- Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoito
- Liikunta osana iäkkään pitkäaikaissairaan hoitoa
- Suomesta potilasturvallisuuden mallimaa

4 | 2022 | joulukuu
51. vuosikerta
Suomen Diabetesliitto

Diabetes ja lääkäri

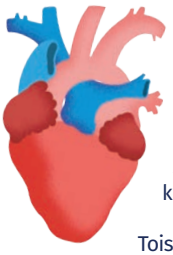
Sydämellä tyypin 2 diabeteksen hoito

diabetes.fi

ÄLÄ SÄRJE SYDÄNTÄ – tunnista tyypin 2 diabeetikon sydän- ja verisuonitautiriskit

Suomessa tyypin 2 diabetesta sairastaa arvioiden mukaan jopa lähes puoli miljoonaa suomalaista ja määrä lisääntyy jatkuvasti. Diabeteksen hoitokustannusten osuus Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista on noin 15 %.[1]

On odotettavissa, että vuoteen 2045 mennessä jo joka kymmenes sairastaa diabetesta.[2] Tyypin 2 diabetes on sairauden muodoista yleisin. 90 % kaikista diabetestapauksista voidaankin luokitella tyypin 2 diabetekseksi.[2]



Sydäninfarkti hyvästä sokeritasapainosta huolimatta

Suomessa pari vuotta sitten tehty tutkimus osoittaa, etteivät diabeetikot ole kovin huolissaan liitännäissairauksista, vaikka hoitohenkilökunnan vankasta tietotaidosta ja kehittyneistä hoitomuodoista huolimatta sydän- ja verisuonisairaudet ovat yhä tyypin 2 diabeetikoiden yleisin kuolinsyy.[3]

Diabetespotilaat eivät ole tietoisia tästä riskistä: yli puolet (53 %) tutkimukseen vastanneista diabetespotilaista ajatteli, ettei sydänsairauksilla ja diabeteksella ole yhteyttä, mikäli verensokeriarvot ovat hallinnassa.[3] Samaan aikaan puolella potilaista on kohonnut verenpaine sekä usein myös kohonnut kolesterolitaso.

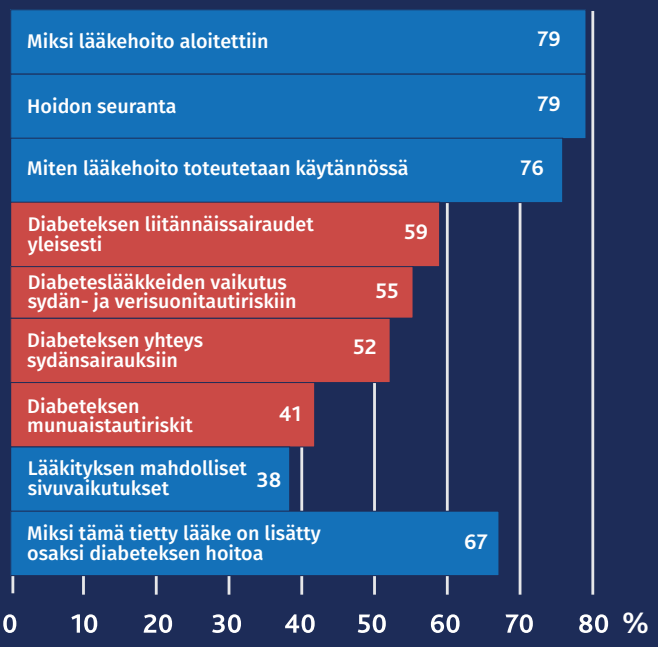
Toisessa, vuonna 2019 tyypin 2 diabeetikoille tehdyssä potilaskyselyssä 59 % vastaajista oli keskustellut lääkärinsä kanssa diabeteslääkkeen aloituksen yhteydessä liitännäissairauksista ja vain 52 % diabeetikon sydän- ja verisuonitautiriskeistä.[4]

Sydän- ja verisuonitautiriskin lisäksi diabetes on johtava syy aikuisten sokeutumiseen, munuaissairauksiin ja alaraaja-amputaatioihin. Diabetes lisää myös riskiä sairastua vanhuusiän muistisairauksiin.[5]

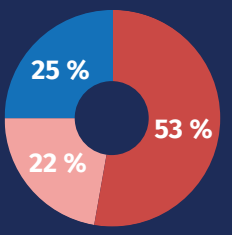
Lisäsairaudet vähintään kaksinkertaistavat diabetespotilaan hoitokulut puhumattakaan potilaan elämänlaadun heikkenemisestä.[6] Liitännäissairaudet huomioivalla diabeteksen hoidolla sekä lisäsairauksien ja niiden ehkäisyn tuntemisella on siis merkittävät vaikutukset niin yksilöille kuin yhteiskunnallekin.

Boehringer Ingelheim tukee diabetespotilaiden sydän- ja verisuonitautiriskin tietoisuuden lisäämistä Älä särje sydäntä -kampanjalla. Voit tutustua siihen osoitteessa www.diabetesjasydan.fi

Mistä aiheista keskustelitte lääkärinne kanssa, kun nykyistä diabeteslääkitystäsi aloitettiin?[4]



Käsitykseni diabeteksesta ja sydänsairaudesta[3]



- Jos verensokeri on kontrollissa, ei ole korkeampaa riskiä sydänsairaudelle kuin mitä on ei-diabeetikoilla
- Diabetes aiheuttaa sydänsairauksia, niiden välillä on luja yhteys
- Ihmiset joilla on diabetes, voivat saada sydänsairauden, mutta sillä ei ole yhteyttä diabetekseen

1. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 16.1.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi. **2.** International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8. painos. Bryssel, Belgia: International Diabetes Federation; 2017. **3.** Diabetes patient market research Finland. GfK. December 2016. **4.** Boehringer Ingelheim, data in file. **5.** Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. https://thl.fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-lisasairaudet. **6.** https://issuu.com/diabetesjalaakarilehti/docs/diab_ja_laak_2_2018/13.

MPR-FI-100049-JAR-01-2020

diabetesliitto

Diabetes ja lääkäri

Sisältö

4 **Ajankohtaista: Insuliinit jätettävä apteekkivaihdon ulkopuolelle**

5 **Pääkirjoitus: Uuden edessä**
Reeta Rintamäki

6 **Seuraamo**

9 **Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito – Keskiössä potilas**
Merja K. Laine

14 **Liikunta kuuluu oleellisena osana myös ikääntyneen pitkäaikaissairaan hoitoon**
Esa Jämsen

19 **Suomesta asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa**
Tarja Pajunen ja Tuula Ikonen

22 **Väitöksiä**

25 **Diabeteshoitajat: Mitä tapahtuu diabetesta sairastavien hoidolle ja hoidonohjaukselle hyvinvointialueilla?**
Seija Olli, Auli Pölönen, Markku Vähätalo ja Päivi Strömsholm

33 **Diabeteskoulutusta lääkäreille – tutustu tarjontaan**
Elina Pimiä

35 **Koulutusta**

9

Keskity hyvään

Kommunikaation lääkärin ja potilaan kesken pitää toimia, jotta tyypin 2 diabeteksen hoito onnistuu.

14

Liikkeelle

Liikkua kannattaa kaiken ikäisenä. Liikunnan hyöty-haittasuhde säilyy tai peräti paranee iän mukana.

19

Kelpaa malliksi

Suomesta on tarkoitus koulia asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuoteen 2026 mennessä.

Sivun 3 kuvat: Shutterstock

Diabetes ja lääkäri -lehti verkossa ▸

Diabetes ja lääkäri -lehden selailtava näköislehti on luettavissa verkossa https://issuu.com/diabetesjalaakarilehti. Verkkojulkaisusta on karsittu reseptilääkeilmoitukset, kuten laki edellyttää. Lehden kaikki numerot julkaistaan myös pdf-muodossa nettiarkistossa www.diabetes.fi/laakarilehdet.

VASTUULLISTA JOURNALISMIA

Tästä Diabetes ja lääkäri -lehden rinnakkaispainoksesta on poistettu lääkemainontaa koskevien säädösten edellyttämällä tavalla reseptilääkemainokset.

Ilmoittajat vastaavat ilmoitusten sisällöstä. Ne eivät ole Diabetesliiton suosituksia.

TIETEELLISET TOIMITTAJAT: professori h.c. Jorma Lahtela, 0400 920 672, jorma.lahtela@iki.fi, LT, endokrinologian erikoislääkäri (diabeteksen hoidon erityispätevyys) Reeta Rintamäki, reeta.rintamaki@kuh.fi | DIABETESHOITAJAT RY:N EDUSTAJA: diabeteshoitaja Tuulikki Salminen, tiedotus@diabeteshoitajat.fi | TOIMITUS: päätoimittaja Juha Viertola, juha.viertola@diabetes.fi, toimitussihteeri Mervi Lyytinen, p. 050 564 9126, mervi.lyytinen@diabetes.fi | LEHDEN YHTEYSTIEDOT: Diabetes ja lääkäri -lehti, Näsilinnankatu 26, 33200 Tampere, p. 03 2860 111 (ma–pe klo 9–13), sähköinen arkisto ja pdf-lehti: www.diabetes.fi/laakarilehdet, selailtava näköislehti: https://issuu.com/diabetesjalaakarilehti | JULKAISIJA: Suomen Diabetesliitto ry | ILMOITUKSET: markkinointikoordinaattori Keiju Telford, p. 050 310 6621, keiju.telford@diabetes.fi | TILAUKSET JA OSOITTEENMUUTOKSET: jäsensihteeri Anneli Jylhä, p. 050 310 6611, jasenasiat@diabetes.fi | ILMESTYMINEN JA TILAUSHINTA: Lehti ilmestyy helmi-, huhti-, syys- ja joulukuussa Diabetes-lehden liitteenä. Vuosikerta 15 e + Diabetes-lehden tilaushinta 45 e/vuosikerta (6 numeroa), jäsenetuhinta 15 e/vuosikerta | ULKOASU: Aino Myllyluoma | PAINO: UPC Print | 51. vuosikerta | ISSN-L 1455-7827 | ISSN 1455-7827 (Painettu) | ISSN 2242-3036 (PDF)

Diabetesliitto: Insuliinit jätettävä apteekkivaihdon ulkopuolelle

Diabetesliitto vastustaa insuliinivalmisteiden ottamista apteekkivaihdon piiriin. Insuliinivalmisteiden tiuha vaihtaminen apteekeissa vaarantaisi potilasturvallisuuden.

Diabetesliitto on ottanut kantaa biologisten lääkkeiden apteekkivaihdon valmisteluun, joka on parhaillaan käynnissä sosiaali- ja terveysministeriössä. Esitysluonnoksen mukaan biologiset lääkkeet, insuliinivalmisteet mukaan lukien, sisällytettäisiin viitehintajärjestelmään ja niiden vaihto halvempaan valmisteeseen aloitettaisiin apteekeissa. Diabetesliiton mielestä kilpailun lisääminen lääkekustannusten pienentämiseksi on kannatettavaa, mutta suunniteltu lainmuutos esitetyssä laajuudessa herättää vakavan huolen erityisesti insuliinia käyttävien henkilöiden lääkitysturvallisuuden ja hyvinvoinnin vaarantumisesta.

Diabetesliitto korostaa, että insuliinit ovat erityistä huomiota ja osaamista vaativa lääkeryhmä apteekkivaihdossa. Insuliinin virheannosteluun liittyy jopa välitön hengenvaara. Monipistoshoitoiset diabetesta sairastavat potilaat ovat ainoa potilasryhmä, jolla olisi kaksi päivittäin käytössä olevaa biologista lääkettä apteekkivaihdon piirissä. Jos valmiste vaihtuu, vaihtuu myös insuliinikynä, ja vaihdossa tarvitaan aina ammattilaisen ohjausta ja neuvontaa.

Diabetesta sairastavat käyvät hoitosuositusten mukaan ainakin vuoden välein seurantakäynnillä, ja siinä yhteydessä voitaisiin luontevasti tarkistaa käytettävä insuliinivalmiste ja antaa tarvittava ohjaus annostelulaitteiden käyttöön.

Diabetesliiton lausunnon sosiaali- ja terveysministeriölle ovat allekirjoittaneet toiminnanjohtaja **Juha Viertola** ja asiantuntijaylilääkäri, endokrinologian ja sisätautien erikoislääkäri **Elina Pimiä** sekä liiton lääkärineuvoston puolesta apulaisprofessori, yleislääketieteen dosentti **Merja Laine**.

Insuliinia ja insuliinijohdoksia käytti vuonna 2021 Kelan lääketoimitustilastojen mukaan 130 108 henkilöä. Insuliinihoitoiset diabetesta sairastavat ovat suurin potilasryhmä, jota biologisten lääkkeiden apteekkivaihto koskisi.

Perusopas – tyypin 2 diabetes • Vägledning – typ 2-diabetes

Suosittu, lämminhenkinen opas kokoaa hoidon keskeiset asiat yhteen. Uudistettu opas nyt myös ruotsiksi!

Kenelle: aikuisille niin sairauden alussa kuin myöhemminkin, sote-alalle perustieto-oppaaksi
B5, 44 sivua, nidottu
Hinta: 4 euroa

Määräalennukset: 5 kpl tai enemmän: 2,50 euroa/kpl • 50 kpl tai enemmän: 1,50 euroa/kpl

Tilaukset: www.diabetes.fi/d-kauppa

Uuden edessä

REETA RINTAMÄKI

Kuva: Shutterstock

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy ensi vuoden alussa hyvinvointialueille, ja olemme kaikki ison muutoksen edessä. Todella vaikeat vuodet ovat takana, ja hoitovelkaa on syntynyt merkittävästi kaikkialla terveydenhuollossa. Kuinka hyvinvointialueet voivat vastata tulevaisuudessa diabeteksen tasa-arvoisesta ja laadukkaasta hoidosta, kun rahoituksesta ja resursseista on pulaa monessa paikassa? Olisi tärkeää, että kansallisesti pystyisimme ehkäisemään tyypin 2 diabetesta ja hoitamaan potilaat jo varhaisessa vaiheessa remissioon. Tämä vaatii isoja yhteiskunnallisia muutoksia, ja poliittisten päätöksentekijöiden tulisi sitoutua terveyttä edistäviin tavoitteisiin nykyistä vahvemmin. Tyypin 1 diabetesta ja vaikeahoitoista tyypin 2 diabetesta sairastavien hoito tulisi viimeistään nyt keskittää hyvinvointialueilla moniammatillisiin osaamiskeskuksiin- ja verkostoihin.

Haasteista huolimatta meillä on mahdollisuuksia hoitaa diabetesta sairastavia paremmin kuin koskaan. Diabeteksen hoitovälineet ovat kehittyneet ja teknistyneet viime vuosina, ja niiden avulla voimme parantaa diabeteksen hoitoa ja potilaiden elämänlaatua merkittävästi. Hoitokustannusten nopea nousu viime vuosina voi aiheuttaa paineita taloudelle, mutta laadukkaalla hoidolla voimme vähentää merkittävästi terveydenhuollon kustannuksia tulevaisuudessa. Uusia vaikuttavia lääkkeitä on käytettävissä lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen hoitoon. Erilaiset digitaaliset hoitopolut ja etävastaanotot ovat kehittyneet nopeasti, ja ne ovat yhä suuremman potilasjoukon tavoitettavissa. Tietoa diabeteksen hoidosta niin potilaille kuin ammattilaisillekin on yhä helpommin saatavilla esimerkiksi Diabetesliiton hyvinvointipoluilta ja Terveyskylän Diabetestalosta.

STM on antanut asetuksen, jolla kansallisen diabeteslaaturekisterin toiminta vakiintuu THL:n ylläpitämäksi. Laaturekisteristä saamme jatkossa tietoa hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta sekä vertailutietoa eri alueilta. Laaturekisteritietojen avulla pääsemme oikeasti kehittämään diabeteksen hoitoa Suomessa. Hyvinvointialueet ovat myös mahdollisuus yhtenäistää toimintatapoja ja tehdä alueellisia hoitoketjuja. Toivottavasti kehittäminen jatkuu sote-uudistuksen keskellä.

Tässä numerossa pääset lukemaan, mitä ajatuksia ja toiveita diabetesammattilaisilla on sote-uudistuksesta (sivu 25).

Reeta Rintamäki
LT, endokrinologian erikoislääkäri
Diabeteksen hoidon erityispätevyys
reeta.rintamaki@kuh.fi

Reeta Rintamäki aloittaa tieteellisenä toimittajana Diabetes ja lääkäri -lehdessä Jorma Lahtelan parina. Rintamäki työskentelee Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja toimii Diabetesliiton lääkärineuvoston jäsenenä.

Tyypin 2 diabetes vaikuttaa elinikään – Suomi pärjää hyvin

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen ja sairauden vaikutus elinikään on hiljattain arvioitu laajassa kansainvälisessä tutkimuksessa (1). Aineisto käsitti 23 maata tai hallintoaluetta, ja siihen kuului 1,57 miljardia henkilövuotta. Tyypin 2 diabeetikoita oli 5,11 miljoonaa. Aineisto analysoitiin kahtena ajankohtana 5 vuoden välein vuosina 2009–2019. Riskiarvioihin otettiin sairastumisaika 20–100 ikävuoden välillä.

Sairastumisriski oli pienin (16,5 %) skotlantilaisilla naisilla ja suurin (59,6 %) singaporelaisilla miehillä. Vastaavat riskit olivat suomalaisilla miehillä 35,1 % ja naisilla 27,9 %. Riski pieneni seurannan kuluessa 11 maassa 15:stä, joista tilastot olivat käytettävissä. Kun elinajan ennuste laskettiin 20 vuodesta eteenpäin, se oli pisin japanilaisilla tyypin 2 diabeetikoilla, niin miehillä (59,2 vuotta) kuin naisillakin (64,1 vuotta). Suomessa vastaavat arvot olivat miehillä 54,4 vuotta ja naisilla 61,2 vuotta. Lyhin elinajan ennuste oli Liettuassa miehillä (43,7 vuotta) ja Latviassa naisilla (54,2 vuotta). Seurannan aikana diabeetikoiden odotettu elinaika lisääntyi kaikkialla Espanjaa ja Skotlantia lukuun ottamatta.

Tyypin 2 diabetes lyhensi elinikää miehillä vähiten Latviassa (2,5 vuotta) ja eniten Israelissa (12,9 vuotta). Naisilla huonoin tulos oli Israelissa, missä elinaika lyheni 11,2 vuotta. Paras tulos naisilla saatiin Suomesta: elinaika lyheni 3,1 vuotta. Suomalaisilla miehillä vastaava elinajan lyhenemä oli 4,5 vuotta. Esimerkiksi Tanskassa, joka on diabetestutkimuksen vahva maa, tyypin 2 diabetes lyhensi elinaikaa enemmän: naisilla 6,4 vuotta ja miehillä 7,7 vuotta. USA:ssa vastaavat lyhenemät olivat naisilla 8,3 vuotta ja miehillä 9,9 vuotta.

Tämän laajan tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia kaikissa maissa: tyypin 2 diabetes lyhensi elinaikaa. Suomi pärjäsi vertailussa kuitenkin hyvin, mikä viittaa siihen, että hoito Suomessa on parempaa kuin monissa muissa maissa. Elinajan lyhenemisen vaikutus väestötasolla on kuitenkin suuri, koska tyypin 2 diabetes jatkuvasti yleistyy.

Tämä korostaa tarvetta jatkuvasti räätälöidä kansanterveyden strategiaa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon edelleen tehostamiseksi. On toki mahdollista, että potilaiden elinikä pitenee myös uusien lääkkeiden myötä.

Veikko Koivisto

1. Tomic DT, Morton JI, Chen L. ym. Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type 2 diabetes in 23 high-income jurisdictions: a multinational, population-based study. Lancet/Diabetes-Endocrinology 2022:10;795-803.

Kuva: Shutterstock

Vuoden diabetesteko 2022

Diabetesliitto on valinnut diabeteslaaturekisterin vuoden diabetesteoksi. Valtakunnalliseksi toiminnaksi vuodenvaihteessa laajentuva rekisteri tukee merkittävästi diabetesta sairastavien hoidon ja hoidon laadun kehittämistä.

THL:n kaikkien yhdeksän laaturekisterin kehittämistä koordinoiva johtaja **Jonna Salonen** jakaa *Vuoden diabetesteko 2022* -tunnustuspalkinnon yhdessä Taysissa työskentelevän diabeteslaaturekisterin johtajan, ylilääkäri **Saara Metson** ja Jyväskylän kaupungin kehittäjälääkäri **Aapo Tahkolan** kanssa. Diabeteslaaturekisterin vakinaistamista edelsi pilotointi Pirkanmaan, Keski-Suomen ja Siunsoten alueilla.

Rekisterin kaikille julkisten raporttien avulla on mahdollista varmistaa hoitosuositusten mukaisen ja vaikuttavan diabeteksen hoidon toteutuminen tasavertaisesti asuinkunnasta riippumatta. Vertaiskehittämistilaisuuksissa ammattilaisia tuetaan miettimään ja toteuttamaan potilaille parhaiten soveltuvia keinoja parempien hoitotulosten saavuttamiseksi.

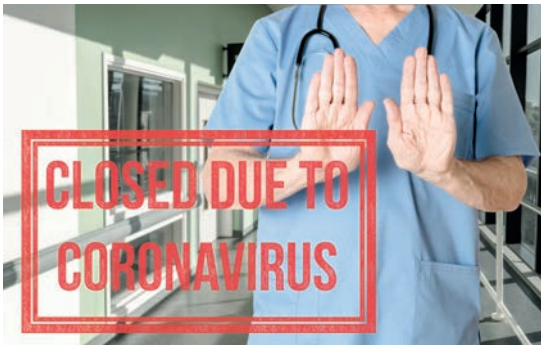
Diabeteslaaturekisteri vakinaistetaan ensimmäisten joukossa THL:n laaturekistereistä. Vuoden diabetesteko -tunnustuspalkinnot myöntää Diabetesliiton hallitus.

Koronapandemia ja diabetes:

Hoitokäynnit vähenivät, kuolleisuus lisääntyi

Globaali koronaepidemia on vaikuttanut diabeteksen hoitoon monin tavoin. Tätä on Englannissa selvitetty laajassa väestötutkimuksessa (1). Tutkijat keräsivät 2 973 645 tyypin 1 ja 2 diabetesta sairastavan potilaan hoitotietoja vuoden 2019 aikana ennen koronaa, ja niitä verrattiin 3 218 570 potilaan tietoihin koronavuonna 2021.

Englannissa on käytössä kahdeksan kohdan vuotuinen diabeteshoito-ohjelma. Pandemian 15 viikon jaksolla heinä–lokakuussa 2021 tähän ohjelmaan kuuluvia hoitotapahtumia oli 48,4 % vähemmän kuin vastaavana aikana ennen koronaa 2019. Hoito väheni sitä enemmän, mitä pitemmästä vastaanottoajasta oli kyse. Esimerkiksi jalkojen hoito väheni 37 %. Potilaiden hoito-ohjelman toteutuminen korreloi kuolleisuuteen samalla tavoin kahtena koronaa edeltävänä vuonna ja koronaepidemian aikana. Pandemian aikana diabetespotilaiden kuolleisuus muihin sairauksiin kuin koronaan lisääntyi 11 %. Koska kuolleisuus korreloi hoitokäyntien määrään, tästä voi vetää sen johtopäätöksen, että lisääntynyt kuolleisuus oli seurausta hoitokäyntien vähenemisestä. Kuolleisuus pandemian aikana muuhun kuin koronaan oli sitä suurempi, mitä vähäisempää diabeteksen seuranta oli ollut kahtena koronaepidemiaa edeltävänä vuonna. Koronatestit olivat epidemian aikana käytettävissä, joten tutkijat pitävät luotettavana tietoa ei-koronakuolemista.



Kuva: Shutterstock

Hoitokäyntien väheneminen ja sen myötä kuolemien lisääntyminen on varmaankin seurausta useista tekijöistä. Yhtäältä sairaalat olivat kiireisiä ja korona oli ykköspriorititeetti. Toisaalta potilaat saattoivat pelätä tartuntaa ja jäivät mieluummin kotiin. Tutkimus kuvaa epidemian aikaisia tapahtumia. Jää nähtäväksi, onko hoidon vähenemisellä pandemian aikana pitkäaikaisvaikutuksia diabetekseen liittyviin komplikaatioihin tai pitemmän ajan ennusteeseen.

Veikko Koivisto

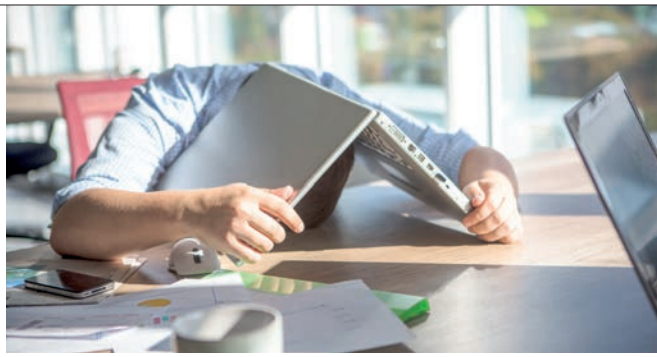
1. Valbhji J, Barron E, Gordon T ym. Associations between reductions of routine care delivery and non-COVID-19-related mortality in people with diabetes in England during the COVID-19 pandemic: a population-based parallel cohort study. Lancet/Diabetes-endocrinology 2022:10;561-567.

Palauduitko?

Työterveyslaitoksen Palautumislaskuriin hyvatyo.ttl.fi on kertynyt vuoden kuluessa yli 1 300 vastausta. Tulokset paljastavat huolestuttavan ilmiön: yli kolmanneksessa organisaatioista (37 %) on henkilöitä, jotka tekevät jatkuvasti yli 50 tuntista työviikkoa. Pitkä työaika on hieman yleisempää suuryrityksissä kuin pien- tai mikroyrityksissä.

Palautumislaskuriin vastanneista organisaatioista vajaassa kolmanneksessa (30 %) ei ole sovittu, että työt tehdään työaikana eikä myöskään niistä ehdoista, joilla työntekijöiden tulisi olla tavoittavissa vapaa-ajalla.

Kokonaistyöajan ei tulisi ylittää keskimäärin 48 tuntia viikossa edes ylitöiden kanssa, vaikka Suomen uusi työaikalaki (870/2019) on lisännyt paljon työaikojen joustoja.


Kuva: Shutterstock

Palautumislaskuri on osa Työterveyslaitoksen toteuttamaa maksutonta Mielenterveyden tuen työkalupakkia. Laskuri soveltuu osaksi riskien arviointia ja työterveysyhteistyötä.

FI21OB00060_06_2021

Edistetään yhdessä tervettä arkea. Tutustu palveluun:

APUA PYSYVÄÄN ELÄMÄNMUUTOKSEEN!

Uusi verkkopalvelumme tarjoaa lihavuuden hoitoon tutkittua tietoa ja käytännön työkaluja: Pieni suuri opas on maksuton, yli 70-sivuinen tukesi pysyviin ajattelutapojen, syömisen ja elämänhallinnan muutoksiin.

Saat oppaan sivuiltamme – tutustu jo tänään!

lihavuudesta.com

PUHUTAAN LIHAVUUDESTA™
TIETOA LIHAVUUDESTA JA SEN HOIDOSTA

novo nordisk®

Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito: **Keskiössä potilas**

Tyypin 2 diabeteksen hyvä hoito on kokonaisvaltaista, ja se suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa. Hoitoa pitää tarkistaa säännöllisesti ja sovittaa se potilaan vaihtuviin elämäntilanteisiin. Hyvä hoito edellyttää terveydenhuollon eri ammattiryhmien joustavaa yhteistyötä.

MERJA K. LAINE

LT, apulaisprofessori, dosentti
Yleislääketieteen erikoislääkäri
Diabeteksen, haavanhoidon ja lääkärikouluttajan erityispätevyydet
Helsingin yliopisto ja HUS
Folkhälsanin tutkimuskeskus, Helsinki
merja.k.laine@helsinki.fi

Diabetes on krooninen ja monimuotoinen sairaus. Sen hyvän hoidon tulee olla kokonaisvaltaista ja koostua sekä lääkkeettömästä hoidosta että lääkehoidosta. Hoidon tavoitteena on hyvä elämänlaatu diabeteksesta huolimatta, sujuva arki ilman kohtuuttomia rajoituksia sekä liitännäissairauksien ilmaantumisen estäminen tai niiden viivästäminen. Hyvässä kokonaisvaltaisessa hoidossa on oleellista hoidon yksilöllisyys potilaan elämäntilanne ja omahoidon voimavarat huomioiden. Tässä kirjoituksessa käsitellään aikuisten tyypin 2 diabeteksen hoitoa.

Hoidonohjaus

Hoidonohjauksen tavoitteena on, että tyypin 2 diabetesta (T2D) sairastavalla on mahdollisimman hyvät tiedot ja taidot oman hoitonsa toteuttamiseen sekä hoitoa koskevien päivittäisten valintojen ja päätösten tekemiseen (1). Hoidonohjauksen tulee tukea hoidossa jaksamista, parantaa elämänlaatua ja psyykkistä hyvinvointia sekä ehkäistä äkillisiä ja pitkäaikaisia komplikaatioita (1,2).

Elämänlaatu koostuu useista tekijöistä, muun muassa fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja taloudellisista tekijöistä (1). Diabetesta sairastavalla elämänlaatu vaikuttaa diabetekseen ja omahoitoon, ja toisaalta diabetes oireineen ja ongelmineen vaikuttaa elämänlaatuun (1). Elämänlaatua tulee kysyä, seurata ja tukea. Mahdollisuuksien mukaan tulee keskittyä oleellisiin haasteisiin (3).

Hyvän hoidon perustana on toimiva ja ymmärrettävä kommunikaatio tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä (2). Kommunikaation tulee olla sävyltään neutraalia, potilaskeskeistä, potilasta kunnioittavaa, yhteistyöhön kannustavaa ja hyvin toimiviin asioihin keskittyvää (4). Ideaalitilanteessa ohjaus on eri ammattiryhmien – muun muassa lääkärin, hoitajan, ravitsemusterapeutin, jalkaterapeutin, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, psykologin tai mielenterveyden ammattilaisen ja suun terveyden ammattilaisen – välistä yhteistyötä (1,2).

Kommunikaation [potilaan kanssa] tulee olla sävyltään neutraalia, potilaskeskeistä, potilasta kunnioittavaa, yhteistyöhön kannustavaa ja hyvin toimiviin asioihin keskittyvää.

Tyypin 2 diabetesta sairastavista arviolta joka toisen lääkitys onnistuu ohjeiden mukaisesti, joka toinen ottaa lääkkeitä epäsäännöllisesti tai lopettaa lääkityksen (5-7). Ei-optimaalinen lääkkeiden käyttö vaikeuttaa glykemian ja sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hoitotavoitteiden saavuttamista, mikä lisää diabeteksen lisäsairauksien riskiä, sairaalahoitojen määrää, hoitokustannuksia ja kuolleisuutta (5-7). Hoidonohjauksessa tulee huomioida ja ottaa puheeksi potilaan käsitykset ja tiedot lääkkeistä, hypoglykemian pelko ja hänen mahdollisuutensa ostaa lääkkeitä sekä lääkkeiden haittavaikutukset (2,8).

Kokonaisvaltainen hoito

Kokonaisvaltainen hoito koostuu neljästä osa-alueesta: glykemian hoito, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hoito, kardiorenaalinen suoja ja painonhallinta (2,3). Terveydenhuollon ammattilaisten tulee pohtia kaikkien tyypin 2 diabetesta sairastavien kanssa glukoositason, verenpaineen, rasva-arvojen ja painonhallinnan yksilölliset ja optimaaliset hoitotavoitteet (1,2).

Glykemian hoito

Glukoositason yleinen tavoite on HbA1c-taso alle 53 mmol/mol (1,9). Jokaisen tyypin 2 diabetesta sairastavan osalta tulee arvioida, onko tämä optimaalinen tavoite vai onko perusteita pyrkiä tiukempaan tai väljempään tasoon (1,9,10). Taulukkoon 1 (sivu 11) on koottu asioita, jotka tulee huomioida arvioitaessa optimaalista HbA1c-tasoa (10).

Kokonaisvaltainen hoito koostuu neljästä osa-alueesta: glykemian hoito, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hoito, kardiorenaalinen suoja ja painonhallinta.

Hoitosuositusten mukaan metformiini on ensisijainen lääkevalinta, jollei sille ole vasta-aiheita (1,11). Tosin uudet tutkimustulokset puoltavat myös GLP-1-reseptoriagonistin (GLP-1-ra) tai SGLT2-estäjän aloittamista ensisijaisena lääkkeenä henkilöille, joilla on valtimotauti, sydämen vajaatoiminta tai krooninen munuaissairaus tai joilla niiden riski on suuri (12-14). Glykemian hoidon tehostuksesta löytyy selkeät ohjeet hoitosuosituksista (1,11).

Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hoito

Kaikilta tyypin 2 diabetesta sairastavilta tulee kartoittaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät. Riskitekijät ja niiden tavoitetasot on koottu taulukkoon 2 (1,15,16).

Kardiorenaalinen suoja

Tuoreiden hoitosuositusten mukaan tyypin 2 diabetesta sairastavalla tulee olla käytössä GLP-1-ra tai SGLT2-estäjä tai molemmat, jos hänellä on valtimotauti tai suuri riski sairastua valtimotautiin. Edelleen jos tyypin 2 diabetesta sairastavalla on sydämen vajaatoiminta, hänellä tulee olla

Kuvat: Shutterstock

Taulukko 1. Huomioon otettavia asioita pohdittaessa tyypin 2 diabetesta sairastavan optimaalista glukoositasoa (11).

	Tiukka HbA1c-tavoite	Väljä HbA1c-tavoite
Hypoglykemiaan liittyvät riskit	ei	mahdollisesti
Lääkkeiden haittavaikutuksiin liittyvät riskit	ei	mahdollisesti
Tyypin 2 diabeteksen kesto	tuore	pitkä
Elinajanodote	pitkä	lyhyt
Sydän- ja verisuonisairaudet	ei	kyllä
Muut oleelliset sairaudet	ei	vakavia
Potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa	hyvä	paljon parannettavaa
Potilaan tiedot ja taidot hoitaa itseään	hyvät	rajoittuneet
Voimavarat ja tukiverkostot	hyvät	rajoittuneet

Taulukko 2. Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät ja niiden hoitotavoitetasot tyypin 2 diabetesta sairastavalla (1,16,17).

Riskitekijä	Yleinen tavoitetaso	Huomioitavaa
Verenpaine	< 140/80 mmHg	< 130/80 mmHg, jos haitoitta onnistuu < 130/80 mmHg, jos krooninen munuaissairaus < 150/90 mmHg iäkkäillä kokonaistilanne huomioiden
Rasva-arvot	LDL < 2,6 mmol/l	LDL < 1,8 mmol/l suuren riskin potilailla* LDL < 1,4 mmol/l hyvin suuren riskin potilailla**
Antitromboottinen lääkitys		Käyttö sekundaaripreventiossa
Tupakointi	Tupakoinnin lopetus	

*ei kohde-elinvaurioita ja diabeteksen kesto > 10 vuotta tai yksi suuri riskitekijä (tupakointi, dyslipidemia tai hypertensio)
**kliininen valtimotauti tai kohde-elinvaurio (esimerkiksi retinopatia tai albuminuria) tai kolme merkittävää riskitekijää (tupakointi, dyslipidemia ja hypertensio)

SGLT2-estäjähoito. Jos tyypin 2 diabetesta sairastavalla on krooninen munuaissairaus, hänellä tulee olla käytössään SGLT2-estäjä tai GLP-1-ra. Suositusten mukaan edellä mainituissa tilanteissa GLP-1-ra:a tai SGLT2-estäjää tulisi käyttää glukoositasosta huolimatta. (2,11)

Painonhallinta

Nykykäsityksen mukaan 5–10 %:n painonpudotuksella saavutetaan metabolisia hyötyjä ja vähintään 10 %:n painonpudotuksella voisi olla vaikutusta itse diabeteksen kulkuun (17). Vähintään 10 %:n painonpudotus saattaa johtaa joidenkin potilaiden tyypin 2 diabeteksen remissioon (veren glukoosi ilman hyperglykemialääkkeitä vähintään 3 kuukauden ajan normaali), etenkin sairauden keston ollessa lyhyt (17,18).

Metabolisen kirurgian mahdollisuus tulee pitää mielessä siihen soveltuvien potilaiden hoidossa (1,2,19).

Ruokavalio, liikunta ja uni

Terveellisen ruokavalion tulee olla realistisesti toteutettavissa sekä tukea metabolisia ja painonhallinnan tavoitteita (1,2). Yleisesti diabetesta sairastavalle suositellaan samaa terveellistä ruokavaliota kuin muullekin väestölle (1). Ruokavaliossa tulee huomioida erityisesti sen laatu ja energian määrä (2). Jokaisen tyypin 2 diabetesta sairastavan kanssa tulee pohtia hänelle optimaalisin ruokavalio niin hiilihydraattien, proteiinien kuin rasvojenkin osalta. Ruokavaliota suunniteltaessa huomioon otetaan muun muassa potilaan muut sairaudet ja lääkehoito, ruokailutavat, ruokaan ja ruokailuun

liittyvät mieltymykset sekä ravitsemukselliset erityispiirteet (1,2,20).

Säännöllinen aerobinen liikunta vaikuttaa suotuisasti hyperglykemiaan ja kardiorespiratoriseen kuntoon (21,22). Uusimpien suositusten mukaan kohtalaisesti tai voimakkaasti rasittavaa liikuntaa tulisi olla viikossa 150 minuuttia tai enemmän ja lihaskuntoharjoitteita, venyttely- tai tasapainoharjoitteita kahdesta kolmeen kertaan viikossa (23,24). Kahta perättäistä inaktiivista päivää pidempää liikuntaa sisältämätöntä ajanjaksoa ei suositella (2). Pitkät yhtäjaksoiset istumisjaksot vaikuttavat epäsuotuisasti glukoosimetaboliaan. Nykyisin suositellaankin lyhyttä liikuntahetkeä 30–60 minuutin istumisen jälkeen (2,25).

Kahta perättäistä inaktiivista päivää pidempää liikuntaa sisältämätöntä ajanjaksoa ei suositella.

Hyvälaatuisen ja riittävän yöunen merkitys tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltaisessa hoidossa on viime vuosina korostunut. Nykyisen tutkimustiedon mukaan kuudesta kahdeksaan tuntia yöunta olisi optimaalinen, tätä lyhyempi tai pidempi yöuni vaikuttanee epäedullisesti glukoosimetaboliaan (26).

Unihäiriöt ovat yleisiä tyypin 2 diabetesta sairastavilla (27). Uniapneaa esiintyy heistä noin joka toisella, ja uniapnean vaikeusaste näyttää assosioivan veren glukoositason kanssa (27,28). Iltaunisuus näyttäisi olevan yhteydessä parempaan glukoositasoon kuin aamu-unisuus (2).

Muita huomioitavia asioita

Kun iäkkäällä on tyypin 2 diabetes, hyvän hyperglykemiahodon vähimmäistavoitteena on sellainen taso, joka ei aiheuta oireita (1, 2). Hypoglykemioiden välttäminen on tärkeää (1,2,9). Polyfarmasian, lääkeaineinteraktioiden ja munuaisten vajaatoiminnan kehittymisen mahdollisuus tulee pitää mielessä iäkkäiden tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden hoidossa (1,2). Diabetesta sairastavilla näyttäisi olevan suurentunut muistisairauksien ja lievän kognitiivisen heikentymisen riski verrattuna henkilöihin, joilla ei ole diabetesta (29,30).

Nuorena tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla näyttäisi olevan erittäin suuri lisäsairauksien riski (2). Kokonaisvaltaisen hoidon tulisi olla erittäin kattavaa: tämä koskee sekä lääkkeetöntä hoitoa että lääkehoitoa (2). Alle 40-vuotiaina tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden lääkehoidossa harkitaan yhdistelmähoitoja jo varhaisessa vaiheessa (2).

Tyypin 2 diabetesta sairastavilla todetaan usein ei-alkoholiperäinen rasvamaksatauti (NAFLD, *non-alcoholic fatty liver disease*). NAFLD lisää tyypin 2 diabetesta sairastavalla riskiä, että NAFLD kehittyy vakavammaksi maksasairaudeksi (31). Laihdutus ja painonhallinta ovat erityisen tärkeitä, jos potilaalla on sekä tyypin 2 diabetes että NAFLD (32).

Ajoterveysvaatimusten täyttyminen arvioidaan 1–5 vuoden välein, kun kuljettajalla on tyypin 2 diabetes ja hän kuuluu ryhmään 1 (muun muassa henkilöauton, mopon, moottoripyörän ja traktorin kuljettajat), ja 1–3 vuoden välein, kun kuljettaja kuuluu ryhmään 2 (ammattiliikennekuljettajat) (34). Liikenneturvallisuuden kannalta on tärkeää kiinnittää huomio ilman ennakko-oireita ilmeneviin tai vakaviin hypoglykemioihin ja toistuviin hypoglykemioihin (1,33). Diabetesta sairastavan henkilön tilannetta arvioidaan kokonaisuutena huomioiden myös sydän- ja verisuonisairaudet, retinopatia, neuropatia, ikä ja monisairastavuus (1). Ajoterveysvaatimusten täyttymistä arvioidaan ainoastaan lääketieteellisin ja liikenneturvallisuuteen liittyvin perustein, eikä arviossa huomioida liikkumisen tarvetta, toimeentuloa tai ajo-olosuhteita (33).

Kirjallisuus

1. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 6.10.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
2. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, ym. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2022. doi: 10.2337/dci22-0034
3. Nuutinen H. Diabetesta sairastavan elämänlaadun arvioinnista. DEHKO-raportti 2010:1. Diabetesliitto. https://www.diabetes.fi/files/1420/DEHKO raportti_2010_1_Diabetesta_sairastavan_elamanlaadun_arvioinnista.pdf
4. Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk MD, ym. The use of language in diabetes care and education. Diabetes Care 2017;40:1790-1799.
5. Egede LE, Gebregziabher M, Echols C, ym. Longitudinal effects of medication nonadherence on glycemic control. Ann Pharmacother 2014;48:562-570.
6. Iglay K, Cartier SE, Rosen VM, ym. Meta analysis of studies examining medication adherence, persistence, and discontinuation of oral antihyperglycemic agents in type 2 diabetes. Curr Med Res Opin 2015;31:1283-1296.
7. Khunti K, Seidu S, Kunutsor S, ym. Association between adherence to pharmacotherapy and outcomes in type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care 2017;40:1588-1596.
8. Polonsky WH, Henry RR. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. Patient Prefer Adherence 2016;10:1299-1307.

9. American Diabetes Association. Glycemic targets: Standards of medical care in diabetes — 2022. Diabetes Care 2021;45:S83-S96.
10. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, ym. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015;38:140-149.
11. American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of medical care in diabetes—2022. Diabetes Care 2021;45:S125-S143.
12. Crowley MJ, McGuire DK, Alexopoulos AS, ym. Effects of liraglutide on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes patients with and without baseline metformin use: post hoc analyses of the LEADER trial. Diabetes Care 2020;43:e108-e110.
13. Neuen BL, Arnott C, Perkovic V, ym. Sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors with and without metformin: a meta-analysis of cardiovascular, kidney and mortality outcomes. Diabetes Obes Metab 2021;23:382-390.
14. Masson W, Lavalle-Cobo A, Lobo M, ym. Novel antidiabetic drugs and risk of cardiovascular events in patients without baseline metformin use: a meta-analysis. Eur J Prev Cardiol 2021;28:69-75.
15. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 6.10.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
16. Dyslipidemiat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 6.10.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
17. Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, ym. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. Lancet 2022;399:394-405.
18. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, ym. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. Diabetes Care 2021;44:2438-2444.
19. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, ym. Delegates of the 2nd Diabetes Surgery Summit. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement by International Diabetes Organizations. Diabetes Care 2016;39:861-877.
20. American Diabetes Association. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 2021;45:S60-S82.
21. Delevatti RS, Bracht CG, Lisboa SDC, ym. The role of aerobic training variables progression on glycemic control of patients with type 2 diabetes: a systematic review with meta-analysis. SportsMed Open 2019;5:22.
22. Najafipour F, Mobasseri M, Yavari A, ym. Effect of regular exercise training on changes in HbA1c, BMI and VO2max among patients with type 2 diabetes mellitus: an 8-year trial. BMJ Open Diabetes Res Care 2017;5:e000414.
23. Kanaley JA, Colberg SR, Corcoran MH, ym. Exercise/physical activity in individuals with type 2 diabetes: a consensus statement from the American College of Sports Medicine. Med Sci Sports Exerc 2022;54:353-368.
24. Pan B, Ge L, Xun YQ, ym. Exercise training modalities in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta analysis. Int J Behav Nutr Phys Act 2018;15:72.
25. Homer AR, Taylor FC, Dempsey PC, ym. Frequency of interruptions to sitting time: benefits for postprandial metabolism in type 2 diabetes. Diabetes Care 2021;44:1254-1263.
26. Lee SWH, Ng KY, Chin WK. The impact of sleep amount and sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev 2017;31:91-101.
27. International Diabetes Federation. (2017) The IDF Consensus Statement on sleep apnoea and type 2 diabetes. Brussels, Belgium, International Diabetes Federation, 2017. Accessed 6 Oct 2022. Available from www.idf.org/our-activities/advocacyawareness/resources-and-tools/62-idf-consensusstatement-on-sleep-apnoea-and-type-2-diabetes
28. Fallahi A, Jamil DI, Karimi EB, ym. Prevalence of obstructive sleep apnea in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Metab Syndr 2019;13:2463-2468.
29. Luchsinger JA, Reitz C, Patel B ym. Relation of diabetes to mild cognitive impairment. Arch Neurol 2007;64:570-575.
30. Lin CH, Sheu WH. Hypoglycaemic episodes and risk of dementia in diabetes mellitus: 7-year follow-up study. J Intern Med 2013;273:102-110.
31. Lazarus JV, Mark HE, Anstee QM, ym. NAFLD Consensus Consortium. Advancing the global public health agenda for NAFLD: a consensus statement. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2022;19:60-78.
32. Kanwal F, Shubrook JH, Adams LA, ym. Clinical care pathway for the risk stratification and management of patients with nonalcoholic fatty liver disease. Gastroenterology 2021;161:1657-1669.
33. Liikenne- ja viestintävirasto Traficom. Ajoterveyden arviointiohjeet terveydenhuollon ammattilaisille. 251562/03.04.03.06/2021

Verotuksen invalidivähennys poistuu 2023

Invalidivähennys poistuu tuloverotuksesta 1. tammikuuta 2023 alkaen.

Tuloverolain kunnallis- ja valtionverotuksen invalidivähennystä koskevat säädökset (104 ja 126 §) kumottiin sote-uudistuksen yhteydessä säädetyllä lailla tuloverolain muuttamisesta kesällä 2021.

Kuluvan vuoden verotuksessa on kuitenkin vielä mahdollisuus hakea vähennystä tai korottaa vähennyksen määrää, jos haitta-aste on noussut. Vähennystä voi hakea takautuvasti vero.fi/omavero-palvelussa annettujen ohjeiden mukaisesti. Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärintodistus tai muu vastaava asiakirja, josta selviää haitta-aste numeroina tai prosentteina.

Lisätietoa saa verottajan ohjeesta.

Kuva: Shutterstock

Liikunta kuuluu oleellisena osana myös ikääntyneen pitkäaikaissairaan hoitoon

Lääkärin kannattaa ottaa liikunta aina puheeksi iäkkään pitkäaikaissairaan kanssa. Mitä aiemmin liikuntaan kiinnitetään huomiota, sitä helpompi se on omaksua osaksi arkea ja sitä enemmän hyödymme sen sairauksia ehkäisevistä vaikutuksista.

ESA JÄMSEN

Geriatrian professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto,
lääketieteellinen tiedekunta
(Clinicum) ja HUS,
sisätaudit ja kuntoutus,
geriatrian linja
esa.jamsen@helsinki.fi

Väistämättömien vanhenemismuutosten edetessä ja pitkäaikaissairauksien yleistyessä ikääntymisen myötä tulee yhä tärkeämmäksi löytää keinoja, joilla voidaan parantaa tai ainakin ylläpitää toimintakykyä ja elämänlaatua. Liikunta ja ravitsemus ovat kaksi tässä suhteessa keskeistä mutta valitettavan usein laiminlyötyä keinoa. Paitsi että liikunta auttaa toimintakyvyn ylläpitämisessä, sillä on merkitystä pitkäaikaissairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen, ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvän kivun hoidossa (1). Lisäksi se auttaa ennaltaehkäisemään kaatumisia ja murtumia.

Onnistuneen vanhenemisen kannalta huomionarvoista on liikunnan vaikutus kognitioon: Liikunta näyttää parantavan kognitiota tai ainakin hidastavan sen heikentymistä (2). Lisäksi se vaikuttaa edullisesti muistisairauden muihin modifioitavissa oleviin riskitekijöihin, verenpainetautiin, ylipainoon ja diabetekseen (1). On arvioitu, että 40 %

Kohderyhmä	Liikunnalla tavoiteltavat hyödyt	Esimerkkejä eri liikuntamuodoista
Pysyvässä ympäri-vuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet	• Liikunta- ja toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito • Hoivan tarpeen väheneminen • Liikkumattomuuden komplikaatioiden (esim. painehaavat, nivelkontraktuurat) välttäminen • Gerastenian, sarkopenian, kaatumisten ja murtumien ennaltaehkäisy ja hoito	• Päivittäistoimintoihin kytketyt harjoitteet • Yhteiset liikuntatuokiot • Ulkoilun mahdollistaminen • Akuuttien sairauksien/vammojen jälkeen intensiivisempi harjoittelu
Toimintakyvyltään heikentyneet monisairaat ikääntyneet	• Liikunta- ja toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito • Ulkopuolisen avun tarpeen vähentäminen • Voimavarojen parantaminen • Sosiaalisen osallistumisen mahdollistaminen, vertaistuki • Liikunta- ja toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito	• Seniori/päiväkeskukset • Terveysasemien (tai kolmannen sektorin) liikuntaryhmät tai yksilöajat • Kotiin vietävät kuntoutuspalvelut • Päivittäistoimintoihin sidotut harjoitteet • Riittävä ohjaus ja kannustus
Monisairaat potilaat, joilla pitkäaikais-sairaudet tai geriatriset oireyhtymät rajoittavat fyysisiä tai psyykkisiä voimavaroja	• Liikunta- ja toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito ja parantaminen • Voimavarojen parantaminen • Sosiaalisen osallistumisen mahdollistaminen, vertaistuki • Liikunta- ja toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito • Pitkäaikaissairauksien hoitotasapaino • Geriatristen oireyhtymien ja kaatumisten ennaltaehkäisy	• Terveysasemien liikuntaryhmät • Kolmannen sektorin liikuntaryhmät • Seniorikeskukset (sosiaalinen komponentti) • Ohjatut kuntosalikäynnit
Hyväkuntoiset iäkkäät, joiden pitkäaikais-sairaudet ovat hyvin hallinnassa	• Onnistunut ikääntyminen • Pitkäaikaissairauksien ja geriatristen oireyhtymien ja kaatumisten ennaltaehkäisy • Muistisairauksien ennaltaehkäisy • Pitkäaikaissairauksien hoitotasapaino • Fyysisten reservien optimointi	• Omat liikuntaharrastukset • Omatoiminen harjoittelu • Eri tahojen järjestämät liikuntapalvelut • Liikuntaneuvonta • Personal trainer

Kuva 1. Esimerkkejä liikunnan hyödyistä ja mahdollisista liikuntamuodoista ikäihmisen terveydentilan ja toimintakyvyn mukaan jaoteltuna. Pyramidi kuvaa viitteellisesti kunkin ryhmän osuutta kaikista ikääntyneistä. Kuvan pohjana on toiminut Pitkälän ja Strandbergin (2018) ennaltaehkäisyä käsittelevä katsausartikkeli.

dementiatapauksista olisi ehkäistävissä, ja edellä mainittujen tekijöiden osuus tästä on noin viidennes (2). Liikunta yhdessä ravitsemusohjauksen, kognitiivisen harjoittelun ja sydän- ja verisuonisairauksien ja niiden riskitekijöiden hyvän hoidon kanssa muodostaa muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tähtäävien monitekijäisten interventiotutkimusten perustan. Suomessa FINGER-tutkimuksen (3) toimintamallia ollaan ottamassa käyttöön myös laajemmin ikääntyvän väestön toimintakyvyn parantamiseen tähtäävänä ehkäisykeinona, sillä intervention on osoitettu vähentäneen toiminnanvajeita ja uusien sairauksien kehittymistä.

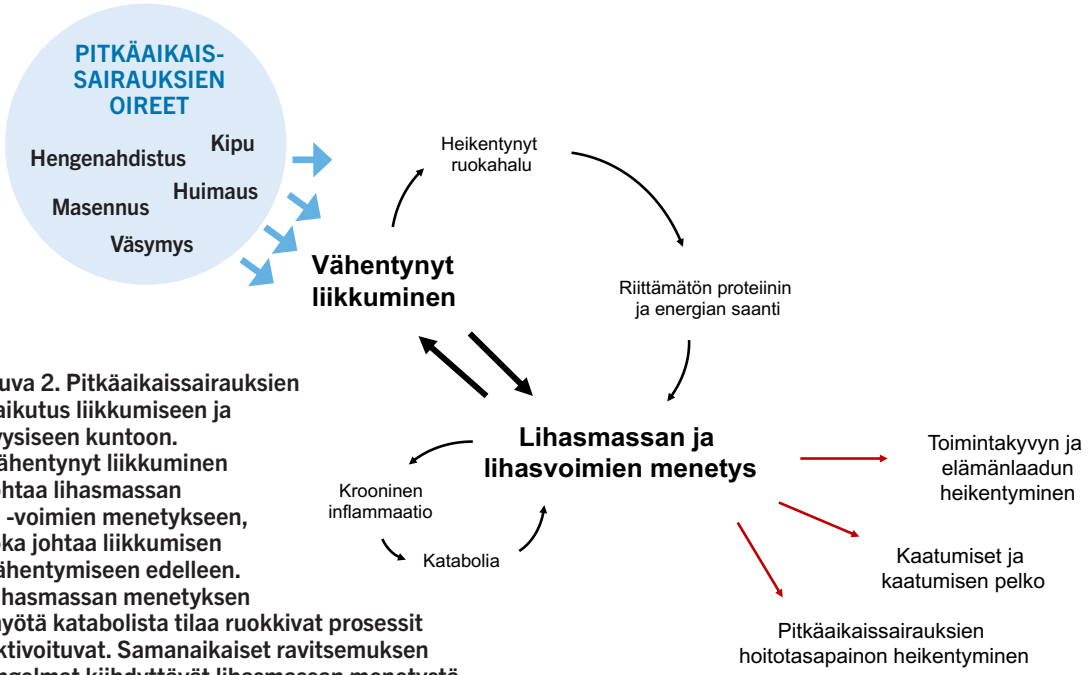
Keskeisiä asioita ikääntyneiden liikunnassa ovat sen aloittaminen riittävän varhain, mieluiten jo työelämässä ollessa, itselle sopivan liikuntamuodon valinta sekä liikunnan keinojen ja intensiteetin muuttaminen tilanteen mukaan. Liikunnan merkitys säilyy ikääntyessä ja toimintakyvyn heikentyessä, mutta keinot ja tavoitteet muuttuvat (kuva 1).

Ikääntyneiden liikuntasuositukset

Suomessa yli 65-vuotiaiden liikuntatavoitteita käsitellään *Vireyttä liikkumalla* -suosituksessa (4). Suosituksessa korostuu monipuolisuus (taulukko 1): viikoittaisen liikunnan tulee sisältää paitsi aerobista (tai anaerobista) liikuntaa, myös tasapainoa, lihasvoimaa ja notkeutta kehittäviä harjoitteita. Lisäksi suositus muistuttaa pitkän paikallaanolon välttämisestä (edes lyhyitä taukoja mahdollisimman usein) sekä riittävästä levosta.

Taulukko 1. Suomalainen liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille (4).

Lihasvoimaharjoittelu yhdistettynä tasapaino- ja notkeusharjoituksiin	2 kertaa viikossa	Monipuolinen yhdistelmä eri liikuntamuodoista.
Liikkuminen	Rasittavaa liikkumista 1 h 15 min viikossa TAI reipasta liikkumista 2 h 30 min viikossa	
Kevyttä liikuskelua	Mahdollisimman usein, lyhyetkin tauot paikallaan olosta ovat hyödyksi	



Kuva 2. Pitkäaikaissairauksien vaikutus liikkumiseen ja fyysiseen kuntoon. Vähentynyt liikkuminen johtaa lihasmassan ja -voimien menetykseen, joka johtaa liikkumisen vähentymiseen edelleen. Lihasmassan menetyksen myötä katabolista tilaa ruokkivat prosessit aktivoituvat. Samanaikaiset ravitsemuksen ongelmat kiihdyttävät lihasmassan menetystä.

Sopivan liikuntamuodon löytäminen

Yhden suosituksen antaminen koko heterogeeniselle ikääntyneiden joukolle ei välttämättä kuulosta tarkoituksenmukaiselta. Suosituksen sisältö on kuitenkin sovellettavissa varsin hyvin koko ikäryhmään. Liikunta on aiheellista vielä ympärivuorokautisessa hoidossakin (5), se mikä muuttuu on toteutustapa (kuva 1, sivu 15). Siinä missä hyväkuntoisella vastikään eläkkeelle jääneellä liikunta voi olla tavoitteellista kestävyysjuoksuharjoittelua yhdistettynä kuntosaliharjoitteluun (ylittäen moninkertaisesti minimisuositukset), kunnoltaan jo hieman heikentyneellä kokonaisuus voi muodostua esimerkiksi säännöllisestä uimassa tai vesijuoksussa käymisestä sekä terveysaseman tai kolmannen sektorin toimijan järjestämästä sairausryhmäkohtaisesti painotetusta liikuntaryhmästä.

Toimintakyvyltään jo selkeästi rajoittuneelle potilaalle parhaiten sopivat päivittäisten toimintojen oheen kytketyt harjoitteet (esimerkiksi toistuvat tuolilta nousut saman tien liikkeelle lähtemisen sijaan). Kun olosuhteet ja ohjaus ovat kunnossa, kuntosalilaitteiden käyttö tulee kyseeseen ja on suositeltavaa myös kotihoidon piirissä oleville ja hoivakodeissa asuville. Vielä hyvin iäkkäillä hoivakodissa asuvilla potilaillakin säännöllinen ryhmämuotoinen harjoittelu vähentää gerasteniaa, hidastaa toimintakyvyn heikentymistä ja vähentää kaatumisia (6).

Vaikka pitkäaikaissairas potilas olisi tottunut liikuntaan jo aikaisemmin, haasteeksi voi muodostua harjoittelun yksipuolisuus. Sen tuloksena voidaan ajautua esimerkiksi tilanteeseen, jossa potilas pääsee kulkemaan hyvinkin pitkiä matkoja kävellen, mutta tuolilta nouseminen tuottaa vaikeuksia. Pelkkä aerobinen harjoittelu ei siis auta riittävästi parantamaan lihasvoimia, vaan ikääntymisen myötä sen oheen tulisi liittää lihasvoimien ja tasapainon parantamiseen tähtääviä harjoitteita.

Monisairaalla potilaalla erilaiset oireet voivat rajoittaa liikuntaa, jolloin riskinä on liikunta- ja toimintakyvyn progressiiviseen heikentymiseen johtava noidankehä (kuva 2). Liikkumisvaikeuksien ilmetessä tulisi siksi – hyvän oirehoidon lisäksi – pyrkiä löytämään liikuntamuoto, jota oireet eivät rajoita. Esimerkiksi kantavien nivelten nivelrikon yhteydessä tällaisia ovat uinti ja vesijuoksu. Olennaista olisi tunnistaa potilaan voimavarat ja pyrkiä hyödyntämään niitä. Parhaimmillaan liikunta tuo mukanaan toimintakykyä ja elämänlaatua kohentavan sosiaalisen elementin.

Pitkäaikaissairaudet ja liikunta

Pitkäaikaissairaudet voivat johtaa liikunnan vähenemiseen monella eri mekanismilla (kuva 2). Liikunta- ja toimintakyvyn säilymisen kannalta keskeisin mekanismi on sarkopenia (lihasmassan ja -voiman kato) (7). Kun lihasmassa normaalin ikääntymisen myötä vähenee noin prosentin vuodessa, ikääntyneellä liikkumisen vähentyessä tahti nopeutuu tästä selvästi, ja akuutin sairauden yhteydessä

Taulukko 2. Esimerkkejä liikuntainterventioiden vaikutuksia selvittäneistä satunnaistetuista tutkimuksista. Vertailuryhmälle annettiin useimmissa tutkimuksissa yleistä terveysneuvontaa.

Tutkimus	Tutkittavat	Interventio	Tulokset
LIFE (10)	1 635 vähintään 70-vuotiasta (keski-ikä 78,9 v), vähän liikkuvaa henkilöä, joiden fyysinen suorituskyky oli heikentynyt. 70 %:lla verenpainetauti, 24 %:lla diabetes, painoindeksi keskimäärin 30.	Yksiköllisesti suunnitellut harjoitteet, tavoitteena 150 min/viikko sisältäen voima-, liikkuvuus- ja tasapainoharjoitteita, kaksi viikoittaista harjoitusta tutkimusyksikössä, itsenäinen harjoittelu 3–4 päivänä.	Uusia liikkumisvajeita kehittyi vähemmän (HR 0,82; 95 % LV 0,69–0,98). Myös pysyvän liikkumisvajeen riski pieneni (HR 0,73, 95 % LV 0,57–0,91).
SPRINTT (9)	1 519 kotona asuvaa vähintään 70-vuotiasta (keski-ikä 78,9 v), joiden lihasmassa oli vähentynyt ja fyysinen suorituskyky heikentynyt, mutta joilla ei ollut liikkumisvaikeuksia. 67 %:lla verenpainetauti, 22 %:lla diabetes, painoindeksi keskimäärin 28,7.	Rasittavuudeltaan kohtalaisia aerobisia, lihasvoima-, tasapaino- ja liikkuvuusharjoitteita kahdesti viikossa tutkimusyksikössä + 1–4 kertaa viikossa itsenäisesti. Lisäksi ravitsemusohjaus riittävän energian ja proteiinin saannin varmistamiseksi.	Fyysiseltä suorituskyvyltään heikentyneistä interventioryhmän potilaista pienemmälle osalle kehittyi liikkumisvaje (HR 0,78, 95 % LV 0,67–0,92), toimintakyvyltään paremmilla tutkittavilla eroa ei havaittu. Interventioryhmässä fyysinen suorituskyky parani ja naisilla lihasmassan ja voimien menetys oli vähäisempää.
FINGER (3)	1 260 kotona asuvaa vähintään 60-vuotiasta henkilöä (keski-ikä 69 vuotta), joilla muistisairauden riski kohonnut, verenpainetauti 66 %:lla, diabetes 13 %:lla, painoindeksi keskimäärin 28.	Monitekijäinen interventio (liikunta, ravitsemus, kognitiiviset harjoitteet, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hyvä hoito). Liikuntainterventio sisälsi lihasvoimaharjoitteita 1–3 kertaa viikossa, aerobista liikuntaa 2–5 kertaa viikossa ja tasapainoharjoitteita.	Suoriutuminen kognitiivisten toimintojen eri osa-alueilla parani/säilyi paremmin, toimintakyky parani ja uusia sairauksia kehittyi vähemmän interventioryhmässä.
FINALEX (8)	210 kotona puolisonsa kanssa asuvaa Alzheimerin tautia sairastavaa potilasta (keski-ikä 78 vuotta, keskimääräinen MMSE 18/30).	Ryhmämuotoinen tai kotona toteutettu yksilöllisesti suunniteltu kestävyys-, tasapaino-, lihasvoima- ja toiminnanohjausharjoitteita sisältävä harjoittelu kahdesti viikossa.	Sekä ryhmämuotoinen että kotona toteutettu kuntoutus hidastivat toimintakyvyn heikentymistä (lievää muistisairautta sairastavat) ja vähensi kaatumisia (keskivaikeaa muistisairautta sairastavat). Kotikuntoutus oli kustannusneutraali, ryhmämuotoinen kuntoutus vähensi terveydenhuollon kustannuksia kontrolliryhmään verrattuna.

vuodelevossa menetys voi olla prosentin päivässä. Lihasmassan menetyksellä on lisäksi tunnetut metaboliset vaikutuksensa, jotka voivat entisestään kiihdyttää lihasmassan menetystä, lisätä insuliiniresistenssiä ja hiljaista tulehdustilaa ruokkimalla vaikuttaa myös gerastenian kehittymiseen. Liikkumattomuutta tulee siksi varoa akuuttienkin sairauksien aikana.

Jos iäkkäälle monisairaalle potilaalle on kehittynyt jo sarkopenia tai toimintakyky on heikentynyt akuutin sairauden tai vamman vuoksi, pelkkä arkiliikunta – edes suosituksen mukaisena – ei todennäköisesti riitä, vaan tarvitaan kuntoutustoimia. Kuntoutustarpeeseen viittaavat erityisesti liikkumisen rajoittuminen sisätiloihin, vaikeudet kulkea portaita, vaikeudet nousta tuolilta auttamatta käsillä ja kaatumiset sekä selvästi heikentynyt suoriutuminen fyysisen suorituskyvyn testeissä (esimerkiksi kävelynopeus tai *Timed up & go* -testi).

Säännöllistä lihasvoimaharjoittelua, tasapainoharjoitteita ja aerobista liikuntaa sisältävän (siis suomalaista suositusta rakenteeltaan seuraavan) kotikuntoutuksen ja liikuntaryhmien on osoitettu hidastavan Alzheimerin tautia sairastavilla potilail-

la toimintakyvyn heikentymistä (lievästi muistisairaat) ja vähentävän kaatumisia (keskivaikeaa muistisairautta sairastavat) (8). Vastikään julkaistussa monikeskustutkimuksessa fyysiseltä suorituskyvyltään ja lihasmassaltaan heikentyneillä ikääntyneillä monialainen, kohtalaisen intensiteetin liikuntaa ja yksiköllistä ravitsemusohjausta sisältävä interventio vähensi 24–36 kuukauden seurannassa uuden liikkumisvaikeuden kehittymistä (9). Tulokset ovat linjassa aiempien havaintojen kanssa (taulukko 2, sivu 17).

On huomionarvoista, että näissä tutkimuksissa interventio on käsittänyt samoja elementtejä, joita suomalaisissa ikääntyneiden liikuntasuosituksissa (taulukko 1, sivu 15) nostetaan esiin. Vaikka erona on toki harjoittelun yksilöllisyys (sekä mahdollinen samanaikainen ravitsemus- tai muu interventio), on odotettavissa, että sekä ikääntyneen väestön toimintakyvyn että terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta saavutettaisiin hyötyjä jo, jos päästäisiin suositusten mukaiseen liikuntaan.

Voiko liikunta olla vaaraksi?

Ikäihmiset eivät ole suojassa liikuntaan liittyviltä riskeiltä tai haitoilta, mutta ikääntyminen ei itsessään aiheuta rajoitteita liikunnalle. Haittojen ilmeneminen on satunnaistetuissa tutkimuksissa ollut interventioryhmässä samanlaista kuin vertailuryhmässä (10), joskin tuoreessa SPRINTT-tutkimuksessa fyysisesti huonokuntoisimmilla potilailla oli interventioryhmässä enemmän kaatumisia (9). Lisäksi liikunnan hyötyjen jopa korostuessa iän myötä hyöty-haittasuhde säilyy tai paranee. Varsinkin aloitettaessa uutta liikuntamuotoa tai kuntosaliharjoittelua on kuitenkin huolehdittava riittävästä ohjauksesta ja annettava ohjeet mahdollisten, esimerkiksi virheellisestä tekniikasta johtuvien, haittojen tunnistamiseksi.

Kaatumisriski ei ole syy välttää esimerkiksi ulkoilua, vaan ennemmin aihe liikunnan lisäämiselle kaatumisriskin pienentämiseksi. Liukkaalla kelillä tai epätasaisella alustalla voi toki olla hyvä käyttää nastakenkiä tai kävelysauvoja apuna. Jos iäkäs potilas välttää liikkumista kaatumisen pelon vuoksi, sen syyt täytyy selvittää ja mahdollisiin kaatumisen riskitekijöihin puuttua, jotta kuvan 2 (sivu 16) kaltainen kierre vältetään.

Lääkärin rooli

Liikunnan hyödyt iäkkäälle monisairaalle potilaalle ovat moninaiset, ja siksi liikuntatottumuksista ja liikkumisesta kysymisen tulisi olla osa potilaan arviointia (1). Lääkärin on syytä tiedostaa liikunnan merkitys ja osaltaan auttaa potilaan ohjaamisessa soveltuvien palveluiden piiriin. Pitkäaikaissairauksien hoidon yhteydessä on syytä kiinnittää huomiota riittävään oirehoitoon (erityisesti kivun hoito) ja lääkehaittojen minimoimiseen (esimerkiksi liiallinen verenpaineläkitys tai sedatoivat lääkkeet), jottei toisaalta puutteellisen, toisaalta liian aggressiivisen hoidon myötä muodosteta estettä liikunnalle. Lisäksi tulee tunnistaa tilanteet, joissa pelkkä liikunta ei riitä, vaan tarvitaan tavoitteellista kuntoutusjaksoa liikunta- ja toimintakyvyn kohentamiseksi. Varsinkin näissä tilanteissa tulee samanaikaisesti varmistaa riittävä ravitsemus, sillä puutteellinen energian ja proteiinin saanti voivat estää tavoiteltujen vaikutusten saavuttamisen.

Vaikka lääkäri harvemmin on ohjaamassa liikunnan käytännön toteutusta, lääkärin auktoriteetille olisi usein kysyntää. Mitä varhemmin liikuntaan kiinnitetään huomiota, sitä helpompi se on saada osaksi ikääntyvän arkipäivää ja sitä suurempi hyöty saadaan liikunnan ennaltaehkäisevistä vaikutuksista. Toisaalta lääkärin on syytä pitää liikunta työkalupakissaan vielä silloinkin, kun iäkkään toimintakyky on jo selvästi heikentynyt – se on sentään asia, johon voidaan vaikuttaa.

Kirjallisuus

1. Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 3.10.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
2. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A ym. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet 2020;396(10248):413-46.
3. THL. Finger-tutkimushanke (viitattu 2.10.2022). Saatavilla internetissä: https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finger-tutkimushanke
4. UKK-instituutti. Liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille (viitattu 2.10.2022). Saatavilla internetissä: https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/liikkumisen-suositus-yli-65-vuotiaille/
5. Pitkälä K ja Strandberg T. Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhanakin. Duodecim 2018;134(11):1141-8.
6. Arrieta H, Rezola-Pardo C, Gil SM ym. Effects of multicomponent exercise on frailty in long-term nursing homes: a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 2019;67(6):1145-51.
7. Strandberg T, Pitkälä K, Sipilä S. Sarkopenia – lihasmassan ja -voiman kato. Suomen Lääkäril 2021;76(5):267-72.
8. Öhman H, Savikko N, Strandberg T ym. Effects of exercise on functional performance and fall rate in subjects with mild or advanced Alzheimer's disease: secondary analyses of a randomized controlled study. Dement Geriatr Cogn Disord 2016;41(3-4):233-41.
9. Bernabei R, Landi F, Calvani R ym. Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: randomised controlled trial (SPRINTT project). BMJ 2022;377:e068788.
10. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT ym. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. JAMA 2014;311:2387-96.

Suomesta asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa

TARJA PAJUNEN

Tarja Pajunen
Erityisasiantuntija
Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Pohjanmaan hyvinvointialue
tarja.pajunen@ovph.fi

TUULA IKONEN

Tuija Ikonen
Potilasturvallisuuden professori
Turun yliopisto
Johtaja
Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Pohjanmaan hyvinvointialue

Kuva: Shutterstock

STM:n potilasturvallisuusstrategian ja siihen liittyvän toimeenpanosuunnitelman tavoitteena on luoda Suomesta potilasturvallisuuden mallimaa vuoteen 2026 mennessä.

Asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa palvelujen ja hoidon turvallisuus sekä suojata asiakkaita ja potilaita vahingoittumiselta. Jokainen palvelujen käyttäjä voi myös itse vaikuttaa hoidon turvalliseen toteutukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön helmikuussa 2022 julkaisema asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022–2026 sitouttaa sosiaali- ja terveydenhuollon asettamaan turvallisuuden etusijalle, huolehtimaan henkilöstön osaamisesta ja hyvinvoinnista sekä vahvistamaan asiakkaiden ja potilaiden osallisuutta. (1)

Haitoista vuosittain yli miljardin euron kulut

OECD:n tuoreimpien arvioiden mukaan terveydenhuollon kustannuksista jopa 13 prosenttia kuluu hoidossa tapahtuneiden virheiden ja haittojen korjaamiseen. Kun tämä tieto suhteutetaan kustannuksiin Suomessa, laatupoikkeamat, haitat, vaaratapahtumat ja viiveet aiheuttavat Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV) mukaan yli miljardin

euron vuosittaiset kulut. Haitoista noin puolet olisi vältettävissä ennakoimalla ja suojautumalla riskeiltä. (2)

Noin puoli miljoonaa suomalaista sairastaa diabetesta. Heistä tyypin 1 diabetesta sairastaa noin 50 000 henkilöä. Tyypin 2 diabetesta sairastavia yli 30-vuotiaita on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2017 tilastoinnin perusteella arviolta 429 000 suomalaista. Heistä osa sairastaa diabetesta tietämättään. (3)

Diabetes on tyypillinen esimerkki tilasta, jota sairastavasta voi tulla oman hoitonsa tärkeä asiantuntija.

Lääkehoidossa osallisuus olennaista

Lääkehoito on diabetesta sairastavalla osa jokapäiväistä elämää. **Kirsi Kvarnströmin** juuri tarkastetussa väitöstutkimuksessa merkittäviä sitoutumista lisääviä tekijöitä ovat sairauteen liittyvien tietojen ja taitojen lisäksi potilaan ja ammattilaisen välinen kommunikaatio, luottamus, tuki ja riittävät resurssit. Näistä keskeisiksi todettiin terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen kommunikaatio ja tiedon jakaminen. (4)

Myös nuoret diabetesta sairastavat kokevat vähäisen tiedonsaannin osallisuutta heikentäväksi tekijäksi. Osallistuminen omaan hoitoon vaikuttaa nuoren hoitoon sitoutumiseen ja hoitotasapainon paranemiseen (5).

Kansallisessa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa asiakkaan, potilaan ja läheisten osallisuus ja heidän kokemuksensa hyödyntäminen kehittämisessä on nostettu keskeiseksi teemaksi.

Osallisuus lisää turvallisuutta

Osallisuuden edistäminen on sisäänrakennettu osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuuria. Asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä osallisuuden edellytyksistä huolehtimisen tulee olla osa jokaisen sote-ammattilaisen arkipäivää.

Laatupoikkeamat, haitat, vaaratapahtumat ja viiveet aiheuttavat Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV) mukaan yli miljardin euron vuosittaiset kulut.

Asiakkaat ja potilaat ovat usein oman tilanteensa asiantuntijoita ja kumppaneita omissa palveluissaan ja hoidossaan. Myös läheisten

Visio: Suomi asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa 2026 – vältämme vältettävissä olevan haitan

Strateginen kärki 1 Yhdessä asiakkaiden ja potilaiden kanssa	Strateginen kärki 2 Hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset	Strateginen kärki 3 Turvallisuus ensin kaikissa organisaatioissa	Strateginen kärki 4 Parannamme olemassaolevaa
Tavoite 1.1 Lisäämme osallisuutta turvallisuuden parantamiseksi	**Tavoite 2.1** Varmistamme turvallisuus-osaamisen ja sen lisääntymisen läpi työuran	**Tavoite 3.1** Avoin ja saatavilla oleva tieto ohjaa toimintaamme ja lisää turvallisuutta	**Tavoite 4.1** Lisäämme lääkehoidon turvallisuutta yhteisillä toimintatavoilla
Tavoite 1.2 Edistämme asiakas- ja potilasturvallisuustyötä samaa tahtia	**Tavoite 2.2** Luomme turvallisuutta tukemalla työhyvinvointia	**Tavoite 3.2** Varmistamme kaikille turvalliset etä- ja digipalvelut	**Tavoite 4.2** Huolehdimme laitteiden ja tietojärjestelmien käytön turvallisuudesta
Tavoite 1.3 Asiakkaiden potilaiden ja läheisten kokemukset ohjaavat palveluidemme kehittämistä	**Tavoite 2.3** Parannamme turvallisuutta aktiivisella johtamisella	**Tavoite 3.3** Tutvallisuuskulttuuri on toimintamme perusta	**Tavoite 4.3** Yhtenäistämme hyvät infektiotorjunnan käytännöt

VAHVISTAMME JA LUOMME EDELLYTYKSET KANSALLISELLE JA ALUEELLISELLE TURVALLISUUSTYÖLLE

Kuva. Sosiaali- ja terveysministeriön asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian 2022–2026 kärjet ja tavoitteet.

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia sisältää neljä kärkeä:

- kehitämme ja teemme turvallisuustyötä yhdessä asiakkaiden, potilaiden ja läheisten kanssa
- vahvistamme ammatilaisten hyvinvointia ja turvallisuusosaamista
- etenemme turvallisuus edellä kaikissa organisaatiossa
- parannamme olemassa olevia hyviä käytäntöjä.

Turvallisuus luodaan ja sitä edistetään yhdessä.

mukana olo sekä heidän antamansa tieto ja tuki ovat merkityksellisiä. Tiedon, ohjauksen ja neuvonnan antaminen riittävästi, ymmärrettävästi ja monimuotoisesti on edellytys sille, että voi osallistua ja olla tasavertainen toimija omassa hoidossaan ja palveluissaan.

Luottamuksellinen ja arvostava suhde ammattilaisen kanssa edistää diabetesta sairastavan osallistamista itseä koskevassa päätöksenteossa ja lisää kyvykkyyttä ja hyvinvointia arjessa sairauden kanssa. Tyypin 1 ja 2 diabetesta sairastavalle omahoitoa tukeva tietolähde ja työkalupakki ovat esimerkiksi Diabetesliiton juuri avatut hyvinvoinnin polut.

Hyvinvointialueiden kannattaa seurata asiakkaiden ja potilaiden osallisuuden toteutumista esimerkiksi sisällyttämällä sen seuranta johdon raportointiin. Henkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta osallisuuden tukemisesta.

Asiakkaiden kokemukset arvokkaita

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on olemassa vain asiakkaita ja potilaita varten eikä järjestelmällä ole itseisarvoa. Toiminnan päämäärä on taata asiakkaiden sekä potilaiden turvallinen ja laadukas hoito ja palvelu. Turvallisuus syntyy yhteistyössä asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä kanssa.

Palveluiden käyttäjillä on usein ammattilaisia kokonaisvaltaisempi kuva eri palveluyksiköiden yhteistyöstä ja yhteensovittamisen haasteista. Heidän kokemuksensa paljastavat ne tilanteet, jotka aiheuttavat turvattomuuden tai epätietoisuuden tunnetta.

Asiakkailta, potilailta ja läheisiltä saatava tieto sekä heidän osallistumisensa asiakas- ja potilasraadeissa ja -paneeleissa on arvokasta. Myös vaaratapahtumailmoitukset ja niissä esiin tuodut kehittämisehdotukset ovat tärkeitä tietolähteitä. Asiakkaiden ja potilaiden mahdollisuutta ilmoittaa kokemuksistaan tarvitsee vahvistaa. Ilmoitusten tuottamaa tietoa kannattaa järjestelmällisesti hyödyntää turvallisuutta ja laatua kehitettäessä.

Systemaattinen sekä helposti toteutettava ja kaikille avoin palautteen ja kehittämisehdotusten kerääminen ja niiden hyödyntäminen ovat keinoja, joilla potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksista voidaan ottaa oppia toiminnan laadun ja turvallisuuden varmistamiseen.

Turvallisuus luodaan yhdessä

Tulevien vuosien aikana asiakas- ja potilasturvallisuustyötä tehdään kansallisesti yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön strategian ohjaamana (kuva). Tukena on Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen valmistelema ja hyvinvointialueille suunnattu toimenpideohjelma. Siinä kuvataan konkreettisesti tehtävät, joiden myötä etenemme kohti tavoitetta olla asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuonna 2026.

Lisätietoa:

https://stm.fi/-/uusi-asiakas-ja-potilasturvallisuus-strategia

Asiakas- ja potilasturvallisuus asiakkaan ja potilaan silmin - YouTube

Kirjallisuus

1. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2.
2. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021.
3. Diabeteksen yleisyys: thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys. Luettu 8.11.2022
4. Kvarnström K 2022. Why patients do not take medication as prescribed: the complexity of medication adherence as a phenomenon. Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta. Väitöskirja.
5. Seppänen H, Kyngäs H, Kajula O. Hoitoon osallisuuden merkitys sekä osallisuutta vahvistavat ja heikentävät tekijät tyypin 1 diabetesta sairastavien nuorten kokemina. Hoitotiedelehti 2020, 32 (1, 3-15.) Luettu 8.11.2022. www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/355815/Hoitoon_osallisuuden_merkitys.pdf;jsessionid=2684308F1CC9545D6D2E5A2770855FA9?sequence=1

Proviisori **Kirsi Kvarnströmin** väitöskirja *Why patients do not take medication as prescribed: The complexity of medication adherence as a phenomenon* tarkastettiin farmasian tiedekunnassa Helsingin yliopistossa marraskuussa.

Väitöskirjatutkimus auttaa ymmärtämään potilaan hoitoon sitoutumisen monimutkaisuutta.

Laajassa kirjallisuuskatsauksessa, joka sisälsi 89 tutkimusta, Kvarnström osoitti, että potilaiden ajatukset, kokemukset, käsitykset ja tiedot omasta lääkehoidostaan tulee ottaa paremmin huomioon terveydenhuollossa. Potilaat haluavat keskustella lääkkeisiinsä tai lääkehoitoihinsa liittyvistä huolista.

Lääkärit toivovat tukea farmasian ammattilaisilta

Kvarnström tutki myös lääkäreiden näkemyksiä hoitoon sitoutumisesta. He ottivat tutkimuksessa verenpaine- ja diabetespotilaat esille erityisenä ryhmänä, joka tarvitsee tukea sairauden hallintaan sekä lääkehoidon ja elämäntapamuutoksen integroimiseen arkirutiineihin. Tässä eri ammattilaiset voivat toimia tukena, muun muassa farmasian ammattilaiset lääkeneuvonnan osalta.

Kvarnström kuvaa väitöskirjatyössään uutta toimintamallia, jossa farmaseutti selvittää ja päivittää potilaan kotilääkityksen terveysasemalla ennen lääkärin vastaanottoa ja osallistuu lääkeneuvontaan. Tässä yhteydessä on mahdollista tunnistaa myös hoitoon sitoutumisen ongelmia ja niiden syitä, sekä pyrkiä ratkomaan niitä yhdessä potilaan ja hoitotiimin kanssa.

Toimintamalli on ollut käytössä HUS:ssa jo vuodesta 2019, ja Kvarnströmin mukaan siihen ovat olleet tyytyväisiä sekä potilaat että lääkärit.

Lääketieteen lisensiaatti **Veerakaisa Koivusen** väitöskirja *Krooninen raajaa uhkaava iskemia – kliiniset piirteet, sairauden hoito ja ennuste* tarkastettiin Turun yliopistossa elokuussa.

Koivunen vertaili väitöskirjatutkimuksessaan avokirurgisen ja suonensisäisen leikkaushoidon vaikutuksia amputaation tarpeeseen polvenalaista valtimotautia sairastavilla potilailla. Tutkimus osoittaa, että etenkin diabetesta sairastavien ennuste on parempi avokirurgian jälkeen.

Väitöskirjatyön perusteella vain noin puolet kaikista amputaation läpikäyneistä potilaista oli saanut ennen amputaatiota raajan verenkiertoa parantavaa verisuonikirurgista hoitoa.

Koivunen havaitsi, että vaikea-asteinen säärivaltimoiden kovettumatauti, naissukupuoli, alentunut varvas-olkavarsi-indeksi (TBI) ja varvaspaine (TP) ovat yhteydessä huonoon ennusteeseen raajaa uhkaavaa iskemiaa sairastavilla potilailla.

TBI ja TP olivat kuolleisuuden ennustetekijöitä taudin pääasiallisesta sijainnista riippumatta, ja tästä syystä niitä tulisi aktiivisesti hyödyntää riskin arvioinnissa nilkka-olkavarsi-indeksin (ABI) rinnalla.

Terveystieteen ja filosofian maisteri **Tiina Savikankaan** gerontologian ja kansanterveyden väitöskirja *Physical activity among community-dwelling older adults: Relationships with body composition and physical capacity, and the effects of physical and cognitive training, multimorbidity patterns, and executive functions* tarkastettiin Jyväskylän yliopistossa marraskuussa.

Väitöstutkimus koostui neljästä *Ikääntyvien ihmisten turvallisen liikkumisen edistäminen* (*Promoting safe walking among older people*, PASSWORD) -projektin osatutkimuksesta. Tutkimukseen osallistui 314 jyväskyläläistä 70–85-vuotiasta, kotona asuvaa henkilöä, jotka eivät ennen tutkimuksen alkua liikkuneet terveytensä kannalta riittävästi.

Väitöskirjatyö osoitti, että jo hyvinkin matalatehoinen liikuskelu oli ikääntyvillä henkilöillä yhteydessä terveempään kehonkoostumukseen ja suurempaan kävelynopeuteen.

Lisäksi vuoden kestoinen monipuolinen, yli 65-vuotiaiden liikkumisen suositusta noudattava liikuntaohjelma johti aiempaa korkeampaan itsearvioituun fyysiseen aktiivisuuteen myös harjoitusohjelman päätyttyä – koronapandemiasta johtuneiden sulkutoimien aikanakin.

Liikunnan lisäksi toteutettu toiminnanohjauksen harjoittelu eli niin sanottu aivojumppa ei tuonut lisähyötyjä pelkkään liikuntaan verrattuna.

Elintärkeää asiaa

Noin 250 000 suomalaista sairastaa kroonista munuaistautia.[1]

Tunnetko sinä riskipotilaan?

Lue lisää

www.elintarkeaa.fi

1. Bruck K, et al. J Am Soc Nephrol 2016;27: 2135–2147.

AstraZeneca

FI-9465-09-2022-CVRM

DESG-SEMINAARI
torstaina 8.2.2023 klo 9.00–15.00

ELINTAPA- JA HOIDONOHJAUKSEN LAADUN KEHITTÄMINEN

Paikka: Ravintola Selma, osoite: Rongankatu 8, Tampere (käynti Tuomiokirkonkadun puolelta). Etäosallistuminen mahdollista (valitaan ilmoittautumisen yhteydessä).

OHJELMA

8.00–9.00 Ilmoittautuminen ja aamukahvi

9.00–9.15 Tervetuloa, seminaarin avaus, *Seija Olli, DESG, lehtori, SAMK*

9.15–9.45 Pitkäaikaissairauksien riskiä lisäävät elintavat Suomessa ja elintapaohjauksen vaikuttavuus
Tiina Laatikainen, professori, Itä-Suomen yliopisto

9.45–10.05 Elintapaohjaus diabetesta sairastavien hoidon kokonaisuudessa
Markku Vähätalo, diabetologi, LT

TAUKO

10.15–10.45 Ruokavalioindeksi tutuksi, *Auli Pölönen, MMM, laillistettu ravitsemusterapeutti*

10.45–11.15 Diabeteshoitajien pätevyys ja erityisosaamisen kriteerit
Päivi Strömsholm, Diabeteshoitajat ry:n pj.

11.15–11.45 DIGIDIA-hankkeessa kehitetään hoidonohjausta
Tuula-Maria Rintala, projektipäällikkö, yliopettaja, TAMK

11.45–12.30 Lounas

12.30–13.15 Kansallisen diabeteslaaturekisterin tietosisällön ja tulosten esittely,
Saara Metso, ylilääkäri, sisätautien ja endokrinologian erikoislääkäri, TAYS

13.15–14.30 Diabetesta sairastavan arki ja diabeteslaaturekisteri
Sari Koski, kehittämispäällikkö, Diabetes-liitto Sisältää keskustelun ja yleisökysymykset.

14.30–14.50 Potilaan puheenvuoro

14.50–15.00 Yhteenveto, *Seija Olli, DESG*

Seminaarin hinta: jäsenille 100 €, ei-jäsenille 120 €, sisältää kahvit ja lounaan, etäosallistuminen jäsenille 20 €, ei-jäsenille 30 €.
Maksa osallistumismaksu 5.2.2023 mennessä DESG-tilille: FI94 5731 7920 0300 79.
Jätä maksaessasi viestikenttä tyhjäksi.

Ilmoittaudu:
https://link.webropol.com/s/seminaari2023
tai kotisivujen www.DESG.fi kautta viimeistään 25.1.2023 mennessä.
Lisätietoja: DESG pj. Seija Olli: seija.olli@samk.fi, 044 710 3457
Etäyhteyden Teams-linkki lähetetään etäyhteyden valinneille viimeistään 6.2.

DESGin ja Diabeteshoitajien jäsenkysely:

Mitä tapahtuu diabetesta sairastavien hoidolle ja hoidonohjaukselle hyvinvointialueilla?

SEIJA OLLI

TtT, lehtori
Satakunnan ammattikorkeakoulu (SAMK)
Suomen DESG ry:n puheenjohtaja
seija.olli@samk.fi

AULI PÖLÖNEN

MMM, MBA, laillistettu ravitsemusterapeutti, työterveyshuollon asiantuntija
Koordinointipäällikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, toimialue 1

MARKKU VÄHÄTALO

LT, diabetologi
Turun hyvinvointitoimialan diabetesvastaanotto

PÄIVI STRÖMSHOLM

Esh, vastaava diabeteshoitaja
Pohjanmaan hyvinvointialue, Pietarsaaren diabetesvastaanotto
Diabeteshoitajat ry:n puheenjohtaja

Hyvinvointialueilla yhtenä tavoitteena on luoda ”ihmislähtöisiä palvelukokonaisuuksia”. DESG ja Diabeteshoitajien yhdistys selvittivät muutoksen kynnyksellä, millaiseksi diabetesammattilaiset kokevat palvelujen nykytilanteen ja mitä he toivovat sote-uudistukselta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen (sote-) uudistuksen yhteydessä perustetuilla hyvinvointialueilla on käynnissä mittava rakenteiden ja toimintatapojen uudistaminen yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelukokonaisuuksien aikaansaamiseksi (1). Hyvinvointialueet ovat sote-palvelujen ja hyvinvointikeskusten uudistamis- ja kehittämistyössä eri vaiheissa (2).

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata diabetesammattilaisten osallistumista diabetespalvelujen suunnitteluun ja heidän kokemuksiaan palvelujen nykytilasta. Artikkeli perustuu Suomen DESG ry:n (*Diabetes Education and Study Group*) ja Diabeteshoitajat ry:n jäsenille tehtyyn Webropol-kyselyyn. Kyselylomakelinkki lähetettiin yhteensä 360 jäsenelle (DESG n = 38, Diabeteshoitajat n = 322).

Vastausaikana 28. tammikuuta – 28. helmikuuta 2022 kyselyn palautti 55 vastaajaa, vastausprosentti oli 15,2 %. Vastaajista (n = 55) suurin osa (78 %) oli hoitajia. Enin osa (73 %) vastaajista työskenteli perusterveydenhuollossa, viidesosa (20 %) erikoissairaanhoidossa ja yksityisellä tai työterveydessä vain yksittäisiä vastaajia. Vastaajat edustivat kattavasti Suomen 24:ää (21+3) hyvinvointialuetta. Vain

kolmelta alueelta ja Ahvenanmaalta ei ollut yhtään vastaajaa. Kyselyssä painottuivat avoimet kysymykset (seitsemän kysymystä kymmenestä), ja niihin saatiin runsaasti vastauksia. Tuloksia on esitelty aiemmin Diabeteshoitajapäivillä huhtikuussa 2022.

Suunnittelu vasta käynnistymässä

Vastauksista kävi ilmi, että diabetespalvelujen suunnittelu oli useilla hyvinvointialueilla vasta alussa tai suunnitelmista ei ollut kerrottu vielä työntekijöille. Suurin osa (80 %) vastaajista ei ollut osallistunut palvelujen suunnitteluun. Viidennes (20 %) vastaajista kertoi osallistuneensa yksittäisiin palavereihin tai kokouksiin.

Tärkeimpinä diabetespalveluiden laadun ominaisuuksina (asteikolla 1–14) vastaajat pitivät ammatillista osaamista (3,0), palvelujen saavutettavuutta (3,3) ja palvelujen riittävyyttä (4,7). Myös hoidon jatkuvuutta (5,3) ja oikea-aikaisuutta (6,0) arvostettiin korkealle. Alle keskiarvon (7,5) ja pisteytyksen perusteella vähemmän tärkeiksi arvioitiin palveluvalikoiman monipuolisuus (10,9) ja digi- ja etäpalvelut (10,1). Vaihtoehdon muu (13,7) kohdalla mainittiin, että palvelujen laatuominaisuuksia oli ollut vaikea laittaa tärkeysjärjestykseen, koska ne olivat yhteydessä toisiinsa (kuvio 1, sivu 28).

Osaamisen keskittäminen tuo monta etua

Diabetespalvelujen vahvuuksiksi nostettiin hoidon keskittäminen ja diabeteskeskukset. Nämä voidaan toteuttaa eri tavoin. Erikoissairaanhoidon vastuulle jäisivät tyypin 1 diabeetikoiden (lapset, nuoret, aikuiset) sekä raskaana olevien hoito. Tyypin 2 diabeetikoiden hoito jatkuisi terveyskeskuksissa tai hyvinvointialueille perustettaisiin uusia diabeteskeskuksia. Nykyisistä keskuksista mainittiin Espoon ja Seinäjoen diabeteskeskukset ja suunnitteilla olevista Helsingin kaupungin diabeteskeskukset.

Diabeteskeskuksiin olisi tarkoitus keskittää myös tyypin 1 diabeetikoiden hoito ja ohjaus. Hoidon keskittämistä ja diabeteskeskusten tarvetta perusteltiin isompien yksiköiden ammatillisen erikoisosaamisen riittävyydellä ja sillä, että ne mahdollistavat laajan moniammatillisen tiimin palvelut (lääkäri, hoitaja, jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi). Keskittämisen eduiksi nähtiin myös yhtenäiset toimintatavat, hyvät konsultaatiomahdollisuudet sekä jatkuva osaamisen kehittäminen. Sen katsottiin lisäävän mahdollisuuksia tuottaa laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa.

Vastaavan tyyppistä palvelujen ja osaamisen keskittämistä toivottiin terveysasemille tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn sekä tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden hoitoon ja hoidonohjaukseen. Tähän tarvitaan diabeteksen hoidon kokonaisuudesta kiinnostuneita ja siihen perehtyneitä hoitajia ja lääkäreitä. Organisaation tulisi tarjota toimintaedellytykset asiakaslähtöiseen ennaltaehkäisevään toimintaan ja omahoidon tukemiseen. Diabetespalvelujen vahvuutena pidettiin osaavia, erikoistuneita diabeteshoitajia ja diabeteshoitajajärjestelmää. Diabeteshoitajien tulisi voida keskittyä erityisesti hoidonohjaukseen.

Kuva: Shutterstock

”Diabeetikoille on omat osaavat ja diabeteksen hoitoon ja ohjaukseen perehtyneet hoitajat.” ”Diabeteshoitajat saavat tehdä omaa työtään.”

Karkaavatko lähipalvelut?

Diabetespalvelujen järjestämisen huolenaiheista selkeimmin tulivat esille palvelujen saatavuus ja riittävyys. Erityisesti lähipalvelujen karsiminen pelotti. Riittämätön palvelujen saatavuus heikentäisi oikea-aikaisen diabeteksen hoidon ja ohjauksen toteutumista jatkossa. Erityinen huoli kohdistui hoidonohjauksen, elintapaohjauksen ja diabeteksen ennaltaehkäisyn saatavuuteen (kuvio 2, sivu 29).

Vastaajien kokemusten mukaan diabeteksen ehkäisyyn panostetaan kunnissa ja alueilla vaihtelevasti. Vastaajat kuvasivat, ettei ennaltaehkäisyä ja elintapaohjausta pidetä riittävän tärkeänä eivätkä ne ole toiminnan painopisteinä.

”Ylipainoon ja painonhallintaan puuttuminen on olematonta, eikä perusterveydenhuollossa pääse ennaltaehkäiseviin palveluihin.”

”Varhaisen puuttumisen ja esimerkiksi erilaisiin ryhmiin ohjaamisen tulisi tapahtua paljon matalammalla kynnyksellä.”

”Asiakkaaksi pääsee vasta kun diabetes on puhjennut ja diagnosoitu.”

Esimerkiksi Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmassa (Dehko) (3) kehitetyt varhaisen puuttumisen toimintamallit ja elintapaohjauksen menetelmät ovat käytössä vain osittain. Jotkut vastaajat epäilivät, painottavatko hyvinvointialueet ennaltaehkäisevää toimintaa. Vastaajat olivat huolissaan myös lyhytjänteisestä kustannusten säästämisestä.

”*Tähän asti ehkäisyyn ei ole koskaan kunnissa riittänyt rahaa, riittääkö nytkään?”*

”Diabeteksen hoidossa ei jakseta nähdä vuosien päästä saavutettavaa hyötyä.”

”Diabeteksen hoitotulokset eivät parane säästämällä ohjauksesta, lääkkeistä tai hoitovälineistä. Päinvastoin näennäiset säästöt tulevat moninkertaisesti maksettaviksi.”

Hoidonohjauksen väheneminen oli näkynyt vastaajille diabeteshoitajien määrän ja ohjausaikojen supistumisena. Hoidonohjauksen vähenemistä ja katoamista olivat vauhdittaneet paitsi kustannusten säästäminen, myös terveyskeskusten organisaatiomuutokset ja hajautettu työnjakomalli. Erityisenä epäkohtana pidettiin ”kaikki hoitavat kaikkia” -työnjakomallia. Vastaajien mielestä tällainen toimintatapa heikensi työoloja, diabetesosaamisen kehittymistä ja ammattilaisten arvostusta. Tilanne oli johtamassa hoidon pirstaloitumiseen, potilaiden pompotteluun ja diabetesosaamisen katoamiseen.

Hoidonohjauksen väheneminen oli näkynyt vastaajille diabeteshoitajien määrän ja ohjausaikojen supistumisena.

Toiveena asiakaslähtöiset hoitopolut

Diabetespalvelujen kehittämisehdotukset liittyivät palvelujen ja hoidon saatavuuteen, resursseihin, toimintatapojen yhtenäistämiseen, ammatillisen osaamisen arvostamiseen, koulutusmahdollisuuksiin, digitaalisten palvelujen hyödyntämiseen sekä diabeteslaaturekisterin saamiseen.

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus liittyivät toisiinsa. Saatavuuden varmistaminen nähtiin toisaalta diabetespalvelujen ja erityisosaamisen keskittämisenä, toisaalta riittävien lähipalvelujen turvaamisen ristipaineena. Pelkästään palvelujen olemassaoloa ilman toiminnan organisointia, suunnittelua ja sujuvaa työnjakoa ei pidetty riittävänä.

Keskeiseksi kehittämiskohteeksi esitettiin toimintatapojen yhtenäistämistä. Sillä tarkoitettiin alueellisia ja toimintayksikkökohtaisia hoitoketjuja sekä asiakaslähtöisiä hoitopolkuja. Hoitoketjuja hoitopolkukuvauksia tarvitaan selkeyttämään hoidon organisointia ja eri organisaatioiden vastuiden jakautumista. Ammattilaisille ne tarjoavat ohjeistusta, keitä hoidetaan ja miten. Erityisesti perättiin prosessikuvauksia ja ohjeita niiden ryhmien seulontaan, joiden riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on kohonnut tai jotka ovat sairastaneet raskausdiabeteksen. Myös hoidonohjaukseen toivottiin yhtenäisiä toimintaprosesseja ja malleja sekä yhtenäistä kirjaamista. Kaivattiin myös selkeitä työnkuvauksia.

Niin ikään toiminnan organisointia ja työnjakoa esitettiin kehitettäväksi. Vastaajat korostivat riittävän diabetesosaamisen merkitystä organisoinnin ja työnjaon kehittämisen perustana. Diabeteshoitaja–lääkäri-työparitoimintaa pidettiin hyvänä. Työparin tueksi toivottiin moniammatillista

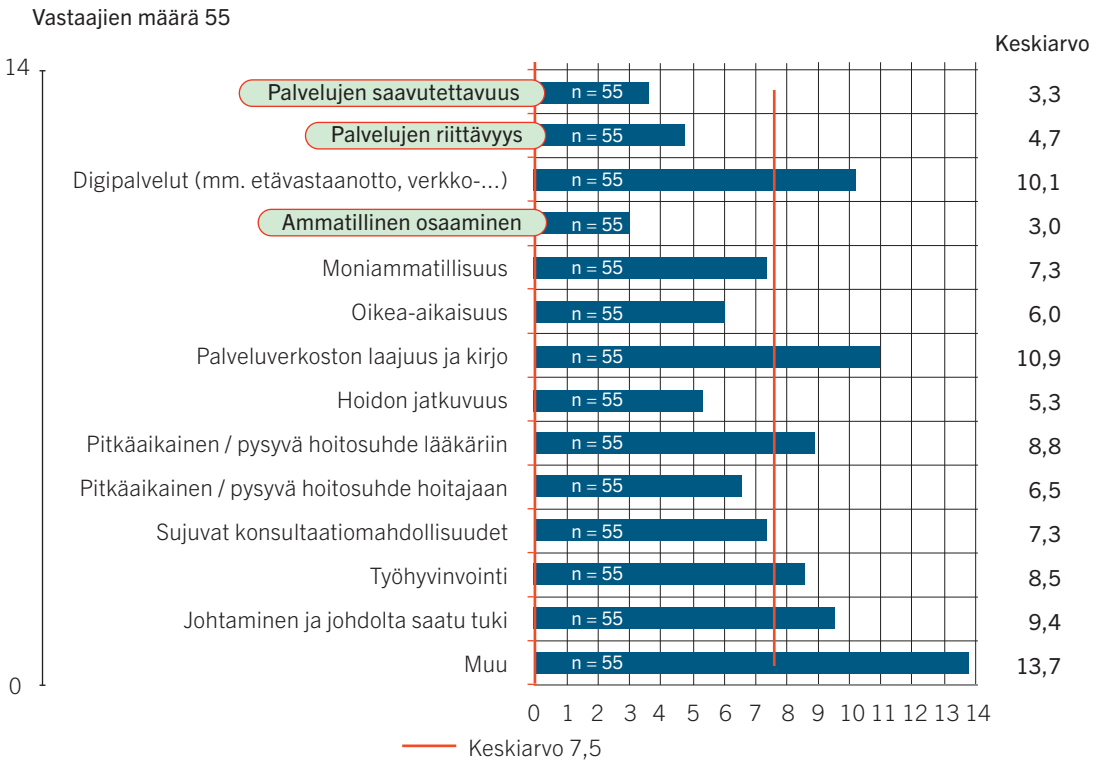
diabetestyöryhmää tai tiimiä, johon sisältyisivät ainakin psykologin, jalkaterapeutin, ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin palvelut sekä sujuva konsultaatiomahdollisuus. Osaaminen ja ammattitaidon ylläpitäminen tulisi turvata perehdytyksen ja jatkuvan koulutuksen avulla. Osaamisen kehittäminen tapahtui nykyisin pääosin organisaatioiden omissa koulutuksissa ja lääkealan yritysten tarjoamissa tilaisuuksissa. Joillakin alueilla oli tarjolla myös alueellisen diabetestyöryhmän koulutustapahtumia. Vastaajat olivat hämillään ammattikorkeakoulujen diabeteserikoistumisopintojen vähentymisestä ja niihin tehdyistä muutoksista.

Vastaajien mukaan diabetespalveluja voidaan kehittää sopivilla digitaalisilla ratkaisuilla, hyvinvointiteknologian avulla ja etävastaanotoilla. Niitä tulee kuitenkin hyödyntää ja käyttää tarkoituksenmukaisesti ja harkiten. Palvelujen korvaamista digitaalisilla ratkaisuilla ei pidetty kaikille sopivana vaihtoehtona. Niin ikään ammattilaisten digiosaamisen lisäämistä pidettiin tärkeänä tulevaisuuden diabetespalvelujen kehittämisen yhteydessä.

Kehittämisehdotuksissa tuli esiin myös diabeteslaaturekisterin käyttöön saaminen. Vastaajat näkivät tärkeäksi hoidon ja hoitotulosten kirjaamisen yhtenevästi ja kaksinkertaista kirjaamista välttäen. Laaturekisteriin toivottiin selkeät ja yhtenäiset laatukriteerit ja tulosmittarit. Diabetesrekisterin käyttö tarjoaisi mahdollisuuden vertailla ja kehittää tasa-arvoisesti hoidon laatua ja saatavuutta.

Ammattilaisten saama tuki diabetestyöhön vaihteli paljon. Joissakin organisaatioissa ei ollut saatavilla lainkaan varsinaista tukea, vaan kaikki riippui omasta jaksamisesta ja omaehtoisesta koulutukseen osallistumisesta. Toisissa organisaatioissa taas johtaminen, toiminnan organisointi, lääkäri–hoitaja-työpari, diabetestiimi, alueellinen yhteistyö ja jatkuvan kouluttautumisen mahdollisuus tarjoavat monipuolisen tuen. Suurin osa vastauksista sijoittui näiden ääripäiden välille. Keskeisiksi tuen muodoiksi koettiin kollegoiden kanssa käytävä ajatusten vaihto ja palautteen saaminen sekä työnantajan tarjoamiin koulutuksiin osallistuminen.

Kuvio 1. Diabetespalvelujen laadun ominaisuudet vastaajien (n = 55) arvioimina (1 = tärkein).



Epätietoisuutta ja huolta tulevasta

Koska kysely suunnattiin vain yhdistysten jäsenille ja vastausprosentti jäi matalaksi (15,2 %), tuloksia ei voida yleistää kuvaamaan hyvinvointialueiden diabetespalvelujen järjestämistä ja suunnittelua. Tuloksia voidaan pitää suuntaa-antavina ja niiden avulla voidaan tehdä alustavia päätelmiä jatkokehittämistä varten.

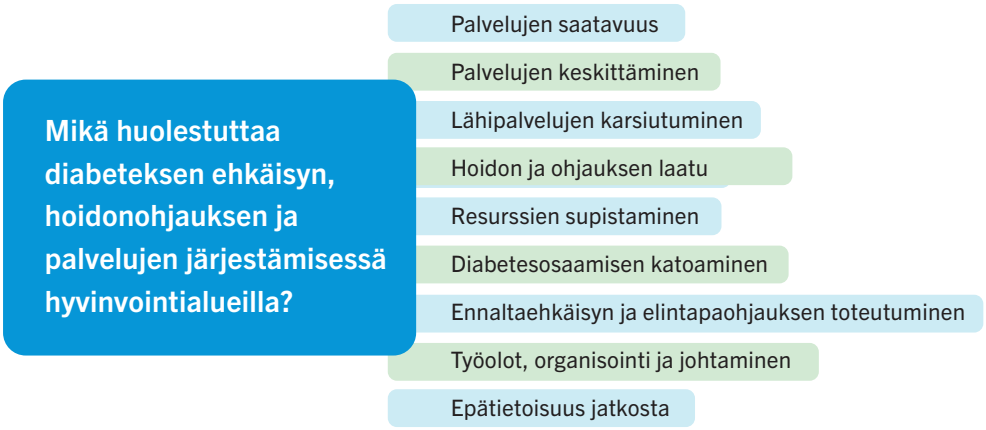
Kuten todettiin edellä, suurin osa vastaajista ei ollut osallistunut tulevan hyvinvointialueensa diabetespalvelujen suunnitteluun. Suunnittelu oli monella alueella vasta alussa, tai suunnitelmista ei ollut kerrottu vielä työntekijätasolle. Vastausten perusteella arvioiden sotepalvelu-uudistuksen tässä vaiheessa ei ole pystytty vastaamaan työntekijöiden lisääntyneeseen tiedon ja osallisuuden tarpeeseen muutoksessa. Tuloksissa heijastuivat vastaajien epätietoisuus diabetespalvelujen suunnitelmista ja niiden saatavuudesta tulevaisuudessa. Epätietoisuuteen liittyi huoli diabetesosaamisen arvostuksesta ja sen hyödyntämisestä palvelujen uudistuksessa.

Erityisenä epäkohtana pidettiin ”kaikki hoitavat kaikkia” -työnjakomallia. Keskeisiksi kehittämiskohteiksi esitettiin toiminnan organisointia, koordinointia sekä työnjaon selkiyttämistä ja toimintatapojen yhtenäistämistä.

Diabetespalvelujen nykytilannetta kuvaavat huolenaiheet tiivistyivät resurssien vähentämiseen, diabetespalvelujen heikentyneeseen saatavuuteen ja diabetesosaamisen katoamiseen. Erityinen huoli kohdistui oikea-aikaisen hoidonohjauksen, elintapaohjauksen ja diabeteksen ennaltaehkäisyn toteutumiseen. Saman tyyppisiä tuloksia on esitetty Diabetesbarometrissä (4). Hoitoa, ohjausta ja omahoidon tukea ei ole riittävästi saatavilla. Jatkuva resurssien supistaminen on johtamassa tilanteeseen, jossa hoito pirstaloituu ja pitkäaikaiset hoitosuhteet katkeavat. Myös hoitovälineistä karsitaan, eikä uusia, monipuolisia omahoitovälineitä oteta käyttöön.

Hoidonohjauksen ja ennaltaehkäisevän toiminnan väheneminen liittyi resurssien niukkenemiseen, työn organisointiin, työoloihin ja arvostukseen. Ammattilaiset kokivat uupuvansa työtaakan alle, rakenteellisiin muutospaineisiin ja näennäistehtäviin. Ne heikentävät keskittymistä asiakkaiden omahoidon tukemiseen ja elintapaohjaukseen. Taustalla vaikuttaviksi tekijöiksi tunnistettiin organisaatiokulttuuri, johtaminen ja omaa työtä koskevien vaikutusmahdollisuuksien kaventuminen. Työolobarometrin (5) mukaan julkisella sektorilla työskentelevät arvioivat muita useammin työnsä henkisesti raskaaksi ja raportoivat muita enemmän työuupumusta. Meneillään olevassa sote-palvelujen uudistamisessa on tärkeää lisätä ammattilaisten mahdollisuuksia vaikuttaa työn kehittämiseen. Tämä on oleellista työssä jaksamisen, työhyvinvoinnin ja ammattitaitoisen työvoiman saannin kannalta.

Kuvio 2. Diabetespalvelujen toteutumiseen liittyvät huolenaiheet.



Kehittämisehdotukset liittyivät sekä palvelujen saatavuuteen että palvelujärjestelmän toimivuuteen. Kuntien terveydenedistämisen aktiivisuutta arvioivan TEA-viisarin (6) mukaan näyttää siltä, että perusterveydenhuollossa on riittävästi (vähintään 75 %) elintapaohjauspalveluja tarjolla. Tämän kyselyn perusteella asiakkaat/potilaat eivät jostain syystä pääse elintapaohjaukseen. Haasteena näyttäisi olevan myös se, ettei TEA-viisarissa lasketa diabeteshoitajia erityisosaamisen ammattilaisiksi.

Ammattilaiset kokivat olevansa uupuneita työtaakan alle, rakenteellisiin muutospaineisiin ja näennäistehtäviin.

Digitaalisten palveluiden, kuten etävastaanottojen, digihoitopolkujen ja verkkokurssien, koettiin lisäävän palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Ne eivät kuitenkaan ole kaikille sopiva vaihtoehto. Lähipalvelujen karsimiseen tai niiden korvaamiseen digitaalisilla ratkaisuilla liittyi vastaajien mielestä useita riskejä, jopa hoidosta poisjäämisen mahdollisuus. Digitaalisten palvelujen käytön yhteyteen liitettiin tarve ammattilaisten digiosaamisen lisäämiseen ja tukemiseen.

Diabetes on yksi nopeimmin lisääntyvistä kansansairauksista. Eri diabetestyyppien ehkäisyä ja hoitoa on linjattu Käypä hoito -suosituksissa. Aikuisten insuliinihoidon ohjauksesta on olemassa myös Hotus-hoitosuositus. Hoitosuositusten lisäksi tarvitaan hoidon laadun seurantaa, arviointia ja jatkuvaa kehittämistä sekä hoidon ja palvelujen vaikuttavuuden arviointia.

Vertaiskehittämisen hyödyistä näyttöä

THL:n kansallisessa laaturekisterihankkeessa (7) kehitettyä diabetesrekisteriä on pilotoitu kolmen sairaanhoitopiirin alueella vuosina 2020–2022. Diabeteslaaturekisterin pilotoinnissa yhtenä keskeisenä toimintamuotona on ollut vertaiskehittäminen, jota on tehty kahdesti vuodessa vertaiskehittämispäivinä. Vertaiskehittämispäivissä on tarkasteltu mitattuja hoitotuloksia ja peilattu niitä tavoitteisiin ja tehtyihin kehittämistoimiin.

Vertaiskehittämisen hyödyllisyydestä on tuore esimerkki Äänekoskelta. Siellä tyypin 2 diabeetikoiden LDL-kolesteroliarvot laskivat puolen vuoden hoidon tehostamisen aikana keskimäärin 0,4 mmol/l. Tämän perusteella laskettiin, että viidessä vuodessa tällainen muutos estää arviolta 2–5 diabeteksesta johtuvaa sydän- ja verisuonitapahtumaa. Näiden tapahtumien estäminen merkitsee kunnan tasolla 100 000 euron säästöä viidessä vuodessa. Jos sama muutos saataisiin aikaan joka kolmannessa kunnassa, merkitsisi se valtakunnallisella tasolla minimissäänkin 8,5 miljoonan euron säästöä viiden vuoden terveydenhuollon menoissa. Diabeteslaaturekisterillä ja hyvinvointialueilla tapahtuvalla vertaiskehittämisellä voidaan tuottaa laadukasta hoitoa, saada aikaan kustannussäästöjä ja lisätä terveydenhuollon vaikuttavuutta (8).

Yhteenveto

Kyselyn pohjalta nousee useita sote-uudistukseen liittyviä huolenaiheita: Ovatko palvelut nyt ja tulevaisuudessa yhdenvertaisesti saatavilla? Siirtyykö diabeteksen hoito hyvinvointialueiden keskuksiin ja digitaalisiin palveluihin? Miten käy lähipalveluille, hoidonohjaukselle ja asiakkaiden kohtaamiselle? Siirtyykö hyvinvointikeskusten painopiste ennaltaehkäisevään toimintaan? Mistä löydetään resurssit palveluihin, joiden hyöty ja kustannussäästöt ovat nähtävillä usein vasta vuosien kuluessa? Miten turvataan ammattilaisten diabetesosaaminen, arvostus ja työolot jatkuvassa muutospaineessa ja terveydenhuollon henkilöstöpulan pahentuessa? Miten diabeteslaaturekisteri ja vertaiskehittäminen saadaan osaksi hyvinvointialueiden toimintaa ja vaikuttavuuden arviointia?

Vastausten saamiseksi tarvitaan lisää selvityksiä ja palveluiden monipuolista arvioimista hyvinvointikeskusten käynnistyessä.

Kirjallisuus

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus. STM. Saatavilla: www.soteuudistus.fi
2. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. THL. Saatavilla: www.thl.fi
3. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 Loppuraportti. Suomen Diabetesliitto ry. Saatavilla: www.diabetes.fi
4. Koski S. Diabetesbarometri 2021. Suomen Diabetesliitto ry. Saatavilla: www.diabetes.fi
5. Lyly-Yrjänäinen M. Työolobarometri 2021 Ennakkotiedot. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2022:23. Saatavilla: www.valtioneuvosto/julkaisut
6. TEA-viisari. THL. Saatavilla: www.teaviisari.fi
7. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit. THL. Saatavilla: www.thl.fi
8. Salonen J. Miten voin hyödyntää laaturekistereitä vaikuttavuuden kehittämisessä? Esitys Kansallisen vaikuttavuuden seminaarissa 23.5.2022. Seminaarin tallenne katsottavissa www.youtube.com

Diabetestutkimussäätiön vuoden 2023 apurahat

Diabetestutkimussäätiö tukee korkeatasoista suomalaista diabetestutkimusta.

Jaamme vuonna 2023 apurahoina yhteensä 550 000 euroa:

- kaksivuotisia hankeapurahoja, 25 000–60 000 euroa / vuosi
- yksivuotisia hankeapurahoja, 10 000–27 000 euroa
- työskentelyapurahoja, 5 000–10 000 euroa

Hakemusten ensisijainen arviointiperuste on tutkimushankkeen tieteellinen taso.

DIABETESTUTKIMUSSÄÄTIÖ
STIFTELSEN FÖR DIABETESFORSKNING

Hakuohjeet ja hakulomake:
www.diabetestutkimus.fi/apurahat

HAKUAIKA ON 2.–31.1.2023

Lisätietoja antaa tarvittaessa Diabetestutkimussäätiön tieteellinen sihteeri Valma Harjutsalo
p. 044 076 2707
valma.harjutsalo@helsinki.fi

Lämmin kiitos tuestanne vuonna 2022

Tuemme Diabetesliiton työtä -yritysyhteistyökumppanit

AstraZeneca
Boehringer Ingelheim
ORION PHARMA
Hyvinvointia rakentamassa
novo nordisk
sanofi

Yhteisökannatusjäsenet

- Becton Dickinson
- Diabeteskauppa
- Eli Lilly Finland Ab
- Lions Club Hartola
- Lions Club Vaasa - Vasa
- Mediq Suomi
- NordicInfu Care

Hyvä elämä diabeteksen kanssa

diabetesliitto

Tukea arkeesi
verkkopalvelustamme

Tyypin 2 diabeteksen kanssa eläminen voi olla haastavaa. Terveellinen ja aktiivinen elämä on silti mahdollista. Olemme koonneet sinulle tietoa ja tukea diabeteksen hallintaan ja hoitoon helposti verkkoon. Tutustu jo tänään!

www.diabeteksesta.com

FI21CD00044-0821

PUHUTAAN **DIABETEKSESTA**
TIETOA TYYPIN 2 DIABETEKSESTA

novo nordisk®

Diabeteskoulutusta lääkäreille – tutustu tarjontaan

ELINA PIMIÄ

Endokrinologian ja sisätautien erikoislääkäri
Diabetesliiton asiantuntijaylilääkäri

Diabetesliitto järjestää lääkäreille koulutuksia, joissa on mahdollista päivittää omaa diabetesosaamista ja täydentää kliinistä osaamista.

Koulutuksissa käsitellään eri diabetestyyppejä ja eri-ikäisten diabetesta sairastavien hoitoa sekä lisäsairauksien ehkäisyä ja hoitoa. Diabetesliitto järjestää myös kaksipäiväisen insuliinipumppuhoidon peruskurssin, joka on suunnattu kaikille insuliinipumppuhoitoon osallistuville, niin lääkäreille kuin hoitajillekin.

Vuoden 2023 alkupuolella avataan myös uusi maksuton Pumppuhoidon abc -verkkokurssi. Se on suunnattu niille tyypin 1 diabetesta hoitaville lääkäreille ja hoitajille, jotka kaipaavat perustietoa insuliinipumppuhoidosta, mutta eivät työskentele pumppuhoitoa tarjoavassa yksikössä. Verkkokurssimme antaa perustiedot pumppuhoidon hyödyistä, edellytyksistä ja perustoimintaperiaatteista.

Koulutuksemme sopivat niin erikoistuville lääkäreille, diabeteksen hoidon erityispätevyyttä tekeville kollegoille kuin muillekin, jotka haluavat oppia lisää diabeteksesta.

Koulutuksemme sopivat niin erikoistuville lääkäreille, diabeteksen hoidon erityispätevyyttä tekevillä kollegoille kuin muillekin, jotka haluavat oppia lisää diabeteksesta.

Diabetesliiton koulutusta antaa koko moniammatillinen tiimi. Aiheen mukaan kouluttajina ovat erikoislääkäreiden lisäksi esimerkiksi liikuntasuunnittelija, diabeteshoitaja, jalkojenhoitaja, ravitsemusterapeutti ja psykologi.

Koulutuksissa käydä läpi myös aihealueeseen liittyvät hoitosuositukset. Potilastyön näkökulma ja potilaan onnistuneen ohjauksen käytännön vinkit huomioidaan jokaisessa koulutuksessa. Koulutuksissa pyritään käytännönläheisyyteen ja teoreettisen tiedon soveltamiseen potilaan hoitoprosessiin ja ohjaukseen.

Ennakkotehtäviä ja vertaisoppimista

Koulutuksiimme sisältyy ennakkotehtäviä, jotka ovat aihealueen mukaan itsenäistä kirjallisuuteen perehtymistä, tuoreisiin hoitosuosituksiin tai verkkomateriaaleihin perehtymistä. Opetuspäivissä on luentojen lisäksi vuorovaikutteisia osia. Vertaisoppimiseen tarjoutuu mahdollisuus, kun osallistujat vertaavat eri yksikköjen käytäntöjä toisiinsa.

Insuliinihoidon osuudessa opetellaan insuliinin pistäminen ja verenglukoosin mittaaminen myös käytännössä, samoin niiden ohjaus potilaalle. Hiilihydraattien arviointi harjoitellaan koulutuksen aikana omista syömisistä. Koulutuspäiviin sisältyy potilasesimerkkejä. Koulutuksissa tutustutaan myös potilasohjausmateriaaleihin.

Lääkäreille suunnatut koulutukset vuodelle 2023:

- 14.3.2022 Tyypin 1 diabeteskoulutus lääkäreille, Scandic City Tampere
- 4.–5.5.2022 Insuliinipumppuhoidon peruskurssi, Scandic Rosendahl, Tampere
- 19.9.2023 Tyypin 2 diabeteskoulutus lääkäreille, Scandic City Tampere
- 7.11.2023 Aihe vahvistamatta
- Insuliinipumppuhoidon abc -verkkokurssi, kesto 4 tuntia, non stop -alku.

jatkuu sivulla 34

Diabeteksen hoidon erityispätevyys

Diabeteksen hoidon erityispätevyys voidaan myöntää sisätautien, endokrinologian, lastentautien, yleislääketieteen ja muun alan erikoislääkärille, joka täyttää kelpoisuusehdot. Erityispätevyyden myöntämisen jälkeen asianomainen lääkäri käyttää saamastaan pätevyydestä nimitystä "diabeteksen hoidon erityispätevyys". Erityispätevyyden myöntämisen jälkeen voi käyttää itsestään nimitystä diabeteslääkäri.

Pätevyyden edellytyksenä ovat erikoislääkärin tutkinnon lisäksi, että

1. Hakija on toiminut vastuullisena diabetespotilaitten hoitavana lääkärinä vähintään: päätoimisena (4 pv/viikko) 2 vuotta, osatoimisena 2 pv/viikko 4 vuotta tai 1 pv/viikko 8 vuotta.
2. Hakija on diabeteslääkärin ohjauksessa perehtynyt vähintään kuuden kuukauden ajan alan kirjallisuuteen ja osallistunut diabetespotilaiden käytännön hoitoon diabeteksen erityispätevyyden lokikirjan vaatimusten mukaisesti.
3. Hakija on hankkinut riittävän diabeteksen teoreettisen koulutuksen kotimaisista ja ulkomaisista alan koulutustilaisuuksista. Koulutettavan on yhteensä hankittava 40 koulutuspistettä, jotka myönnetään eri koulutustilaisuuksista seuraavasti:

   Erikoislääkäriyhdistysten järjestämät koulutustilaisuudet diabeteksesta 2 p/päivä ja 1 p 1/2 päivää (4 tuntia) (Endopäivistä voidaan myöntää maksimissaan 2 p/vuosi), valtakunnallinen diabetespäivä 2 p/päivä, Diabetesliiton järjestämä lääkäreiden moduulimuotoinen diabeteskoulutus 2 p/päivä. Ulkomaiset alan kokoukset (ADA, EASD, IDF, SSSD tai niihin rinnastettavat) 2 p/päivä, 1 p/1/2 päivää sekä yliopistojen hyväksymät diabeteskoulutukset. Esimerkiksi EASD:n kokouksesta myönnetään 8 pistettä. Lääkeyritysten järjestämää koulutusta ei hyväksytä missään muodossa muista kuin EASD-, ADA- ja IDF-kokouksista. Hakemuksen liitteenä tulee olla ohjelma, josta myös näkee laajuuden lisäksi, minkä verran se on sisältänyt diabeteskoulutusta. Takautuvasti koulutuspisteitä voidaan myöntää 7 vuoden ajalta.

   Oikeutta diabeteksen hoidon erityispätevyyteen haetaan Suomen Lääkäriliitolta ja pätevyyden myöntää liiton koulutuspäällikkö. Hakemus toimitetaan ensin Suomen Endokrinologiyhdistyksen sihteerille. Suomen Endokrinologiyhdistyksen johtokunnan nimeämät asiantuntijat, joiden tulee olla yliopiston dosentteja, antavat lausunnon kunkin hakijan kelpoisuudesta.

Sosiaali- ja terveyspoliittisen asiantuntijan puhelinneuvonta

Diabetesliiton sosiaali- ja terveyspoliittinen asiantuntija Laura Tuominen-Lozic vastaa diabetesta sairastavien ja heidän läheistensä sosiaaliturvaa koskeviin kysymyksiin puhelimitse maanantaisin klo 8.30–11 ja torstaisin klo 12–15 numerossa 050 567 2555 (normaalin puhelumaksun hinnalla), muina aikoina sähköpostitse, laura.tuominen-lozic@diabetes.fi.

Diabetesta sairastavan sosiaaliturva 2023 -opas ilmestyy helmikuussa painettuna ja pdf-muodossa. Opas on maksuton ja tilattavissa ilmestymisen jälkeen D-kaupasta: www.d-kauppa.fi.

Diabetesliiton koulutuskalenteri 2023

Kehity diabeteksen hoidon osaajana

KEVÄT 2023

6.–10.2.	Diabeetikon hoidon peruskurssi
14.2.	Diabetes ja jalat, Helsinki
15.2.	Diabeetikon ihovaurion ja jalkahaavan keventäminen, Helsinki
14.3.	Tyypin 1 diabetes -koulutus lääkäreille
17.–21.4.	Diabeetikon hoidon peruskurssi
19.–21.4.	Lasten ja nuorten tyypin 1 diabeteksen hoidon perusteet
20.4. ja 3.5.	GDM-raskausdiabetes
4.–5.5.	Insuliinipumppuhoidon koulutus
30.5.–1.6.	Tyypin 1 diabeetikon hoidon tehostaminen

SYKSY 2023

11. –15.9.	Diabeetikon hoidon peruskurssi
19.9.	Tyypin 2 diabetes -koulutus lääkäreille
10.10. ja 26.10.	GDM-raskausdiabetes
11.–12.10.	Diabetesosaaja
17.–19.10.	Tyypin 1 diabeetikon hoidon tehostaminen
14.–16.11.	Tyypin 2 diabeetikon hoidon tehostaminen
20.–24.11.	Diabeetikon hoidon peruskurssi
28.11.	Diabetes ja jalat, Pori
12.12.	Apteekkihenkilökunnan koulutuspäivä

Koulutukset järjestetään Tampereella, ellei toisin mainita.
Lisätiedot, hinnat ja ilmoittautumiset:
www.diabetes.fi/koulutuskalenteri

Koulutussihteeri Malla Honkanen
p. 050 310 6614
koulutussihteeri@diabetes.fi

Koulutuspäällikkö Outi Himanen
p. 0400 723 664
outi.himanen@diabetes.fi

diabetesliitto

Kysy diabeteksesta -neuvontapuhelin

- **0600 9 4454 joka arkipäivä (ma–pe) klo 9–13.**
  Neuvontapuhelin on 23.11.–1.1. joulutauolla.
  Vuoden 2023 alusta joka arkipäivä (ma–pe) klo 8.30–11.30
  Puhelun hinta on 0,95 e / min + pvm
- **Diabetesliiton diabeteshoitaja vastaa diabetesta ja sen hoitoa koskeviin kysymyksiin.**

Palvelu on tarkoitettu diabetesta sairastaville, heidän läheisilleen ja terveydenhuollon ammattilaisille.

APTEEKISTA.

ORION PHARMA
Hyvinvointia rakentamassa

D niin kuin DEVISOL® OLIIVIÖLJY

UUTUUS!

Vahva D3-vitamiini ja laadukas ekstra-neitsytoliiviöljy samassa kapselissa.

RAVINTOLISÄ

11/2022

Orion on suomalainen avainlippuyritys.

itsehoitoapteekki.fi

Lisätietoja puh. 010 439 8250 ark. klo 8–22.