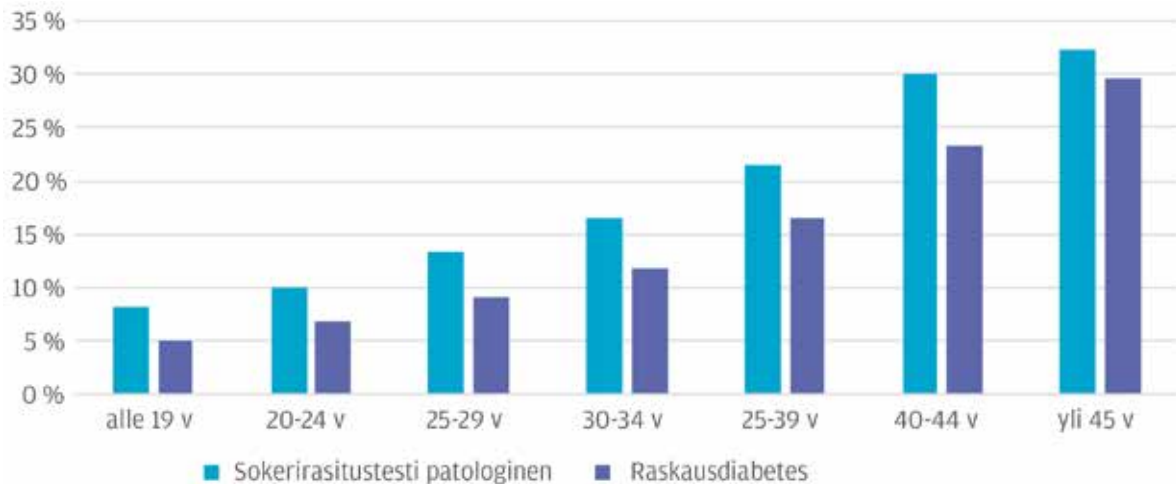
pin 2 diabetekseen. Siksi nykyisten käytäntöjen mukaan valtaosalle raskaana olevista tehdään raskausaikana sokerirasitustesti. Sokerirasitustestissä määritetään verensokerin paastoarvo, sen jälkeen juodaan sokeria sisältävä liuos ja verensokeri mitataan yhden ja kahden tunnin kuluttua. Kahden tunnin sokerirasituksessa raskausdiabetesdiagnoosiin riittää, että yksikin arvo ylittää suositellut rajat. Vuoden 2016 perinataalitulaston mukaan raskausdiabetes oli 12,6 %:lla synnyttäjistä.

Raskausdiabetes yleistyy, kun synnyttäjien ikä nousee. Perinataalitulasto 2015 mukaan raskausaikana tehty sokerirasitustesti oli poikkeava 8,2 %:lla alle 19-vuotiaista synnyttäjistä ja 32,4%:lla yli 45-vuotiaista synnyttäjistä. Raskausdiabetes todettiin 5 %:lla alle 19 vuotiaista synnyttäjistä ja 29,7 %:lla yli 45 vuotiaista synnyttäjistä. Kaikkiaan vuonna 2015 synnyttäneestä 55 007 naisesta 12,9 %:lla eli 7 96:lla todettiin raskausdiabetes.

Suomalaistutkimuksen mukaan äidin raskautta edeltävä ylipaino on merkittävä yksittäinen tekijä sekä äidin että lapsen pitkäaikaisterveyden kannalta. Raskautta edeltävä ylipaino ilman raskausdiabe-



Kuva 7. Raskausdiabeteksen yleisyys (%) synnyttäjistä 2012-2016.



Kuva 8. Patologisen sokerirasitustestin ja raskausdiabeteksen yleisyys (% synnyttäjistä) ikäryhmittäin vuonna 2015.

testakin 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. (Pirkola ym. 2010)

Raskausdiabetes sitoo äitiysneuvoloiden henkilökuntaa uudenlaiseen ohjaustyöhön. Raskausdiabeetikoiden määrän lisääntyminen on muuttanut hoidon järjestämistä ja työn tekemistä äitiysneuvoissa. Terveydenhuollossa on yhä enenevässä määrin kuvattu raskausdiabeteksen hoitoketjuja, mutta niihin sisältyy vain harvoin suunnitelma raskausdiabeetikon seurannasta synnytyksen jälkeen. Ne eivät tavallisesti myöskään kata neuvoloita tai siellä annettavaa hoitoa ja ohjausta. Raskausaikana annettu elintapaohjaus on kuitenkin avainasemassa siihen, että myöhemmältä sairastumiselta vältyttäisiin tai sitä pystyttäisiin siirtämään pidemmälle tulevaisuuteen. Terveellisistä elämäntavoista on hyötyä koko perheelle.

Raskausdiabeteksen sairastaneiden elintapamuutosten tukemiseksi ja äitiysneuvoloiden työn helpottamiseksi Diabetesliitto on vuoden 2017 alusta tarjonnut

D-opistossaan raskausdiabeteksen sairastaneille Raskausdiabeteksen jälkeen -verkkovalmennusta. Vajaan vuoden aikana valmennukseen on ehtinyt osallistua jo lähes 300 raskausdiabeteksen sairastanutta tai terveydenhuollon ammattilaista. Kolmen viikon verkkovalmennuksessa raskausdiabeteksen sairastaneet tutkailevat omia ja perheensä elintapoja sekä tekevät erilaisia kokeiluja uusien tapojen muodostamiseksi. Teemat käsittelevät liikuntaa, syömistä, unta, rentoutumista ja lapsen kanssa olemista. Hyvien kokemusten myötä verkkovalmennusta tullaan tarjoamaan jatkossakin osana Diabetesliiton D-opistoa, osoitteessa www.diabetes.fi/d-opisto. (Diabetesliitto 2017.)

D-opistossa on syksyllä 2017 alkanut myös uusi Hyvää oloa odotukseen -verkkovalmennus raskaana oleville ylipainoille äideille. Valmennuksen ajatuksena on pohtia omaa tapaa liikkua, syödä ja rentoutua sekä tunnistaa niissä olevia kehittymistarpeita. Hyvää oloa odotukseen tarjoaa äideille keinoja muuttaa elintapoja pienin askelin jo raskausaikana, jotta mahdollisessa seuraavassa raskaudessa voitaisiin välttyä verensokerien nousulta ja sitä myöten raskausdiabetekselta. (Diabetesliitto 2017.)

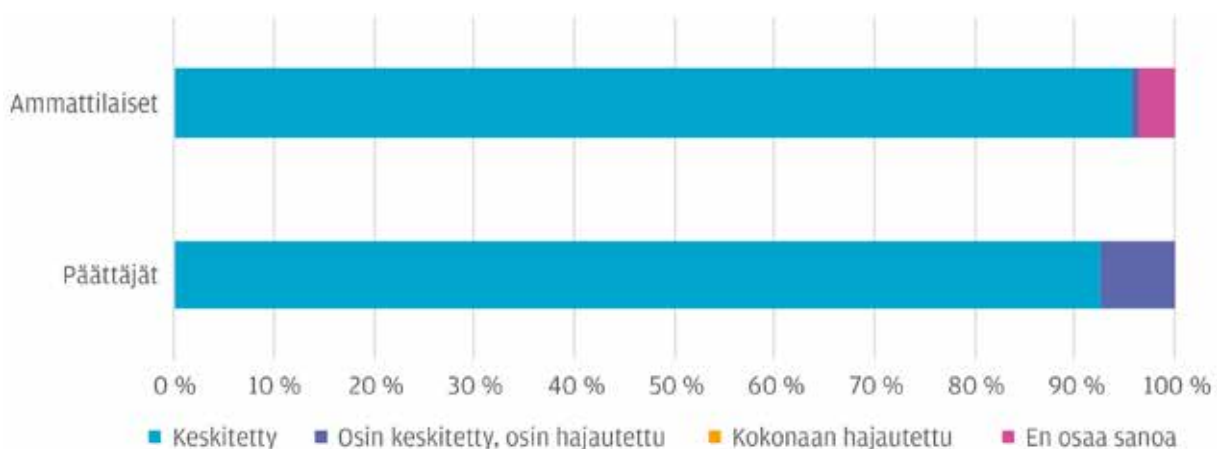


6 Diabetesta sairastavien hoidon järjestäminen

6.1 Tyypin 1 diabeteksen ehkäisy

Diabetesta sairastavia lapsia ja nuoria hoidetaan Suomessa keskitetysti pääasiassa keskussairaaloissa ja muutamassa aluesairaalassa. Terveystieteiden ammattilaisten kyselyyn (2017) vastaan-

neista 96 % sanoi lasten diabeteksenhoidon olevan keskitetty, päättäjillä vastaava prosentti oli 93. Päättäjistä 7 % arveli hoidon olevan osin keskitetty, osin hajautettu.



Kuva 9. Lapsidiabeetikoiden hoidon järjestäminen 2017. Terveystieteiden ammattilaisten ja päättäjien näkemys.

Lapsidiabeetikoiden 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, ravitsemusterapeutti, 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 koulu 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. Kouluuyhteisöissä on tärkeä järjestää yhteispalaveri vanhempien, terveydenhuollon ja koulun henkilöstön kesken, jotta ei ole epäselvyyttä siitä, kenen vastuulla on diabetesta sairastavien lasten koulupäivän aikainen insuliinihoito. Ensisijainen 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 ja tukea siihen koulupäivän aikana. Järjestämistapoina on käytetty tavallisesti joko ryhmäkohtaista tai henkilökohtaista avustajaa.

Useasti koulun aloitukseen ja siirtymisiin liittyy vanhempien huoli lapsen turvallisuudesta. Toisaalta myös eri toimijoilla saattaa olla virheellisiä ennakkokäsityksiä tai pelkoja liittyen diabeteksen hoitoon. Diabeteksen hoito sujuu usein

paremmin, jos tulevia muutostilanteita ennakoidaan ja asioista sovitaan hyvissä ajoin. Myös pumppuhoidon ja jatkuvan verensokerinseurannan eli sensoroinnin yleistyminen helpottaa koulu- ja tarhapäivän aikaista hoitoa.

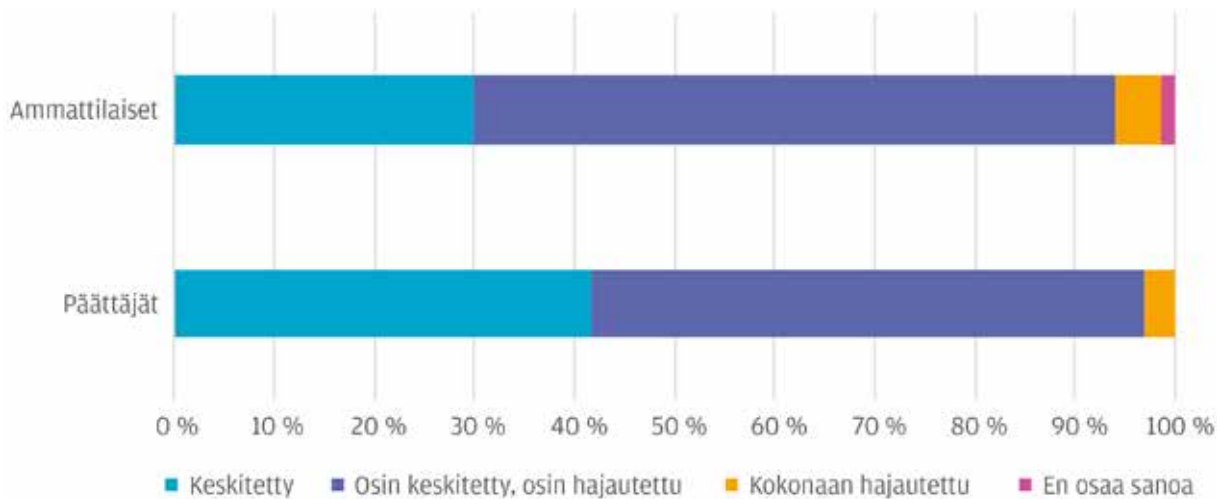
Murrosikäisten nuorten diabeteksen hoito vaihtelee alueittain, ja ikä jolloin siirrytään lasten yksiköstä aikuisten diabetesyksikköön, vaihtelee niin ikään. Joissain organisaatioissa lasten ja aikuisten hoitoyksiköiden välillä on erillinen nuorisopoliklinikka. Aikuisten hoitoyksikköön siirtymisikä on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

Diabetesliiton ja lapsidiabeetikoita hoitavien yksiköiden yhteistyönä on käynnistetty Ruotsin SweDiabKidsin hyvien tulosten kannustama suomalaisten oma FinDiabKids-toimintamalli. Siihen osallistuu valtaosa diabeteslapsia hoitavista yksiköistä. Yhteistyön tavoitteena on saada osallistuvien diabetestiimien hoito korkealaatuiseksi ja yhtenäiseksi kansallisten tavoitteiden kanssa. Keinoina käytetään vertaiskehittämistä, hyvien toimintatapojen tunnistamista ja käyttöönottoa myös muissa hoitoyksiköissä. Tärkeänä osana kehittämistyötä on yhteisesti sovittujen indikaattorien seuraaminen mittaamalla ja tuloksia yhdessä tarkastelemalla.

6.2 Diabetesta sairastavien aikuisten hoito

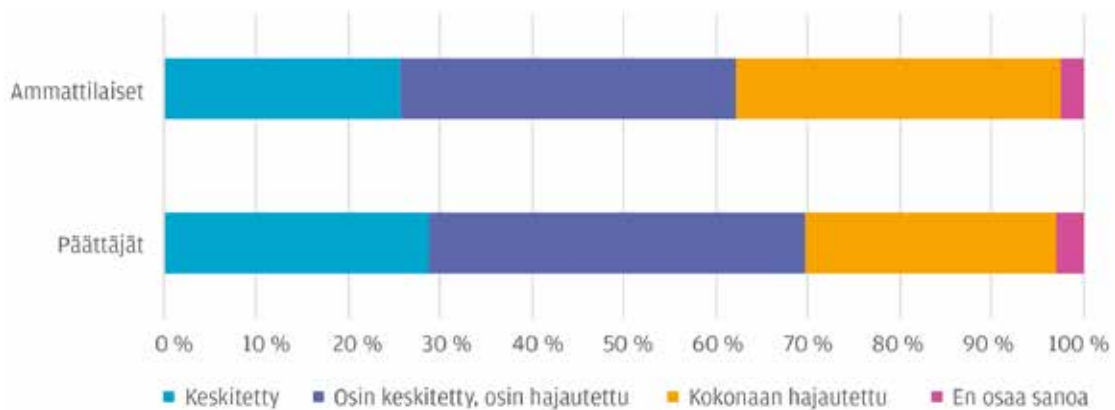
Diabetesta sairastavien aikuisten hoidosta on vastuussa erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, yksityissektori tai työterveyshuolto tai sitten hoitovastuu on jaettu useamman kesken. Terveystenhuollon ammattilaisten kyselyssä (2017) 30 % vastaajista kertoi, että tyyppin 1 diabeetikoiden hoito on kokonaan keskitetty erikoissairaanhoido, perusterveydenhuoltoon tai yksityissektorille ja 64 % vastaajista kertoi, että hoito on osin keskitetty, osin hajautettu. Kokonaan perus-

terveydenhuoltoon hajautetuksi tyyppin 1 diabeetikoiden hoidon omassa organisaatiossaan arvioi 6 % vastaajista. Terveystenhuollon päättäjät arvioivat omassa kyselyssään (2017) tyyppin 1 diabeteksen hoidon olevan vahvemmin keskitetty. 42 % päättäjistä kertoi tyyppin 1 diabeetikoiden hoidon olevan keskitetty, 55 % kertoi sen olevan osin keskitetty, osin hajautettu. 3 % arveli tyyppin 1 diabeetikoiden hoidon olevan kokonaan hajautettu.



Kuva 10. Tyyppin 1 diabeetikoiden hoidon järjestäminen 2017. Terveystenhuollon ammattilaisten ja päättäjien näkemys.

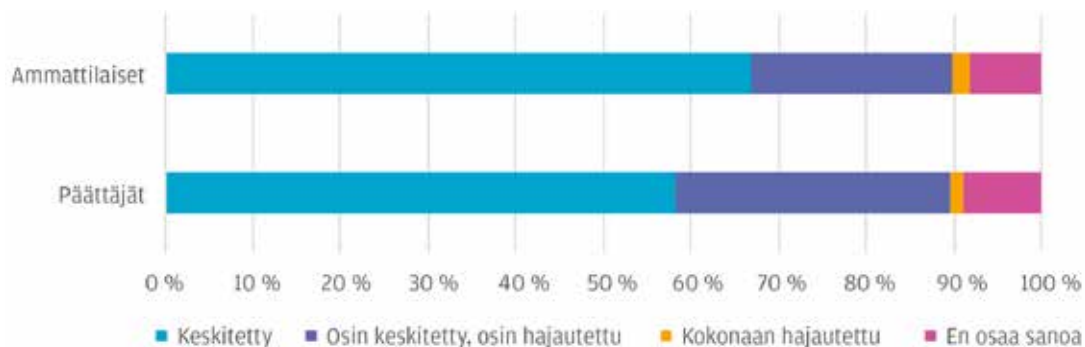
Tyyppin 2 diabeetikoiden hoito on tyyppin 1 diabeetikoiden hoitoa useammin hajautettu. 26 % terveydenhuollon ammattilaisista raportoi, että tyyppin 2 diabeetikoiden hoito on keskitetty joko erikoissairaanhoido tai perusterveydenhuoltoon työpareille tai yksittäisille ammattilaisille. 36 % vastaajista kertoi hoidon olevan osin keskitettyä ja osin hajautettua. Tyyppin 2 diabeetikoiden osalta päättäjien arviot hoidon hajauttamisesta tai keskittämistä olivat hyvin samanlaiset kuin terveydenhuollon ammattilaisilla.



Kuva 11. Tyypin 2 diabeetikoiden hoidon järjestäminen 2017. Terveysthuollon ammattilaisten ja päättäjien näkemys.

Kyselyiden vastausten mukaan pääsääntöisesti vaikeahoitoisten tyypin 2 diabeetikoiden hoito on keskitetty ja muiden hajautettu. Tyypin 2 diabeetikoiden osalta käytetään myös ajoittaisen keskittämisen mallia, toisin sanoen vaikeahoitoisten tyypin 2 diabeetikoiden hoito keskitetään joksikin aikaa, ja tilanteen helpottaessa hoito hajautetaan jälleen. 35 % terveydenhuollon ammattilaisista kertoi, että tyypin 2 diabeetikoiden hoito on hajautettu kokonaan terveyskeskuksiin ja että hoidosta vain pieni osa tapahtuu työterveyshuollossa. Erikoissairaanhoidon konsultaatiot ovat vastausten mukaan aktiivi-

sessä käytössä hajautetun hoidon tukena. Raskausdiabeetikoiden hoito on pääsääntöisesti keskitetty joko erikoissairaanhoitoon tai äitiyspoliklinikalle. 67 % terveydenhuollon ammattilaisista kertoi sen olevan keskitetty ja 23 % osin keskitetty, osin hajautettu. 8 % ei osannut sanoa. Tässä päättäjien käsitys erosi terveydenhuollon ammattilaisten käsityksistä. Päättäjistä 58 % arveli hoidon olevan keskitetty ja 31 % arveli hoidon olevan osin keskitetty tai osin hajautettu. Raskausdiabeetikoiden hoidon osalta 9 % päättäjistä ei osannut sanoa hoidon järjestämisen tapaa.



Kuva 12. Raskausdiabeetikoiden hoidon järjestäminen 2017. Terveysthuollon ammattilaisten ja päättäjien näkemys.

Diabetes on monimuotoinen sairaus, ja joskus sen hoitaminen on hyvin vaativaa. Diabeteksen päivittäinen hoito toteutuu diabetesta sairastavan omahoitona. Diabeetikon on joka päivä tehtävä lukuisia erilaisia päätöksiä omassa hoidossaan. Tähän hän tarvitsee terveydenhuollosta tukea ja ohjausta.

Diabetesta sairastavan hoidon ja ohjauksen pitäisi olla 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, sosiaalityöntekijä, suuhygienisti, hammaslääkäri sekä kotihoidon työntekijät.

Etenkin tyyppin 1 diabetesta ja vaativaa tyyppin 2 diabetesta sairastavat tarvitsevat tuekseen kaikkia näitä ammattilaisia. Hoitotulosten parantamiseksi kaikki tyyppin 1 ja vaativan tyyppin 2 diabeteksen hoito tulee keskittää moniammatillisiin diabeteksen hoitoon erikoistuneisiin keskuksiin ja verkostoihin, jotta tuen saanti mahdollistetaan diabeetikon sitä tarvittaessa.

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 suunnitelman käyttö diabetesta sairastavan hoidossa on yleistymässä, joskin liian hitaasti.

Diabetesliitto tarjoaa verkossa toteutettavaa ohjausta sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikoille. Molempien diabetes-tyyppien verkkokurssi kestää 6 viikkoa.

Tyyppin 1 diabeetikoiden Tyyppi 1 tasapainoilee -verkkokurssia ohjaavat työpareina diabeteshoitaja ja psykologi. Kurssin tavoitteena on vahvistaa hoidon hallinnan tunnetta sekä hoidossa jaksamista. Kurssilla on vahvasti mukana myös ravitsemusasiantuntija. Tyyppin 2 diabeetikoiden Tyyppi 2 tutuksi -verkkokurssia ohjaa kurssiemäntänä diabeteshoitaja. Kurssin muina ohjaajina toimivat liikuntasuunnittelija sekä ravitsemusasiantuntija. Verkkokurssin tavoitteena on löytää keinoja sovittaa diabetes osaksi elämää, oppia keinoja vaikuttaa omiin elintapoihin sekä diabeteksen hallintaan ja myös kokeilla uutta ravitsemuksen ja liikunnan osalta. (Diabetesliitto 2017.)

6.3 Diabetesta sairastavien ikääntyneiden hoito

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

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 voidaan asettaa insuliinihoidossa hieman 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 tavoitteita ovat elämänlaadun kohentaminen, omatoimisuuden tukeminen ja oireettomuus. Iäkkäillä on huolellisesti huomioitava monien lääkkeiden mahdolliset yhteisvaikutukset, lääkkeiden mahdolliset sivuvaikutukset sekä muut sairaudet.

E erityisen tärkeitä ikääntyneiden diabeetikoiden hoidossa ovat tiedonkulku ja yhteistoiminta, etenkin avuntarpeen lisääntyessä. Usein myös diabeetikon läheisillä on suuri merkitys hoidon ja seurannan toteuttamisessa. Heikin tarvitsevat sekä ohjausta että tukea.



7 Diabeteksen hoidon onnistuminen ja kehittämistarpeet – tulosten tarkastelua

7.1 Diabetesta sairastavien näkemys

7.1.1 Tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä aiheuttaa moni tekijä

Diabetesliitto toteutti diabetesta sairastaville Webropol-kyselyn diabeteksen hoidon järjestämisestä ja onnistumisesta loka-marraskuussa 2017. Kysely oli avoinna ajalla 25.10.-9.11.2017. Vastaajia oli kaikista sairaanhoitopiireistä, yhteensä 207 henkilöä. Vastaajista 82 % oli naisia ja 18 % miehiä. Vastaajien iät vaihtelivat 16:sta 76:een ikävuoteen, ja mediaani-ikä oli 43 vuotta. Vastaajat olivat pitkän linjan diabetesammattilaisia: 40 % oli sairastanut diabetesta yli 20 vuotta, 43 % 10–20 vuotta, 24 % 5–10 vuotta ja 38 % alle 5 vuotta. Vastaajista valtaosa (61 %) oli tyypin 1 diabeetikoita, tyypin 2 diabeetikoita oli 27 % ja lapsidiabeetikoiden vanhempia 7 %. Loput 5 % olivat LA-DA-diabeetikoita, raskausdiabeetikoita

tai diabeetikoiden läheisiä. Diabetesliiton kyselyyn vastanneiden hoitovastuu oli pääasiassa terveyskeskuksessa (50 %:lla vastaajista), keskussairaalassa (29 %:lla vastaajista) tai aluesairaalassa (16 %:lla vastaajista). Työterveyshuollon tai yksityissektorin hoitovastuulla oli yhteensä vain 7 % vastaajista. Huomionarvoista on se, että vastaajista vain 2 % vastasi, ettei tiedä, mikä oma hoitovastuutaho on.

Valtaosa diabeetikoista on suhteellisen tyytyväisiä saamaansa hoitoon, ainakin johonkin sen osa-alueeseen. Tyytyväisimpiä yleisesti ollaan diabeteshoitajiin. ”Hoitajat ovat ihania ja kuuntelevat jokaista murhetta, auttavat parhaansa mukaan ja aikoja tuntuu saavan suhteellisen

helposti.” Osa kantoi huolta diabeteshoitajien vaihtuvuudesta, kiireisestä työtahdistista ja hoidon toteutumisesta oman tutun diabeteshoitajan eläköityessä. Toki vastaajien joukossa oli niitäkin, joilla kemia diabeteshoitajan kanssa ei toimi tai jotka kokivat, ettei diabeteshoitajalla ole tarpeeksi aikaa tai osaamista. ”Hoitajien ammattitaito vaikuttaa välillä hieman kyseenalaiselta. Ohjeet diabeteksen hoitamista varten eivät ole aina kovin hyvin perusteltuja ja välillä tuntuu, että uusimpaa ja elämää helpottavaa teknologiaa, yritetään pimittää.” Ne vastaajista, joiden hoidosta vastasi diabetestyöpari, olivat yleisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. ”Lääkäri ja hoitaja kohtelevat minua kokonaisuena ihmisenä eivät vain diabeetikkona.”

Lääkäreihin vastaajat olivat sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä. Tyytyväisillä oli pysyvä hoitosuhde samaan lääkäriin ja he olivat myös tyytyväisempiä oman lääkäriinsä ammattitaitoon kuin muut.

”Lääkäri on jo vuosia pysynyt samana ja on ihan maailman paras. Hän osaa hoitaa potilaita yksilöinä eikä vain mieti sairautta oppikirjojen mukaisesti. Lääkäri on avoin uusille lääkkeille ja hoitomuodoille ja valmis puoltamaan melkein mitä tahansa hoitomuotoa.”

Valtaosa vastaajista oli kuitenkin tyytymättömän tämän hetken lääkäritilanteeseen. Osa kertoi, ettei lääkäriä ole ollenkaan saatavissa, osa taas kertoi, että lääkärin vaihtuvuus on suuri.

”Lääkärin vaihtuvuus järkyttävää. Omalla kohdalla puolentoista vuoden aikana ainakin kuusi eri lääkäriä. Hoito ei ole silloin jatkuvaa - varsinkin, kun tuppaavat puhumaan asioista ristiin.”

Myös asiakastilanteissa koettiin olevan parantamisen varaa. ”Muista lääkäreistä ei olekaan valitettavasti kovin hyvää

sanottavaa, yhden vanhemman mieslääkärin vastaanotolta lähdin itkien pois. Yleisesti ottaen kaikille lääkäreille voisi sanoa: kohdatkaa edessänne istuva ihminen ihmisenä, älkää pelkää potilaina ja sairaana ihmisenä. Opetelkaa keskustelemaan ja kuuntelemaan. Lääkärit tarvitsisivat jonkinlaisen koulutuksen ihmisten kohtaamiseen, sillä monet ovat sosiaalisesti kömpelöitä eivätkä osaa puhua apua tarvitsevalle henkilölle.” Lääkäreiltä toivottiin enemmän diabetesosaamista, asiantuntemusta sekä yksilöllistä kohtaamista.

Valtaosalla diabeetikoista, diabetestyyppistä riippumatta, on silti huoli diabeteksen omahoitoon tai omahoidon ohjaukseen liittyvistä asioista. Huolta aiheuttavat hoitovälineiden riittävä sekä tasa-arvoinen saatavuus, verensokerimittareiden kilpailuttaminen ja laatu, hoitomuotojen valinnan mahdollisuus ja rajoitukset - etenkin pumppuhoidon saatavuus - sekä terveydenhuollon henkilöstön osaaminen ja hoidon yksilöllisyyden puute. Kyselyssä tyyppin 1 diabeetikoiden huolina nousivat esiin etenkin pumppuhoidon ja sensoroinnin saamisessa olevat ongelmat.

”Rukoilen jo kuudetta vuotta, että saisin edes kokeilla pumppua.”

”En saa sensorointia toiveistani huolimatta. Ongelmiani ei oteta vakavasti ja niitä ei ratkota joustavasti. Minua ei kohdella yksilönä.” Osa vastaajista kokee, että oma hoitopaikka kyllä puoltaisi omahoidon teknisiä apuvälineitä, mutta ongelma on yhteiskunnassa. ”Oma diabeteshoitaja ja diabeteslääkäri kyllä tietävät, että hyödyn jatkuvasta sensoroinnista ja haluaisivat sen minulle antaa, mutta kaupunki ei ole suostunut hankkimaan.”

Tyyppin 2 diabeetikoiden huolina korostuivat verensokerin seurantavälineisiin liittyvät ongelmat. ”Tulevaisuus yleensäkin sairauden kanssa ja yhteiskunnan jatkuvasti huononeva tuki/ palvelut esim. hoitotarvikkeiden laadun huononemisenä ja vaikeutena saada riittävästi mm. veren-

sokeriliuskoja, saati muuta.” Ongelmia diabeetikoiden mielestä aiheutti myös hoitovälineiden kilpailutus. ”Hoitovälineiden kilpailutus on syvältä ja se ettei kaikille ole samat mahdollisuudet saada itselleen sopivia hoitovälineitä.” ”Hoitovälineiden kilpailutuksen myötä joutuu aina totuttelemaan uuteen mittariin.”

Kyselyssä osa antoi myös kiitosta hoitovälineiden saatavuudesta ja asioiden toimivuudesta. ”Asiat toimivat moitteettomasti. Uudet hoitovälineet saatavilla, hoitotarvikkejakelu toimii hienosti ja tarvittavia tarvikkeita saa helposti.” ”Pumppuhoitoa ehdotti lääkäri ja aloittaminen sujui joustavasti terveystieteiden vo:lla.”

Elintapaohjauksen saatavuus ja sen puute mietityttävät etenkin tyyppin 2 diabetesta sairastavia.

”Ravintoterapeutin luo pitäisi päästä kaikkien, ei vasta sitten kun on jo liitännäissairauksia niin kuin sanottiin.”

Myös muiden ammattilaisten vastaanotoille on vaikea päästä, ja vaikka pääsisi, niihin ei aina olla tyytyväisiä. ”Silmänpohjakuvaukset lopetettiin osalta diabeetikoita, ei hyvä; jalkojen hoitoon ei ole tarjottu palveluja.” ”Viime kerralla oli varattu jalkahoitaja ja olin enemmän kuin pettynyt käyntiin. En tiedä mitä hänen olisi pitänyt tehdä mutta hän ei tehnyt yhtään mitään?? Puoli tuntia jaksoin yrittää saada edes keskustelua aikaan, sitten katsoin paremmaksi lähteä ajelemaan kotiin. Odotin sentään hänen tarkistavan jalkani tunnot ym.” Osassa hoitopaikoista on kuitenkin kaikki hyvin. ”Myös muut asiat toimivat: jalkahoitajalle saa nopeasti akuuttiaikoja, psykologinkin tapaan usein, noin kerran kuukaudessa, joskus useamminkin.”

Lähes kaikki kyselyihin vastanneet kiinnittävät huomiota hoidon jatkuvuuteen tai pikemminkin sen puutteeseen. Hoi-toyksikköön ei saa helposti yhteyttä.

”Puhelimitse varattava aika ja hankala päästä läpi, takaisinsoitto ei aina toimi tai huono yhteys katkaisee puhelun, minkä jälkeen aloitettava uudestaan (työelämässä olevalle hankalaa). Ajanvarauksessa ei tarpeellista ammatillista osaamista, itse joutuu vaatimaan kiven kovaa tiettyjä laboratorionkokeita ja osa unohtetaan silti merkitä tehtäväksi.” Monet kokevat olevansa itse liiaksikin vastuussa oman hoidonsa järjestämisestä.

Tyyppin 1 diabetesta sairastavat ovat huolissaan terveydenhuollon henkilöstön, erityisesti lääkäreiden diabetesosaamisesta. ”Toive pätevistä diabetekseen erikoistuneista lääkäreistä tai lääkäristä, ei terveystieteiden yleislääkäriä joka vastaa että sinulla on ollut tämä niin kauan että tiedät varmaan itse paremmin.” ”Tk lääkäreistä on puolen vuoden kokemus ja sain todeta, ettei heitä ole koulutettu ykköstyyppiläisiä hoitamaan/ohjaamaan/kannustamaan. Haukkuja tulee heti, jos Hba1c ei ole 6,0 (itselläni hypoja olisi päivittäin). Niitä huokauksia/kauhisteluja/voivotteluja en kestä.” Tyyppin 2 diabeetikot ovat huolissaan ylipäättään hoitoon pääsemisestä ja resurssien niukkuudesta. ”Pyysin ravitsemusterapeutille pääsyä, vaikka ryhmäopastusta, mutta en saanut. Se surettää, koska minulla on gluteeniton ja laktoositon ruokavalio. Olisin halunnut verensokerimittarin, mutta niitä ei Helsingissä enää anna.” Monet kertovat pääsivänsä diabeteshoitajan ohjaukseen vain 1-2 kertaa vuodessa ja lääkärille vielä harvemmin. Myös pitkät jonot harmittavat vastaajia.

”Liian pitkät jonot vastaanotolle, vo aina useita kuukausia myöhässä sovitusta. Tilanne on jatkunut vuosikausia. Lääkärit vaihtuvat usein. Hoitajat yrittävät parhaansa niukoilla resursseilla.”

Tyyppin 2 diabetesta sairastavat aikuiset kertovat edelleen syyllistämistä. Jotkut ovat kokeneet terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumistavan syyllistävänä.

"Lääkäri totesi vain, että sinulla on D2 ja omaa syytä; johtuu minun karkin syömisestä."

Diabeetikot havaitsivat syylistämistä koko yhteiskunnan asenteissa sekä tyyppin 2 diabetesta että sitä sairastavia kohtaan. Tämän takia sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikot toivovat, että julkisuudessa tuotaisiin painavammin ja selkeämmin esiin eri diabetestyyppit piirteineen sekä tunnistettaisiin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy ja diabeteksen hyvän hoidon merkitys sekä diabeetikoille että koko yhteiskunnalle. "Yhteiskunnan pitäisi ymmärtää, että diabeteksessä sekä koko taudin ehkäisy, että jo puhjenneen taudin pahenemisen ja muiden vaikutusten ehkäisy, tulee kuitenkin halvemmaksi, kuin lyhytnäköiset säästöt. Eikä diabetes saisi olla vain rahassa mitattava asia, vaan pitäisi ottaa huomioon elämän laatu. Kun satsataan ja kannustetaan ehkäiseviin toimenpiteisiin, palkitsee se sekä diabeetikkoa että yhteiskuntaa, kun elämän laatu pysyy korkeammalla tasolla."

Myös raha ja taloudelliset resurssit huolettavat, etenkin tyyppin 2 diabetesta sairastavia.

"Lääkkeiden kanssa on sama juttu. Korvauksia heikennetään jatkuvasti. Metformiini-reseptin lisäksi lääkäri on määrännyt ilman reseptiä käytettäväksi päivittäin mm. Asperinia, D-vitamiinia, B-vitamiiniä jne. Nämä kaikki ovat korvauksen ulkopuolella. Mutta käyttää pitää."

"Rahat eivät kohta riitä. Terveyskeskuksesta ei olla kiinnostuneita seuraamaan. Tullut korkeista sokereista rasvamaksa."

Diabetesta sairastavien näkemykset hoidon ja hoidonohjauksen kehittämistarpeista ovat hyvin samankaltaisia, kuin vuoden 2015 Diabetesbarometrissa. Ne ovat itse asiassa pysyneet jo pidempään

vuodesta toiseen melko samanlaisina. Diabeetikoita huolestuttavat hoito itsessään, hyvän hoitotasapainon löytyminen sekä lisäsairaudet. Tämän päivän huolina korostuvat entistä enemmän resurssien, etenkin ohjaus-, lääkäri- ja hoitovälineresurssien riittämättömyys. Näyttäisi siltä, että moni kunta ja sitä myötä myös terveydenhuollon yksikkö kamppailee resurssipulan kanssa, eikä hoitovälineitä ole tarpeeksi saatavilla. "Huolestuttaa, että voimat loppuu taisteluun. Tässä on koko d-taival taisteltu hoitovälineiden saatavuudesta. Niitä pitäisi halukkaille tyrkyttää! Ei näin, että voimat menee niistä taisteluun. Itsessään diabetes on jo päivätyö. Ei sitä tulisi kenenkään vaikeuttaa kiusanteolla hoitotarvikkeista." Diabeetikko tarvitsee nykyisin aimo annoksen omaa tahtoa ja sinnikkyyttä hoidon saamiseen tai hyvän tukiverkon ympärilleen. Diabeetikoita huolestuttaa erityisen paljon ikääntyminen, tilanne jossa eivät enää pysty itse vaatimaan oikeuksiaan tai huolehtimaan hoidostaan. Miten heidän hoitonsa silloin käy?

"Olen 67-vuotias. Olen huolestuneena huomannut, miten huonosti tavalliset hoitohenkilöt tuntevat diabetesta. Koskee lääkäreitä, hoitajia... Miten huonosti tulee käymään tulevaisuudessa, vanhuudessa, kun olen heistä täysin riippuvainen."

"Miten hoito onnistuu ikääntyneenä, koska vanhainkodeissa ja kotipalvelussa ei osata pumppuhoitoa, eikä labiilia diabetesta muutenkaan. Esim kotihoito pistää insuliinia lääkärin ohjeen mukaan vaikka potilaan tilanne olisi sillä hetkellä se, että insuliinia ei pitäisi laittaa ollenkaan." Monet vastaajista kertoivat huolekseen hoidossa jaksamisen riittämättömän tuen vuoksi.

Sote-uudistus huolestutti vain harvaa. Vastanneiden mielestä tilanne on monilla paikkakunnilla tällä hetkellä niin huono, etteivät koe sen enää soten myötä voivan

huonontua. Sote-uudistuksessa diabeteksen hoidon järjestämisen kannalta kyselyyn vastanneet diabeetikot pitävät ehdottomasti tärkeimpinä moniammatillisen, osaavan tiimin hoitoon pääsemistä sekä hoitovälineiden yksilöllisen saatavuuden turvaamista. Seuraavaksi tärkeimpinä vastaajat pitivät heitä ohjaavien lääkäreiden ja hoitajien pysyvyyttä, sitä että heillä on aikaa kuunnella sekä sitä, että ohjaustoimenpiteet ovat muokattavissa yksilöllisen tarpeen mukaan. Vähemmän tärkeinä pidettiin diabetesvastaanoton sijaintia lähellä kotia sekä digitaalisen ja etäohjauksen saatavilla

oloa. Toki joillekin nämäkin olivat ykköstoiveita.

Terveydenhuollon resurssien riittävyys on kuitenkin asia, josta on syytä olla kollektiivisesti huolissaan ja joka on syytä ottaa huomioon myös sote-uudistuksessa. Terveydenhuollon ammattilaisten määrä ja heidän käytössään olevat ohjausresurssit eivät ole kasvaneet lähellekään samaa tahtia diabeetikoiden määrän lisääntymisen kanssa. Miten terveydenhuolto voi tukea diabeetikoiden omahoitoa tällaisessa tilanteessa?

7.1.2 Realistisia toiveita ja odotuksia

Diabeetikoiden toivelista terveydenhuollossa on varsin realistinen. He toivovat terveydenhuollossa mahdollisuutta päästä ammattilaisten vastaanotolle, terveydenhuollon henkilöstöltä enemmän hoidon yksilöllisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta, tulevana kohdatuiksi ihmisinä sairauden takana sekä asiantuntemusta hoidonohjauksessa.

”Haluaisin mahdollisuuden käydä diabeteshoitajalla ja diabeteslääkärillä.”

”Edes riittävät peruspalvelut (kontrollit lääkärille/hoitajalle) olisivat todella mukavaa saada; nekään eivät toimi. Hoitotarvikkeista ei ole tietoaakaan, saati muista tukimuodoista.” ”Kaipaisin lääkärin kokonaisvaltaista hoitoa tai edes lähetettä tutkimuksiin. Tällä hetkellä d-lääkäri kuuntelee vain diabetekseen ja sokeritasapainoon liittyviä asioita vaikka loppujen lopuksi kaikki muutkin vaivat vaikuttavat sokeritasapainoon ja koko elimistöön.”

Hoidonohjaukseen panostamista toivotaan omahoidon osaamisen varmistamiseksi. Tarvetta esimerkiksi kerrata asioita ja myös saada uutta tietoa on enemmän kuin mihin nykytilanteessa on resursseja.

”Toivoisin erityisesti tukea päivittäisten aterioiden koostamiseen ja aivan perustietoa esim. aterioiden rytmittäminen, hyvät iltapalavaihtoehdot yms. Veren-sokerin ja hiilareiden käyttäminen on johtanut leipä-kahvi ateriointiin pääosin. Hba1c pysyy hyvänä.”

”Pitkään sairastaneelta odotetaan, että kaikki on hanskassa vaikka tietojen perusteellinen päivitys olisi tapahtunut 80-luvulla edellisen kerran. Tarvitsisin lääkärin lisäksi myös joitain liikunnan(insuliini)/ruokailun/jalkojen hoidon/psykeen jne. yhdistämiseen liittyviin asioihin tukea/apua. Jotakin, mitä en osaa oikein kertoa kun en itsekään täsmälleen tiedä. Pakettia, jossa yhdistyisi kaikki. Ei eritahoilta asioimista irrallisina asioina.”

Toiveissa oli myös saada nykyistä enemmän aikaa vastaanotolle. Nyt monet kokevat, että koko vastaanottoaika menee vanhan kertaamiseen ja laboratorioarvojen läpikäyntiin. Lisäresursseja kaivataan myös psyykkiseen huomiointiin, hoitoväsymyksestä keskustelemiseen ja hoitoväsymyksen tunnistamiseen, hoidossa jak-

samisen tukemiseen ja asioiden puheeksi ottamiseen ja käsittelyyn.

"Psykologin tukea esim hoitoväsymykseen. Hoitoväsymyksestä ei koskaan kysytä vastaanotolla ja jos itse otan puheeksi valitetaan resurssien vähyyttä ja/tai vastaanottajan lyhyttä."

Toivelistalla on myös mahdollisuus valita itse hoitovälineitä, saada tarvittaessa vertaistukea ja mielen hyvinvoinnin tukea sekä saada mahdollisuus jalkojenhoitoon ja ravitsemusterapeutin konsultaatioon. Osa vastaajista on jo luopunut siitä toivosta, että palvelut kohenisivat. "Olisin tarvinnut 18 vuotta sitten. Nyt liian myöhäistä." Osa vastaajista on oppinut löytämään tarvitsemansa tuen terveydenhuollon ulkopuolelta. "En tarvitse terveydenhuollosta mitään erityistä, kun on yhdistys ja face ryhmä."

Hoidon jatkuvuudesta diabetesta sairastavilla aikuisilla, sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikoilla, oli monenlaisia toiveita. Monet toivoivat itselleen hoitosuunnitelmaa, jotta he pystyisivät itse seuraamaan hoidon toteutumista ja onnistumista.

"Haluaisin että kanssani tehtäisiin OIKEA HOITOSUUNNITELMA, johon kirjattaisiin myös minun tarpeeni ja mahdollisuuteni hoitaa tätä diabetestani. Minulle on vastattu, että se vie liian paljon aikaa..."

Diabeetikoista vain 20 % kertoi, että heillä on hoitosuunnitelma. 47 % sanoi, ettei hoitosuunnitelmaa ole ja 33 % ei tiennyt onko sitä vai ei. Useimmat toivoivat parannusta lääkäriresursseihin hoidon jatkuvuuden kehittymiseksi. Lääkärien vaihtuvuus koettiin äärettömän häiritseväksi hoidon jatkuvuuden ja hoidon onnistumisen kannalta.

Lapsidiabeetikoiden vanhemmat ja muut läheiset toivovat nuorten diabeetikoiden

ja lapsidiabeetikoiden perheiden kohtaamista.

"Vertaistukiryhmiä vastasairastuneille, perheille, lapsille ja nuorille lähellä esim. omalla polilla. Myös paikalliset lasten ja nuorten leirit tulisi tarpeen."

Lasten ja nuorten vanhempia mietityttää myös hoitovälineiden saatavuus. "Ihanteellisinta olisi, jos jokainen saisi valita haluamansa hoitomuodon, nyt maksamme osan nuoren sensoroinnista itse." Nuoret ja heidän vanhempansa kokevat terveydenhuollon henkilöstön asenteen ajoittain syyllistäväksi ja nuorten yritteliäisyyttä lannistavaksi.

Diabeetikoiden toiveet ovat hyvin samankaltaisia kuin edellisessä Diabetesbarometrissa. Diabetesta sairastavat toivovat mahdollisuutta päästä terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotolle, saada hoidonohjausta, päästä kertaamaan asioita ja oppia käyttämään uusia hoitovälineitä.

Aikaisempaa enemmän nyt korostuvat toiveet päästä vastaanotolle sekä toiveet saada hoitovälineitä. Näyttäisi siltä, että kuntien taloustilanne on kiristynyt entisestään, joten nyt joillakin paikkakunnilla joudutaan jo tinkimään perusohjauksesta ja -hoidosta sekä onnistumisen seurannasta, mikä on kovin huolestuttava asia.

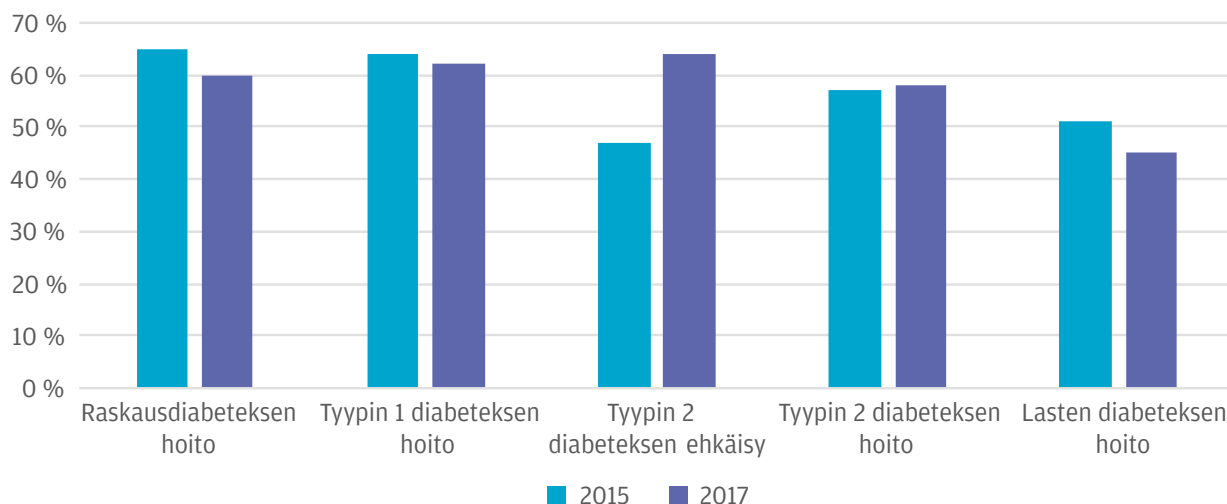
7.2 Terveydenhuollon ammattilaisten näkemys

7.2.1 Diabeetikoiden hoidon järjestäminen ja organisointi

Terveydenhuollon ammattilaisten kysely tehtiin Webropol-kyselynä. Kysely jaettiin sairaanhoitopiireissä alueellisten diabetestyöryhmien kautta, ja se oli avoinna ajalla 17.10-9.11.2017. Kyselyyn saatiin vastauksia kaikista sairaanhoitopiireistä (poissuljettuna Ahvenanmaa, jonne kyselyä ei lähetetty). Vastaajista valtaosa (74 %) oli hoitajia eri työnimikkeillä, lääkäreitä vastaajista oli 21 % ja loput 5 % olivat ravitsemusterapeutteja, jalkojenhoitajia tai esimiehiä. 74 % vastaajista työskenteli terveyskeskuksessa, 20 % keskussairaalassa, 3 % aluesairaalassa, 3 % yksityissektorilla ja 2 % työterveyshuollossa. Terveydenhuollon ammattilaisten kyselyssä selvitettiin tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja hoitopolkuihin sekä ohjaukseen ja resursseihin liittyviä tekijöitä.

Diabeetikoiden hoidon yleisestä järjestämisestä, keskittämisestä ja hajauttamisesta, on kerrottu jo edellisessä kappaleessa. Tässä pureudutaan tarkemmin hoidon järjestämisen eri osa-alueisiin. Terveydenhuollossa on kirjattu diabetek-

sen hoidon toimintamalleja sekä oman organisaation sisäisinä hyvän hoidon malleina, että sairaanhoitopiireittäin hoitoketjukuvausina. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy näyttää terveydenhuollon ammattilaisille tehdyn kyselyn valossa olevan edelleen aktiivinen osa terveydenhuollon arjen toimintaa. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn hyvän hoidon malleja organisaatioiden sisäisen työn tueksi on kuvattu 50 %:ssa organisaatioista, vuonna 2015 vastaava luku oli 39 %. Alueellisista tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn hoitoketjukuvausista kertoi 64 % vastaajista, kun vuonna 2015 niistä kertoi 46 % vastaajista. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä kiinteästi tukevan raskausdiabeteksen hoidon hoitoketjujen kehittyminen on sekä positiivista että ajatuksia herättävää. Oman organisaation sisäisestä raskausdiabeteksen hoidon hoitoketjusta kertoi 41 % vastaajista, kun hoitoketjun olemassaolosta vuonna 2015 kertoi vain 25 %. Näyttäisi siltä, että organisaatioiden sisäiset hyvän hoidon mallit ovat saattaneet jossakin määrin korvata alueellisia raskausdiabeteksen hoidon hoito-



Kuva 13. Alueellisten diabeteksen hoitoketjukuvausten yleisyys vuosina 2015 ja 2017 (% vastaajista).

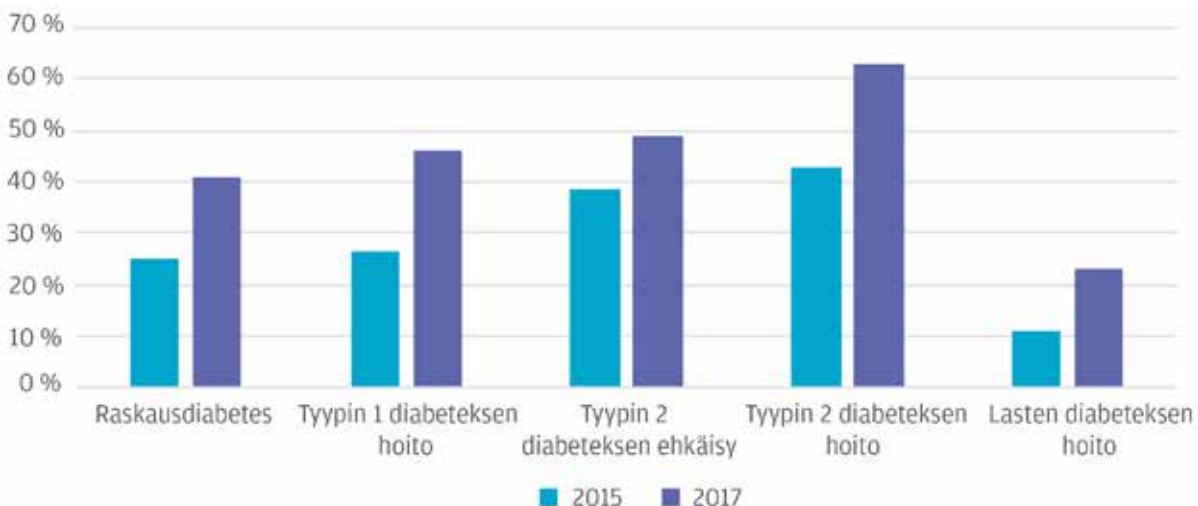
ketjuja, koska alueelliset hoitoketjut ovat jonkin verran vähentyneet. Alueellisen raskausdiabeteksen hoidon hoitoketjun olemassaolon tunnisti 60 % vastaajista, kun vastaava luku vuonna 2015 oli 65 %.

Diabetesliiton kyselyssä muita alueellisia hoitoketjukuvaavuuksia kerrottiin olevan tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeteksen sekä lasten diabeteksen hoidosta. Yli 60 % vastaajista kertoi alueellaan olevan kyseisiä hoitoketjuja. Tyyppin 1 diabeteksen hoidon alueellisesta hoitoketjukuvaavuuksista kertoi 62 % vastaajista ja tyyppin 2 diabeteksen hoidon alueellisesta hoitoketjukuvaavuuksista 58 %. Nämä ovat pysyneet vuoteen 2015 verrattuna lähes samoina. Vuonna 2015 vastaavat luvut olivat 64 % (tyyppin 1 diabeteksen hoito) ja 57 % (tyyppin 2 diabeteksen hoito). Lasten diabeteksen hoidon alueellisesta hoitoketjukuvaavuuksista kertoi vuonna 2017 45 % vastaajista, vastaava luku vuonna 2015 oli 51 %.

Oman organisaation hyvän hoidon mallien kuvaaminen on selvästi lisääntynyt vuoteen 2015 verrattuna. Tyyppin 2 diabe-

teksen hoitoon kuvatusta organisaation sisäisestä hyvän hoidon mallista kertoi 63 % vastaajista vuonna 2017, kun siitä kertoi vain 43 % vuonna 2015. Tyyppin 1 diabeteksen hoidon sisäisestä hyvän hoidon mallista vuonna 2017 kertoi 46 % vastaajista, ja vastaava osuus vuonna 2015 oli vain 26 %. Lasten diabeteksen hyvän hoidon sisäisestä mallista kertoi vain harva vastanneista. Suurin osa vastaajista työskenteli aikuisten diabeetikoiden parissa.

Luvut vaihtelevat hiukan kyselystä toiseen. Jonkin verran asiaan vaikuttaa se, että on sattumanvaraista, ketkä diabeetikoita hoitavista ammattilaisista kulloinkin kyselyyn vastaavat. Pidemmällä trendillä esim. vuoteen 2009 verrattuna organisaatioiden sisäiset hyvän hoidon mallit ovat kuitenkin yleistyneet, etenkin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoidon osalta. (Koski 2010.) Määrä ei edelleenkään ole riittävä, jotta tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy ja hoito toimitaisivat systemaattisesti ja tasapuolisesti koko Suomessa.



Kuva 14. Hoito-organisaatioiden omien diabeteksen hyvän hoidon kuvausten yleisyys vuosina 2015 ja 2017 (% vastaajista).

Nyt raportoitujen lisäksi muita diabetekseen kiinteästi liittyviä hoitoketjukuvaavuuksia on käytössä laajasti. Näitä ovat muun muassa korkea riski -hoitoketju ala- ja

yläkoulukäisille sekä prediabeetikoiden, lihavuuden, verenpaineen, sydänsairauksien, insuliinipumppuhoidon, diabetekseen liittyvien jalkaongelmien sekä

uniapnean hoidon hoitoketjukuvaukset. Edelleen on kuitenkin vastaajia, jotka kertovat, että hoitoketjuja ei ole kuvattu millään tavalla. ”Aikuispuolella ei ole tehty alueellisia hoitoketjuja. En tiedä lasten osalta. Raskausdiabetes hoidetaan äityspkl:n kautta.”

Hoitoketjukuvausten tekeminen on koko ajan lisääntynyt vuodesta 2009 lähtien, mutta päivittämisestä huolehtiva henkilö saattaa edelleen puuttua. Kuvaukset ovat enimmäkseen sähköisessä muodossa, 86 % vastaajista raportoiti näin. Hoitoketjukuvausten hyödyntäminen arkityössä on pysynyt vuoteen 2015 verrattuna ennallaan, edelleen noin 2/3 hyödyntää hoitoketjukuvauksia arkisen työnsä tukena.

Hoitoketjukuvausten kattavuutta arvioitiin kysymyksellä ”Miten hoitoketjukuvauksissa näkyvät kuntoutus, vertaistuki ja mielen hyvinvointi?” Osassa organisaatioista on tehty laadukkaita hoitoketjuja, joissa kaikki em. asiat näkyvät, mutta pääsääntöisesti vertaistuki ja mielen hyvinvointi näkyvät varsin vähän hoitoketjuissa, kuntoutus jonkin verran kahta edellistä paremmin. Tilanne on pysynyt aika tavalla ennallaan vuodesta 2015.

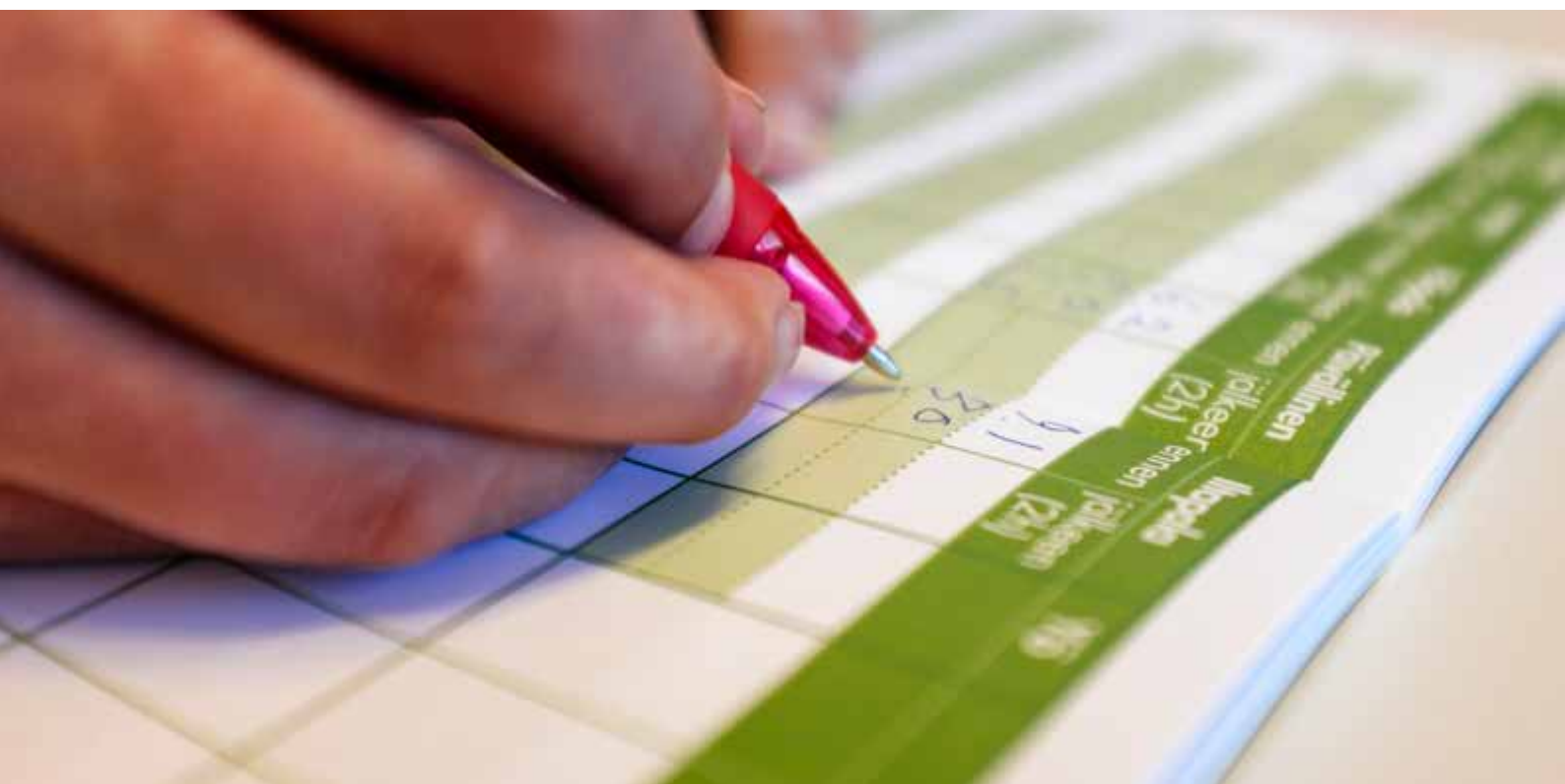
Diabetesta sairastavat pääsevät näkemään vain osan alueellisista hoitoketju-

kuvauksista. Osa on julkisesti nähtävillä sairaanhoitopiirin internetsivuilla, mutta osa on vain terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla Duodecimin Terveysportissa Lääkäriin tietokannassa.

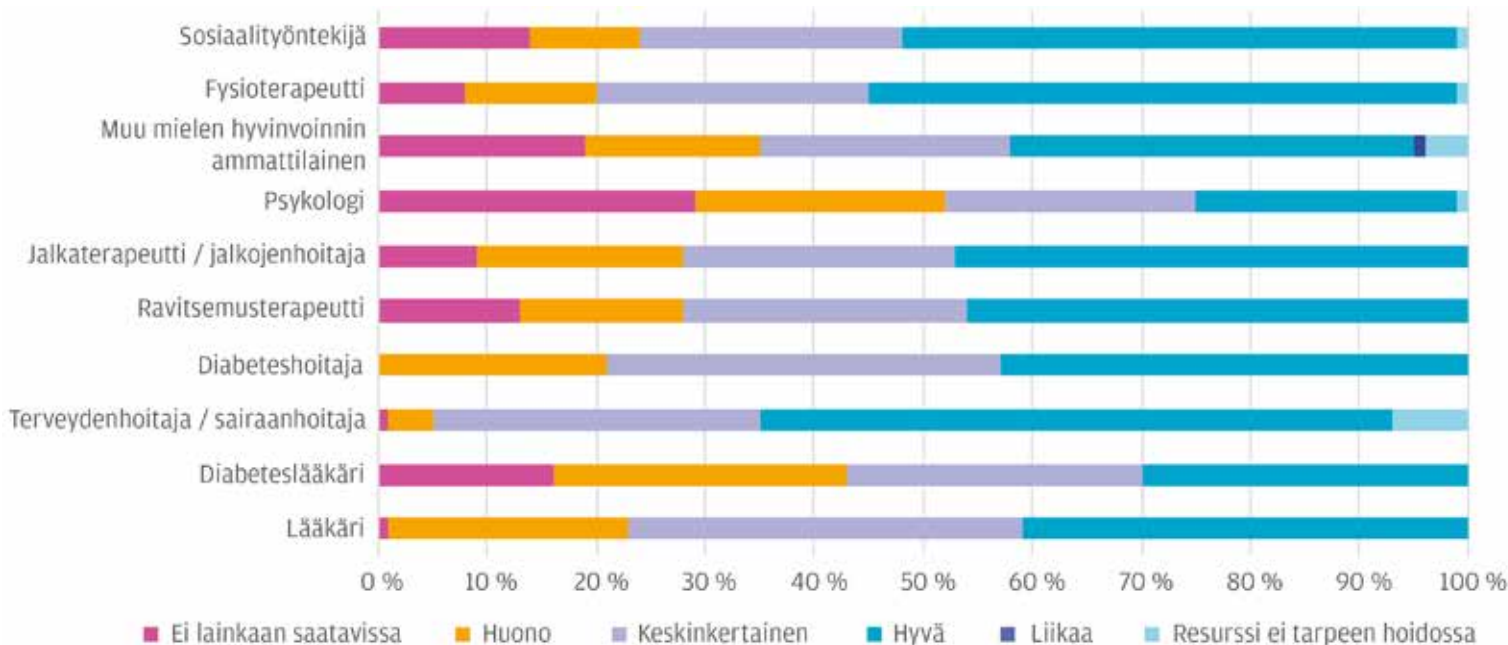
Hoitosuunnitelmien tekeminen on jonkin verran vilkastunut vuoteen 2015 verrattuna. Joissakin organisaatioissa hoitosuunnitelmia ei ole tehty vielä kenellekään; joissakin niiden tekeminen ja päivittäminen ovat kiinteä osa ohjaustoimintaa, joten suunnitelma on tehty kaikille.

Keskimääräistä hoitosuunnitelmien tekemisastetta on vastausten mukaan vaikea arvioida, mutta se liikkuu vastausten perusteella noin 30-40 %:ssa, kun se vuonna 2015 näytti olevan 25 %:ssa. Hoitosuunnitelmien tekemiseen osallistuvien kokoonpanoissa on hyvin suurta alueellista vaihtelua, joissakin yksiköissä lääkäri yksin tekee hoitosuunnitelmat, joissakin lääkäri yhdessä diabeteshoitajan ja/tai diabeetikon kanssa.

Löytyypä sellaisiakin yksiköitä, joissa moniammatillisuus toimii hyvin. ”Lääkäri, hoitaja ja potilas, tarvittaessa fysioterapeutti tekee omalta osaltaan, samoin ravitsemusterapeutti tai jalkojenhoitaja.”



7.2.2 Diabeetikoiden hoidon resursointi



Kuva 15. Diabeetikoiden hoidon resurssien riittävyys vuonna 2017 (% vastaajista).

Suunnilleen puolet kyselyyn vastanneista hoidon ammattilaisista on sitä mieltä, että diabeetikoiden omahoidon ohjauksen resursointi ei ole tällä hetkellä riittävää. Alle puolet vastasi, että resurssit ovat yleisesti riittävät tai kyseinen resurssi ei ole tarpeen diabeetikoiden hoidossa.

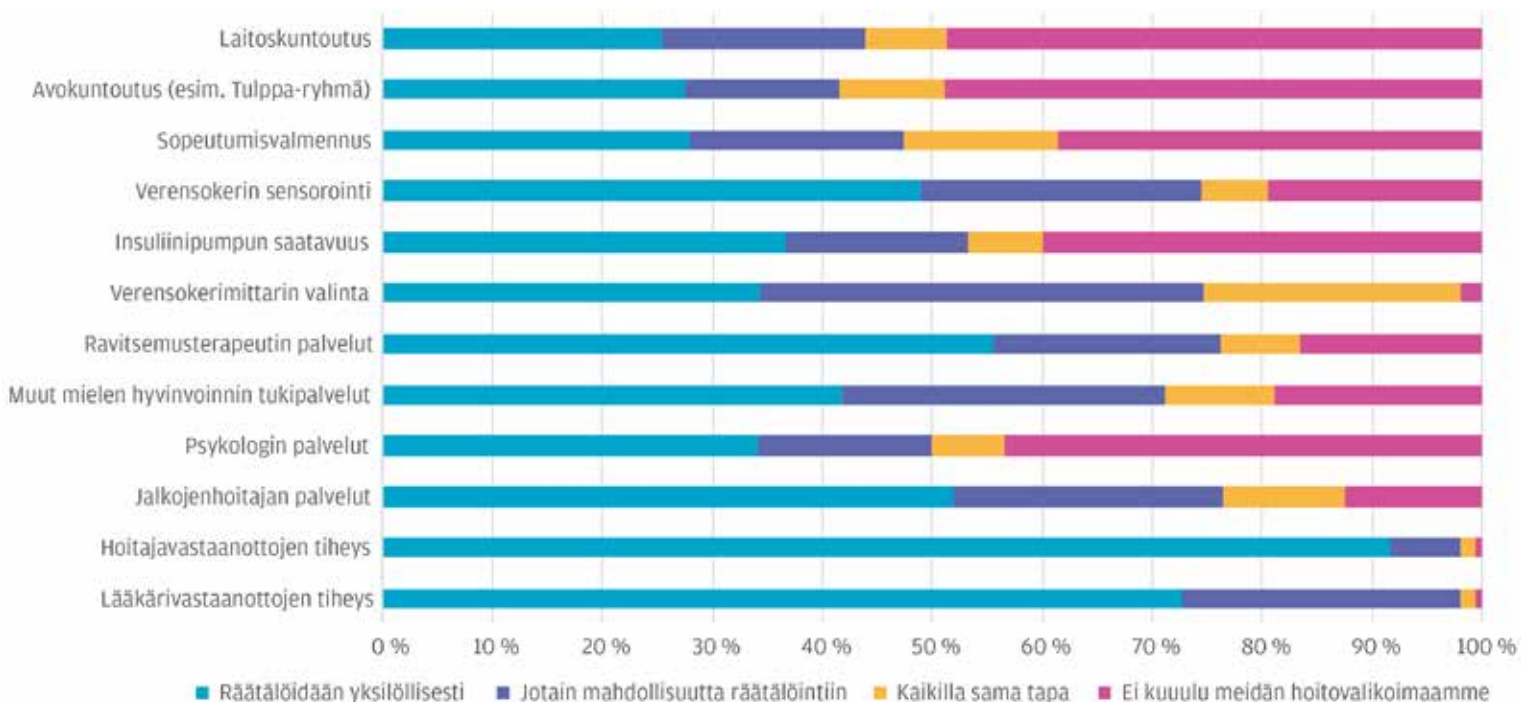
Suurimmat ongelmat tällä hetkellä ovat psykologi- ja diabeteslääkäriresurssissa. Psykologiresurssista 30 % vastaajista sanoi, ettei resurssia ole lainkaan saatavissa ja 23 % sanoi, että resurssitilanne on huono. Hyväksi psykologiresurssin arvioi vain 24 % vastaajista. Diabeteslääkärien resurssitilanne on myös huono: 16 % vastaajista sanoi, ettei resurssia ole lainkaan käytettävissä ja 27 % sanoi, että resurssitilanne on huono. Hyväksi diabeteslääkärien resurssitilanteen arvioi 30 % vastaajista.

Resurssitilanne on vastaajien mielestä paras terveydenhoitajien/sairaanhoitajien

ja fysioterapeuttien osalta. Sairaanhoitajaresurssin arvioi hyväksi 58 % vastaajista ja fysioterapeuttiresurssin 54 % vastaajista.

Monessa organisaatiossa diabeetikon omahoidon ohjauksen tiimi tarkoittaa lääkäri-hoitajatyöparia. Terveystenhoitajien ammattilaisten mukaan tiimeistä puuttuu usein psykologi tai jokin muu mielen hyvinvoinnin ammattilainen, sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti. Jalkaterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien vastaanotoille pääsee vain konsultaatioon kertaluontoisesti, eikä monissa tapauksissa ole lainkaan käytettävissä mitään mielen hyvinvoinnin ammattilaista.

Kyselyyn vastanneet terveydenhuollon ammattilaiset kertoivat laajoista pyrkimyksistä räätälöidä hoidon eri elementtejä diabetesta sairastavien yksilöllisten tarpeiden mukaan.



Kuva 16. Diabeetikoiden hoidon elementtien räätälöinti vuonna 2017 (% vastaajista).

Hoitajavastaanottojen käyntien tiheyttä räätälöidään eniten diabeetikon yksilöllisen tarpeen mukaan. Hoitajavastaanottojen tiheyden räätälöinnistä kertoi 92 % vastaajista. Myös lääkärivastaanottojen tiheyttä organisaatioilla on mahdollisuus räätälöidä hyvin: 73 % vastaajista kertoi, että lääkärivastaanottojen tiheyttä räätälöidään yksilöllisesti diabeetikoiden tarpeen mukaan. Tämä on erinomaisen hyvä, mikäli räätälöinnin avulla voidaan antaa tiheämpiä käyntejä diabeetikoille, joilla on isompi ohjaustarve. Muita hyvin räätälöitävissä olevia hoidon elementtejä ovat ravitsemusterapeutin palvelut (56 %:lla vastaajista), jalkojenhoitajan palvelut (52 %:lla vastaajista) sekä verensokerin sensorointi (49 %:lla vastaajista).

Kyselyssä 49 % vastaajista kertoi, ettei laitoskuntoutus tai avokuntoutus kuulu heidän hoitovalikoimaansa. Muita saatuttamattomissa olevia hoidon elementtejä ovat psykologin palvelut (43 %:lla vastaajista), insuliinipumpun saatavuus (40 %:lla) vastaajista sekä sopeutumisvalmennus (39 %:lla vastaajista).

Etenkin diabeteshoitajat olivat huolissaan hoidonohjausaikojen riittävydestä lääkärivastaanottojen osalta. ”Lääkärin puolesta ei vuosikontrolleihin automaattisesti pääse, hoitaja huolehtii vuosikontrollikokeet ja konsultoi lääkäriä sähköisesti ekg:stä ja tarv. lab.kokeista. Jos huonotasapaino tai useampi vuosi lääkäriä käynnistä niin yritetään järjestää lääkäriaika.”

”Lääkärivastaanottoaikoja diabeetikoille vähän tarjolla, lääkärikontrollin väli usein useita vuosia.”

Verensokerimittarit kilpailutetaan muutamana vuoden välein, ja monissa organisaatioissa diabeetikot voivat itse valita verensokerimittarin kulloinkin tarjolla olevista vaihtoehdoista. Kilpailutuksissa vain harvoin huomioidaan erityisryhmien, kuten heikkonäköisten tai ikääntyneiden, tarpeet. Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta mietityttää myös ikääntyneiden insuliinihoito ja sen toteutuminen, etenkin jos henkilöllä ei ole tarpeeksi vahvaa läheisten tukiverkkoa apunaan.

Ohjausaikojen riittämättömyyttä terveydenhuollon ammattilaiset kokevat myös psykologien ja ravitsemusterapeuttien osalta. Kyselyyn vastanneet tunnistavat, että ohjaustarvetta olisi, mutta mahdollisuuksia ei. Niissä tapauksissa etenkin diabeteshoitajat pyrkivät hoitamaan ohjauksen itse, mutta kokevat siinä riittämättömyyttä.

Tilanne on pysynyt varsin samanlaisena vuoteen 2015 verrattuna. Diabeetikoita hoitavat lääkärit ja hoitajat kamppailevat niukkojen resurssien kanssa. Muita ammattilaisia on käytettävissä varsin vähän, joskin tässä on isoja alueellisia eroja. Joillakin alueilla asiat ovat hyvin hoidossa, ja resursseja on käytössä tarpeen mukaan.



7.3 Terveydenhuollon päättäjien näkemys

Sairaanhoitopiirien johtajien ja kuntien terveydenhuollosta päättävien terveysjohtajien, sosiaali- ja terveysjohtajien, perusturvajohtajien sekä ylilääkäreiden näkemystä diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta selvitettiin Webropol-kyselyllä loka-marraskuussa. Kysely oli avoinna ajalla 17.10.-9.11.2017. Kuntien päättäjien kysely lähetettiin kuntien kirjaamojen kautta ja sairaanhoitopiirien johtajien kysely keskussairaalan kirjaamon kautta. Kyselyyn vastasi yhteensä 82 päättäjää. Vastajia oli kaikkien sairaanhoitopiirien alueelta.

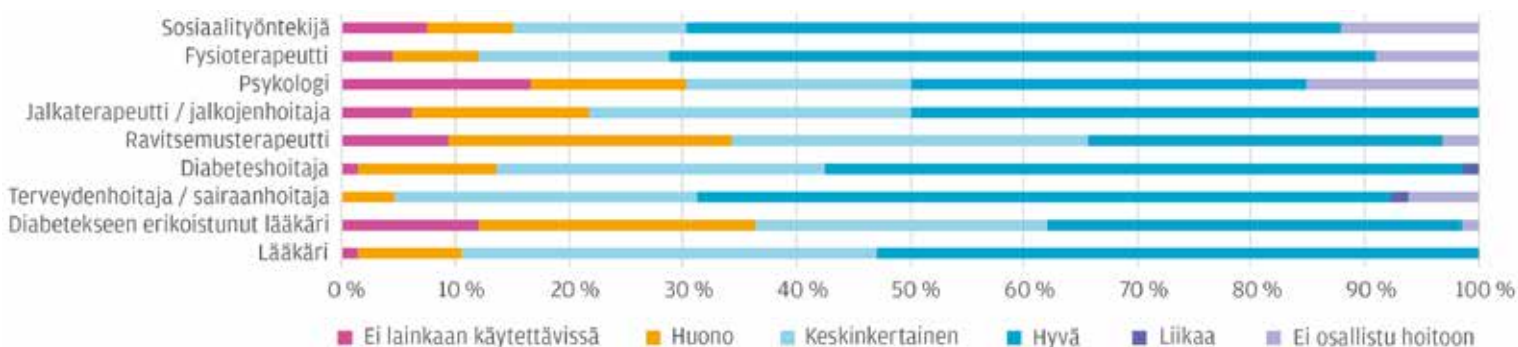
Kyselyn mukaan 65 % päättäjistä on sitä mieltä, että diabeetikoiden omahoidon ohjauksen resurssit ovat ylipäättään oikealla tasolla, vuonna 2015 vastaava määrä oli 54 %. Vastajien mukaan henkilöstövaihdoksista johtuen terveydenhuoltohenkilöstön diabetesosaamisessa on jatkuvaa koulutustarvetta. Etenkin tyyppin 1 diabeetikoiden hoidon osaamisessa tunnistettiin kehittämistarpeita. Digitaalisten palveluiden hyödyntämiseen ja ryhmäohjauksen käyttöönottoon tarvittaisiin myös enemmän resursseja. Monet kertoivat resurssien lisätarpeesta

liittyen etenkin rahoitukseen: rahaa ei ole tarpeeksi, jotta diabeetikoille voitaisiin hankkia tarvittavia kalliita uusia hoitovälineitä ja aktiivisia seurantamenetelmiä.

Parhaat henkilöstöresurssit diabeetikoiden hoitoon arvioitiin olevan fysioterapeuteilla, sairaanhoitajilla ja sosiaalityöntekijöillä. Näiden osalta n. 40 % vastaajista arvioi resurssit hyväksi. Eniten resurssien lisäämistarpeita päättäjien mielestä on diabetekseen erikoistuneiden

lääkäreiden osalta (36 % vastaajista arvioi, ettei resursseja ole lainkaan saatavilla tai että resurssitilanne on huono) sekä ravitsemusterapeuttien osalta (34 % vastaajista arvioi, ettei resursseja ole lainkaan saatavilla tai että resurssitilanne on huono).

Päättäjistä 15 % arvioi, etteivät psykologit osallistu lainkaan diabeetikoiden hoitoon, kun taas 35 % vastaajista arvioi psykologiresurssit hyväksi.



Kuva 17. Diabeetikoiden omahoidon ohjauksen henkilöresurssien vastaavuus tarpeisiin (% vastaajista).

Päättäjien arvio diabeetikoiden hoidon henkilöresurssien vastaavuudesta tarpeisiin ja diabeetikoiden määrään on pysynyt varsin ennallaan vuoteen 2015 verrattuna. Päättäjät arvioivat nyt lääkäriresurssin, erityisesti diabetekseen erikoistuneiden lääkäreiden resurssin, selvästi huonommaksi kuin vuonna 2015.

Päättäjiltä selvitettiin resurssien riittävyyden lisäksi heidän tärkeimpinä pitämiään diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiskohteita. Suurin osa vastanneista pitää tärkeimpänä kehittämiskohteena diabeteksen tuloksellisuuden ja laadun seurannan kehittämistä. ”Hoitojärjestelmä hajanainen; tuloksellisuuden seuranta ontuva.” ”Uusia välineitä ja laitteita tulee paljon, mutta niiden vaikuttavuuden arviointia eri potilasryhmissä kaivataan lisää, jotta voidaan hankinta-

päätöksiä tehdessä punnita eri vaihtoehtoja.”

Päättäjien mielestä tärkeä kehittämiskohte on myös diabeteksen hoidon palvelujärjestelmän kehittäminen. ”Diabeetikoiden määrä nousee räjähdysmäisesti, kontrolleja on vähennettävä hyvin pärjäviltä.”

”Diabeetikoiden keskittäminen osaavaan dm-yksikköön on erittäin kannattavaa ja palvelee asiakasta parhaiten. (T1DM erikseen ja T2DM erikseen).”

”Lisää resursseja tarvitsisi. Ei riitä mielestäni, että ihminen käy kerran vuodessa (joskus ei käy sitäkään) hoitajalla ja sitten perään lääkrillä. Kontrolleja pi-

täisi olla välilläkin. Hyviä hoitotuloksia saadaan, kun ihmiset innostuu itsekin seuraamaan ja hoitamaan itseään. Jos kontakteja ei ole, ovat vähän heitteillä. Mielestäni. Aluehoitajien resurssit ei riitä katsomaan paljon 'välikontrolleja', ottavat vaan kerran vuodessa ja ei ole kutsujärjestelmää käytössä. Joka ei itse ota yhteyttä tai reseptien uusinnassa jää kiinni, on omillaan." Osa on jo liikkeellä kehittämistyössä. "Diabetespotilaiden hoidon ja seurannan toteuttamisen kokonaisvaltainen arviointi ja järjestely sairaanhoitopiirin alueella on aktiivisesti tällä hetkellä käynnissä."

Päätäjät löysivät kehittämistarpeita myös monisairaiden diabeetikoiden palveluohjauksesta. Päätäjien vahva mielipide on, että monisairaiden ja vaativaa diabetesta sairastavien pitäisi olla erikoissairaanhoidossa, eikä heitä saisi siirtää terveyskeskuksiin. Monisairaita ja vaativaa diabetesta sairastavia varten pitäisi vähintään olla ihminen, joka koordinoisi hoitoa ja auttaisi diabeetikkoa.

"Monisairaille tyypin 2 diabeetikoille pitäisi pystyä osoittamaan hoidon koordinaattori, joka olisi tukena ja 'tulkkina' eri asiantuntijoiden ja diabeetikon välillä."



8 Yhteenveto ja päätelmät

8.1 Diabeteksen esiintyvyys ja diabetesta sairastavien määrä

Diabeteksen esiintyvyyden ja diabetesta sairastavien määrän seuraamisessa on edelleen hyödynnettävä erillisiä tutkimuksia ja selvityksiä. Tai sitten on tyydyttävä hyödyntämään pääasiassa lääkekorvaustilastoja. Diabetesrekisterin puutteen vuoksi myös sairastuneiden määrän valtakunnallinen ja alueittainen seuraaminen on vaikeaa.

Diabetesta sairastavien kokonaismäärä kasvaa vuosittain edelleen, mutta uusien korvausoikeuksien vähenemisen perusteella diabetesepidemia saattaisi olla jatkossa taittumassa.

Vuodesta 2011 lähtien uusien korvausoikeuksien 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 pystytä luotettavasti arvioimaan.

Vaikka diabeetikoita diagnosoidaan vuosittain jonkin verran edellisvuotta vähemmän, uusien diagnoosien kokonaismäärä on edelleenkin yli 20 000 joka vuosi. Kuoleman vuoksi näitä korvausoikeuksia päättyy noin 10 000 vuodessa. Kokonaisuudessaan diabeetikoiden määrän nettolisäys on noin 15 000 vuodessa. Viimeisten vuosien osalta työikäisten korvausoikeuksien väheneminen näyttäisi vähintään pysähtyneen. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisytöimien jatkaminen on siis erityisen tärkeää.

Diabetesta sairastavien ikäihmisten uusien erityskorvausoikeuksien määrä on nyt tasaantunut. Yli 75-vuotiaissa uusia diabeteslääkkeiden erityskorvausoikeuk-

sia sai 2 300 henkilöä vuonna 2000 ja 4 400 vuonna 2014. Määrä on tasaantunut vuoden 2014 jälkeen vaihteluvälille 2 200–2 400 vuodessa. Joka vuosi siis yli 2 000 yli 75-vuotiasta saa diabetesdiagnoosin ja siirtyy lääkkeiden aloittamisen myötä terveydenhuollon palvelujärjestelmän piiriin. Heidän alkuohjauksensa on vaativaa, ja apuna tarvitaan myös ikääntyneen lähipiiri ja lähiverkosto.

Diabeetikoiden kokonaismäärä kuitenkin kasvaa edelleen. 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. Vuonna 2016 diabeteslääkkeiden korvausoikeus oli jo 188 000 yli 65-vuotiaalla, kun vuonna 2012 heitä oli 143 000 ja vuonna 2014 yhteensä 167 000. Ikääntyneiden diabeetikoiden hoidon järjestäminen on viimeistään nyt otettava vakavasti, ja siihen on suunnattava resursseja ja osaamisen kehittämistä. Diabetesosaimista ja resursseja tarvitaan yhä enemmän sinne, missä ikääntyneet hoidetaan – myös kotipalveluihin.

8.2 Diabetesta sairastavien hoito – lääkehoito

Insuliinipuutosdiabetesta (tyypin 1 diabetesta, LADA-diabetesta ja osalla tyypin 2 diabetesta) sairastaneiden hoidon perusteena on puuttuvan insuliinin korvaaminen, joten lääkehoidon keskiössä on insuliini. Insuliinin puutos nostaa verensokerit korkealle ja johtaa happomyrkytykseen. Happomyrkytystila syntyy, koska insuliinin puutteessa sokerin pääsy lihaksiin estyy ja rasvakudoksesta vapautuu rasvahappoja. Happomyrkytyksen laukaisevana tekijänä voi olla esimerkiksi liian pitkään toteamattomana jatkuva tyypin 1 diabetes. Tietoisuus diabeteksen oireista ja ajoissa hoitoon hakeutuminen olisi tärkeää. Tyypin 1 diabeteksen insuliinihoitoa toteutetaan pääsääntöisesti ylipitkävaikutteisen perusinsuliinin sekä aterioiden yhteydessä pistettävän pikainsuliinin yhteispelillä. Pelkän insuliinihoidon avulla verensokereiden hallinta ei kuitenkaan onnistu, vaan se vaatii yhteensovittamisen syömisen ja liikunnan kanssa.

Tyypin 2 diabetesta sairastavilla ensisijainen aloituslääke on metformiini, mikäli vasta-aiheita ei ole. Useimmat tyypin 2 diabeetikot kuitenkin tarvitsevat myös muita, eri vaikutusmekanismeilla

toimivia lääkevalmisteita. Tärkeintä on löytää yhdistelmä, jolla verensokeri saadaan laskemaan ilman haittavaikutuksia. Lääkehoito suunnitellaan siten, että lääkehoidon, syömisen ja liikunnan yhteisvaikutuksella paino ei nouse lisää ja laihtuminen on mahdollista.

Tyypin 1 diabeetikoiden lisäksi myös pitkään tyypin 2 diabetesta sairastaneet tarvitsevat usein insuliinihoitoa, joko yksinään tai yhdistelmähoitona muiden verensokeria alentavien lääkevalmisteiden kanssa. Diabeetikoita hoitavissa kaikissa yksiköissä, myös ikääntyneiden hoidosta vastaavissa yksiköissä insuliinihoidon osaaminen pitäisi turvata. Ikääntyneillä henkilön toimintakyky, yleiset sydän- ja verisuonisairaudet sekä sydämen ja munuaisten vajaatoiminta vaikuttavat hoidon tavoitteisiin ja toteuttamiseen ja siten myös lääkehoidon käytäntöihin. Ikääntyneiden lääkehoidossa korostuu valintaperusteena myös valmisteen mahdollisimman vähäinen hypoglykemiariiski.

Diabeetikoiden lääkkeiden käyttö on kokonaisuutena 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 heti diagnoosista alkaen.

Diabeetikoiden lääkehoito on viime vuosina kokenut isoja muutoksia. Peruslääkkeinä käytetyt insuliini ja metformiini ovat säilyttäneet asemansa verensokeria alentavina lääkkeinä, mutta muuten lääkkeiden käyttö vuonna 2016 näyttää varsin erilaiselta kuin vuonna 2000. Insuliinien osalta ylipitkävaikutteisten insuliinien käyttö on lisääntynyt. Metformiinin käyttö lisääntyy tyyppin 2 diabeetikoiden määrän lisääntymisen myötä, mutta metformiiniin tukena käytettävistä lääkkeistä sulfonyyliureoiden käyttö on vähentynyt ja DPP-4 estäjien käyttö on lisääntynyt.

Lääkkeiden kehittymisen myötä markkinoille on tullut entistä tehokkaampia ja turvallisempia lääkkeitä ja myös lääkkeiden vaikutusmekanismeissa 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. Vuoden 2017 alusta tehty leikkaukset lääkekorvausoikeuksiin vaikuttavat erityisesti monisairaisiin ihmisiin, jolloin tarpeellisia lääkkeitä saattaa jäädä ostamatta. Nyt jo osa diabeetikoista on siirtynyt itselleen tehottomampiin, mutta edullisempiin lääkkeisiin. Lisäsairauksien ehkäisemiseksi olisi tärkeää käyttää itselleen sopivimpia ja tehokkaimpia lääkkeitä. Diabeetikon vuositarkastuksessa tehdään lääkityksen kokonaisarviointi.

8.3 Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisytyötä on Suomessa tehty ansiokkaasti jo vuosia. Nyt näyttäisi siltä, että hyvä kehitys on jonkin verran pysähtynyt. Kunnissa panostetaan suunnilleen saman verran kuin ennenkin ehkäisevän työn rakentamiseen ja resursointiin. Resursointia ei ole pystytty lisäämään tarpeesta huolimatta. Sen sijaan terveydenhuollon toimet ovat jonkin verran aktivoituneet. Vaikka uusien diabeetikoiden määrä näyttäisi kääntyneen laskuun ja lihavuuden lisääntyminen pysähtyneen, ei silti ole syytä tuudittautua nykyisten ehkäisytoimien riittävyteen, saati ajaa ehkäisytoimenpiteitä alas. Etenkin elintapaohjaukseen pääseminen näyttäisi monella paikkakunnalla olevan vaikeaa. Resursseja ei ole tarpeeksi, eivätkä vastaanottoajat kohtaa ihmisten tarpeita. Elintapaohjausta ei ole tarjolla ennaltaehkäisevässä mielessä, vaan elintapaohjaukseen pääsemiseksi tarvitaan usein jokin sairaus-

diagnoosi. Sekään ei vielä takaa elintapaohjaukseen pääsemistä. Elintapaohjausta toteutetaan tavallisimmin kertaluonteisilla konsultaatioilla, jatkuvaa tukea 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. Sen vuoksi on hyvä, että on käynnistetty valtakunnallisia elintapaohjausta tukevia kehittämis- ja levittämishankkeita (kuten VESOTE ja Kansallinen lihavuusohjelma).

Ne tulevat tässä ajassa täysin oikeaan aikaan ja tarpeeseen

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy ei ole vain terveydenhuollon vastuulla. Koko yhteiskunta voi monin tavoin vahvistaa yksilöiden ja terveydenhuollon toimintakykyä

terveyden edistämisessä ja diabeteksen ehkäisyssä, mutta se voi myös heikentää sitä. Ihmisten mahdollisuudet monipuoliseen liikkumiseen olisi varmistettava ja ravitsemukseen, erityisesti joukkoruokailuun ja sen laatuun, pitäisi panostaa nykyistä enemmän.

8.4 Diabeteksen hoidon resursointi

Vaikka diabeetikoiden määrä on moninkertaistunut, terveydenhuollon resurssit eivät useinkaan ole kyenneet pysymään kehityksessä mukana. Terveydenhuollon päättäjät näkevät diabeetikoiden omahoidon ohjaukseen käytettävissä olevat resurssit parempina kuin terveydenhuollon ammattilaiset. Diabeetikot taas katsovat hoidon resursointia puhtaasti omasta näkökulmastaan, jolloin heidän arvionsa on pistemäisen positiivinen tai negatiivinen.

Kaikki osapuolet ovat sitä mieltä, että resursseja tarvitaan lisää. Resurssien kohdistamaton lisääminen ei kuitenkaan ole ratkaisu asiaan, vaan alueellisesti ja paikallisesti pitää selvittää, mitä resursseja missäkin tarvittaisiin lisää. Resurssitarpeen pohjana on käytettävä alueen omaa selvitystä hoidon tuloksellisuudesta ja diabeetikoiden tarpeista.

Resurssitarpeet ovat siis hyvin monimuotoisia. Joillakin alueilla tarvitaan lääkäriresursseja, joillakin taas psykologiresursseja. Joissakin organisaatioissa kyse on hoitopolkujen kehittämisestä ja hoidontarpeen arvioinnista. Useimmissa organisaatioissa tarvittaisiin lisää rahaa hoitotarvikkeiden hankkimiseen. Tarpeiden arviointi on haastavaa, mikäli organisaatioissa ei ole tehty systemaattisesti hoitosuunnitelmia tai muuten tarkasteltu diabeetikoiden tarpeita ja mikäli ei ole hyödynnettävissä minkäänlaista hoidon laadun ja tuloksellisuuden seurantajärjestelmää.

Valtakunnallisen hoidon seurantajärjes-

telmän, diabetesrekisterin, kehittäminen toisi helpotusta monen organisaation ongelmaan ja tiedon tarpeisiin. Nykyisin monet organisaatiot joutuvat etenemään asioiden kehittämisessä sokkona, muttu-menetelmällä arvioiden, mikä ei tavallisesti johda toimivaan lopputulokseen. Ei ole myöskään perusteltua kehittää jokaiseen organisaatioon omaa seurantajärjestelmää, koska myös valtakunnallista ja alueellista tiedontuotantoa tarvitaan hoidon parantamiseksi.

Diabeetikot kaipaavat nykyistä yksilöllisempää hoitoa, mutta terveydenhuollon ammattilaisille tehdyn kyselyn mukaan suurin osa heistä ainakin koettaa räätälöidä hoitoa yksilölliseksi hyvin monin eri tavoin. Kyse lienee hoito-organisaatioiden asettamista rajoitteista hoidon yksilöllistämiseksi. On ymmärrettävää, että ihmiset kokevat alueellisen vaihtelun epäoikeudenmukaisena. Osa ratkaisua voisi olla sopia valtakunnallisesti, tai edes maakunnallisesti, yhtenäiset hoitolinjat ja hoidon perusteet. Olisi hyvä käydä keskustelua esimerkiksi insuliinipumppujen myöntämisen perusteista: miksi jossain pumpun saa helpommin kuin muualla tai miksi toisin paikoin on mahdollisuus uusien hoitovälineiden käyttöönottoon ja toisilla paikoilla taas ei. Asiaa olisi silloin helpompi perustella myös diabeetikoille.

Omahoidon tukeen diabeetikot kaipaavat uusia menetelmiä ja tehostamista. Diabeteksen hoitoon on tullut uusia hoitovälineitä, joiden saatavuudessa on usein isoja alueellisia ja myös paikallisia eroja. Terveydenhuollon nykyiset rajalli-

set 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. Monella paikkakunnalla etenkin lääkärille pääseminen on sattumanvaraista, eikä systemaattisia seurantakäyntejä kyetä edes vuositasolla lainkaan järjestämään. Diabeteshoitajat joutuvat ottamaan vastuuta asioista, joihin he eivät ole saaneet koulutusta tai johon heidän omakaan työaikansa ei riitä. Tarpeelliset seurantakäynnit olisi varmistettava jokaiselle diabeetikolle omahoidon onnistumiseksi.

Ikäihmisten monet sairaudet vaikuttavat hoidon ja hoivan tarpeeseen. Asiaa tulee lähestyä yksilöllisesti, sillä iäkkäät ja heidän palvelutarpeensa eivät suinkaan ole samanlaisia. Ikäihmisten hoidon ja hoidon järjestämisen hoitosuosituksia on olemassa. Näissä korostetaan, että tietty ikä ei ole olennainen, vaan henkilön toimintakyky ratkaisee niin hoitotavoitteiden asettamisessa kuin hoidon toteuttamisessakin. Ikäihmisiä hoitavien tahojen osaamisen kehittäminen on nyt avainasemassa, jotta ikääntyneiden diabeetikoiden turvallinen hoito ja ohjaus pystytään turvaamaan nyt ja myös tulevaisuudessa.

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 tyyppin 1 diabeetikoiden ja erityishoitoa vaativien tyyppin 2 diabeetikoiden hoito keskitetään suurempiin ja osaavampiin yksiköihin.

Resurssien lisäämistä rajoittaa tavallisesti raha. Jos rahaa ei tule mistään lisää, on olemassa olevia resursseja kyettävä hyödyntämään tehokkaammin. Tämä tarkoittaa sähköisten menetelmien hyödyntämistä, ryhmäohjauksen kehittämistä ja käyttöönottoa sekä diabeetikon hyvää hoitoa ja omahoidon tuen vahvistamista, jotta diabetesta sairastavat pärjäävät paremmin omahoitonsa avulla. Diabetes muuttuu kalliiksi siinä vaiheessa, kun tulee lisäsairauksia tai diabeetikko joutuu vuodeosastohoitoon. Diabeetikon omahoidon tehokas ohjaus puolestaan ei ole kallista.

Aidossa yhteistyössä diabeteksen hyvän hoidon puolesta pitää jokaisen olla rohkea ja rehellinen. Diabeetikko kertoo vastaanotolla rehellisesti, miltä tuntuu ja missä oikeasti on ongelmia. Terveystieteiden ammattilainen luopuu etukäteen suunnitelluista verensokeriarvojen ym. asioiden kyselyistä vastaanotolla. Terveystieteiden ammattilainen ei ehkä saakaan hoitotilanteesta esiin sellaisia lukuja, joita on tottunut seuraamaan, tai edes kaivattuja kustannussäästöjä. Uudella yhteistyöllä päättäjät saattavat sen sijaan saada aiempaa paljon kuvaavampia tietoja hoidon onnistumisesta ja vaikuttavuudesta; terveydenhuollon ammattilainen voi päästä aidompaan kosketukseen diabetesta sairastavan kanssa ja lähemmäs hänen elämäänsä - ja diabeetikko kokee tulevaisuutensa kuulluksi ja saa avun häntä askarruttaviin asioihin. Diabeteksen hyvä hoito on yhteistyötä.

Lähteet

Diabetesliitto 2017. D-opisto verkkokursseja raskaana oleville ylipainoisille sekä tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabeetikoille ja raskausdiabeteksen sairastaneille. Osoitteessa www.diabetes.fi/d-opisto.

Fimea, Kela. Suomen lääketilasto 2016.

IDF. DiabetesAtlas 2015. osoitteessa www.idf.org/diabetesatlas.

Kela. 2016. Lääkekorvaustilasto. osoitteessa www.kela.fi/kelasto

Kela. 2016. Terveyspuntari. osoitteessa http://www.kela.fi/tilastotietokanta-kelasto_sisallysluettelo#Sairastaminen

Koski S. 2015. Diabetesbarometri 2015. 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 tyyppin 2 diabeteksen lisääntyminen - Suomessa tarvitaan tekoja. Tutkimuksesta tiiviisti 13, 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Perinataalitulasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Ennakkotieto 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Perinataalitulasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Pihlajamäki J, Lakka T, Absetz P, Lindström J, Ermes M, Poutanen K, Kohl J & Tilles-Tirkkonen T. 2016. STOP DIABETES - tiedosta ratkaisuihin (StopDia-konsortio). Tilannekuvaraportti 2016.

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.

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.

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

THL. Kansallisen lihavuusohjelman ohjelmaryhmä. Kansallinen lihavuusohjelma - Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016-2018. 2016. Työpaperi: 2016_018

THL. Terveiden edistämisen aktiivisuuden mittari TEAviisari. Osoitteessa www.teaviisari.fi.

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

UKK-Instituutti. VESOTE-hankkeen esite. 2017. Osoitteessa <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3015-vesote-esite-loka2017.pdf>.

Liite 1

Diabetesbarometrikysely diabeetikoille

1. Sukupuolesi

- Nainen
- Mies
- Joku muu

2. Ikäsi

3. Kuinka kauan olet sairastanut / läheisesi on sairastanut diabetesta?

- Alle 1 vuosi
- 1-5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 10-20 vuotta
- Yli 20 vuotta

4. Pääasiallinen hoitovastuutahosi?

- Terveyskeskus
- Aluesairaala
- Keskussairaala
- Työterveyshuolto
- Yksityisvastaanotto
- En tiedä

5. Minkä sairaanhoitopiirin alueella olet hoidossa?

- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto, Eksote
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Etelä-Savon sosiaali- ja terveystoimistojen ky
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Sosteri
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystoimistokuntayhtymä Soite
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaali- ja terveystoimistojen kuntayhtymä, Carea
- Lapin sairaanhoitopiiri
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystoimistojen kuntayhtymä, Siun sote
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
- Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä
- Satakunnan sairaanhoitopiiri
- Vaasan sairaanhoitopiiri
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
- Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS

6. Diabetestyyppisi

- Tyyppi 1
 - Tyyppi 2
 - Lapsen diabetes
 - Raskausdiabetes
 - Diabeetikon läheinen
 - Jokin muu, mikä
-

7. Oletko diabetesyhdistyksen jäsen?

- Kyllä
 - En
 - En ole, mutta olisin kiinnostunut. Ottakaa minuun yhteyttä
-

8. Onko omahoitosi tueksi räätälöity seuraavia sinun tarpeidesi mukaan?

	Räätälöity						
	Saan palveluja oman tarpeeni mukaan	Palveluja saatavilla mutta ei oman tarpeen mukaan	Palveluja saatavilla vain satunnaisesti	Palveluja ei saatavilla, vaikka tarvitsisin	En tarvitse kyseistä palvelua	En tiedä onko saatavilla	
Lääkärivastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoitajavastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ravitsemusterapeutin vastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Jalkojenhoitajan / jalkaterapeutin vastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psykologin vastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muut mielen hyvinvoinnin tukipalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verensokerimittarin valinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insuliinipumpun saatavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verensokerin sensorointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Elintapaohjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sopeutumisvalmennus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Avokuntoutus (esim. Tulppa ryhmä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Laitoskuntoutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Läheisen diabetesohjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vertaistuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9. Mitä muuta hoitopaikkasi tarjoaa omahoitosi tueksi?

10. Tarvitsisitko vielä muita palveluja omahoitosi tueksi?

11. Onko sinulle tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä

12. Osallistuitko itse hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemiseen?

13. Toteutuuko hoitosi tehdyn suunnitelman mukaan?

14. Miten usein seuraat omahoitosi tuloksellisuutta seuraavien osalta:

	Seuranta					
	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Kerran vuodessa	Harvemmin	En seuraa
Verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren rasva-arvot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmänpohjat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaisten toiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suun terveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalkojen kunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielen hyvinvointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Miten muuten seuraat omahoitosi onnistumista?

16. Huolestuttaako sinua jokin, jos ajattelet diabeteksen kanssa pärjäämistä?

17. Mitä positiivista diabetes on tuonut mukanaan?

18. Aseta seuraavat tärkeysjärjestykseen kun ajattelet soteuudistuksessa diabeteksen palvelujen järjestämistä omalta kannaltasi. Laita tärkein ensimmäiseksi ja vähiten tärkeä viimeiseksi.

- Diabetesvastaanotto lähellä kotia
- Diabetekseen erikoistunut moniammatillinen tiimi käytettävissä
- Ohjaustoimenpiteet muokattavissa yksilöllisen tarpeen mukaan
- Henkilöstö (lääkäri, hoitaja) pysyy samana diabetesvastaanotolla
- Uusimmat omaseuranta- ja hoitovälineet tarjolla
- Terveystieteiden henkilöstöllä aikaa ohjata ja kuunnella
- Ajan diabetesvastaanotolle saa nopeasti
- Tarjolla on etäohjausta / verkko-ohjausmahdollisuus

19. Ruusuja ja risuja omalle hoitopaikallesi.

20. Mitä toivoisit yhteiskunnalta diabeteksen ehkäisyn ja hoidon suhteen?

21. Terveisesi Diabetesliitolle

Liite 2

Sairaanhoitopiirikysely 2017

1. Asemasi organisaatiossa

Asemasi organisaatiossa					Muu, mikä
Hoitaja	Lääkäri	Ravitsemusterapeutti	Jalkaterapeutti / jalkojenhoitaja	Esimies	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2. Organisaatio, jossa toimit

- Terveyskeskus
- Aluesairaala
- Keskussairaala
- Työterveyshuolto
- Yksityissektori

3. Organisaatio jossa toimit. Muu mikä

4. Sairaanhoidopiiri, jossa organisaatiosi toimii

- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi, Eksote
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- Etelä-Savon sosiaali- ja terveystoimen ky
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri
- Itä-Savon sairaanhoidopiirin kuntayhtymä, Sosteri
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri
- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymä Soite
- Keski-Suomen sairaanhoidopiiri
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, Carea
- Lapin sairaanhoidopiiri
- Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin kuntayhtymä
- Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymä, Siun sote
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri
- Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä
- Satakunnan sairaanhoidopiiri
- Vaasan sairaanhoidopiiri
- Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri

5.

	Hoidon järjestäminen				Kerro miten käytännössä
	Keskitetty	Osin keskitetty, osin hajautettu	Kokonaan hajautettu	En tiedä	
Lapsidiabeetikot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tyypin 1 diabeetikot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tyypin 2 diabeetikot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Raskausdiabeetikot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

6. Diabeetikoiden yksilölliset hoitotarpeet vaihtelevat. Onko yksikössäsi mahdollisuus räätälöidä seuraavia diabeetikon tarpeiden mukaan?

	Räätälöinti				Kerro tarpeesi
	Räätälöidään yksilöllisesti	Jotain mahdollisuutta räätälöintiin	Kaikilla sama tapa	Ei kuulu meidän hoitovalikoimaamme	
Lääkärivastaanottojen tiheys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hoitajavastaanottojen tiheys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Jalkojenhoitajan palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Psykologin palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Muut mielen hyvinvoinnin tukipalvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ravitsemusterapeutin palvelut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verensokerimittarin valinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Insuliinipumpun saatavuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verensokerin sensorointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sopeutumisvalmennus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Avokuntoutus (esim Tulppa ryhmä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Laitoskuntoutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

7. Millä muilla tavoilla hoitoa ja ohjausta räätälöidään yksilöllisten tarpeiden mukaan?

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

	Resurssien riittävyys						
	Resurssia ei saatavissa	Resursseja selvästi liian vähän	Resursseja liian vähän	Resursseja sopivasti	Resursseja liikaa	Resursseja selvästi liikaa	Resurssit eivät riitä hoidon tarpeeseen
Lääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabeteslääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveystieteiden erikoislääkäri / sairaanhoitaja	<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"/>
Ravitsemusterapeutti	<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"/>
Psykologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu mielen hyvinvoinnin ammattilainen	<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"/>
Sosiaalityöntekijä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Mitä muita resursseja diabeetikoiden hoitoon ja ohjaukseen on käytettävissä?

10. Kuinka suurelle osalle yksikkösi hoitovastuulla olevista diabeetikoista on tehty hoito- ja kuntoutussuunitelma?

11. Ketkä suunnitelman tekemiseen tavallisesti osallistuvat?

12. Onko organisaatiossasi kuvattu seuraavia diabeetikoiden hoidon hoitoketjuja? Rastita kuvatut

- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, organisaation sisäinen
- Tyypin 2 diabeteksen hoito, alueellinen
- Raskausdiabeteksen hoito, organisaation sisäinen
- Raskausdiabeteksen hoito, alueellinen
- Tyypin 1 diabeteksen hoito, organisaation sisäinen
- Tyypin 1 diabeteksen hoito, alueellinen
- Tyypin 2 diabeteksen hoito, organisaation sisäinen
- Tyypin 2 diabeteksen hoito, alueellinen
- Lasten diabeteksen hoito, organisaation sisäinen
- Lasten diabeteksen hoito, alueellinen

13. Mitä muita hoitoketjukuvauskuksia teillä on kuvattu?

14. Miten seuraavat asiasisällöt näkyvät hoitoketjuissa?

	Miten näkyvät hoitoketjuissa
Kuntoutus	<hr/>
Vertaistukitoiminta	<hr/>
Mielen hyvinvointiin liittyvät asiat	<hr/>

15. Ohjaavatko hoitoketjukuvaukset päivittäistä työskentelyäsi?

- Kyllä
- Ei

16. Missä muodossa hoitoketjukuvaukset ovat?

- Paperilla
- Sähköisinä
- Muussa muodossa

17. Mistä löydät hoitoketjukuvaukset niitä tarvitessasi?

18. Seuraatko omien potilaidesi hoidon tuloksellisuutta?

	Seuraan			
	Säännöllisesti	Satunnaisesti vain yksittäisten	En seuraa	Järjestelmästä ei saa seurantatietoa
Verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren rasva-arvot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silmänpohjakuvaukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaisten toiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suun terveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielen hyvinvointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jalkojen riskinarvio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Onko työyksikössäsi käytössä paikallinen / alueellinen diabetesrekisteri?

Kyllä

Ei

20. Kerro millainen?

21. Kuinka monta päivää vuodessa osallistut työajalla diabetesta ja sen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevään koulutukseen?

**22. Opiskeletko diabetekseen ja sen ehkäisyyn ja hoitoon liittyviä asioita omalla ajallasi?
Kuinka paljon vuoden mittaan?**

23. Vapaamuotoista palauteta diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyen alueeltasi.

Liite 3

Diabetesbarometrikysely päättäjille 2017

1. Miten sairaanhoitopiirissä / kunnassasi diabeetikoiden hoito on järjestetty

	Lapsidiabeetikot				Kerro miten käytännössä
	Keskitetty	Osin keskitetty, osin hajautettu	Kokonaan hajautettu	En osaa sanoa	
Lapsidiabeetikot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tyypin 1 diabeetikot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tyypin 2 diabeetikot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Raskausdiabeetikot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. Ovatko diabeetikoiden omahoidon ohjaukseen käytettävissä olevat resurssit kokonaisuudessaan oikealla tasolla (esim. ohjausajan riittävyyden tai käytettävissä olevien asiantuntijoiden suhteen)?

Kyllä

Ei

3. Mitä kehittämistarpeita resursseissa mielestäsi on?

4. Vastaavatko mielestäsi seuraavien asiantuntijoiden reurssit hoidossa olevien diabeetikoiden määrää ja hoidolle asetettuja tavoitteita?

	Ei ole ollenkaan käytettävissä	Resursseja selvästi liian vähän	Resursseja jonkin verran liian vähän	Resursseja sopivasti	Resursseja jonkin verran liian paljon	Resursseja selvästi liikaa	osa ho
Lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Diabetekseen erikoistunut lääkäri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Terveydenhoitaja / sairaanhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Diabeteshoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Ravitsemusterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Jalkaterapeutti / jalkojenhoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Psykologi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Fysioterapeutti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(
Sosiaalityöntekijä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(

5. Mitä pidät tärkeimpina diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämiskohteina juuri tällä hetkellä sairaanhoitopiirissäsi / kunnassasi

- Diabeteksen hoidon palvelujärjestelmän kehittäminen
- Vaativan diabeteksen hoidon keskittäminen
- Monisairaiden palveluohjaus
- Diabeteksen hoidon tuloksellisuuden ja laadun seuranta
- Omahoidon tuen tehostaminen
- Muuta

6. Mitä muuta haluat kertoa diabeteksen ehkäisyyn tai hoitoon liittyen?

7. Missä sairaanhoitopiirissä kuntasi sijaitsee?

- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto, Eksote
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Etelä-Savon sosiaali- ja terveystoimistojen ky
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Sosteri
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystoimistokuntayhtymä Soite
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, Carea
- Lapin sairaanhoitopiiri
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystoimistojen kuntayhtymä, Siun sote
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
- Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä
- Satakunnan sairaanhoitopiiri
- Vaasan sairaanhoitopiiri
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri



■ **diabetes** ■
barometri 2017



diabetesliitto