



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.ollii@samk.fi

AULI PÖLÖNEN



MMM, MBA, laillistettu
ravitsemusterapeutti,
työterveyshuollon asiantuntija
Koordinoitipäällikkö
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 kehittämissyöissä eri vaiheissa (2).

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata diabetesammattilaisten osallistumista diabetespalvelujen suunnitteluun ja heidän kokemuksiinsa palvelujen nykytilasta. Artikkelin 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 %) erikoissairaanhoitossa 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.

”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 ennaltaehkäisyyn 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 ole-matonta, eikä perusterveydenhuollossa pääse ennalta-ehkäiseviin palveluihin.”

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

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

Esimerkiksi Diabeteksen ehkäisyyn 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, lääkkeitä tai hoitovälineistä. Päinvastoin näennäiset säästöt tulevat moninkertaisesti maksettaviksi.”

Hoidonohjauksen väheneminen oli näkynyt vastaajille diabeteshoitajien määrän ja ohjausaikojen supistumisena.

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 pompotte-luun ja diabetesosaamisen katoamiseen.

Toiveena asiakaslähtöiset hoitopolut

Diabetespalvelujen kehittämisehdotukset liittyivät palvelujen ja hoidon saatavuuteen, resurssihin, 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 organisoitua, suunnittelua ja sujuvaa työnjakoa ei pidetty riittävänä.

Keskeiseksi kehittämiskohteeksi esitettiin toimintatapojen yhtenäistämistä. Sillä tarkoitettiin alueellisia ja toimintayksikkökohtaisia hoitoketjuja sekä asiakaslähtöisiä hoitopolkua. Hoitoketjuja ja hoitopolkukuvauksia tarvitaan selkeyttämään hoidon organisoitua ja eri organisaatioiden vastuiden jakautumista. Ammatillisille ne tarjoavat ohjeistusta, keitä hoidetaan ja miten. Erityisesti perättiin prosessikuvauksia ja ohjeita niiden ryhmien seulontaan, joiden riski sairastua tyyppiin 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 organisoitua ja työnjakoa esitettiin kehitettäväksi. Vastaajat korostivat riittävän diabetesosaamisen merkitystä organisoitua ja työnjaon kehittämisen perustana. Diabeteshoitaja-lääkäri-työparitoimintaa pidettiin hyvä-nä. Työparin tueksi toivottiin moniammatillista

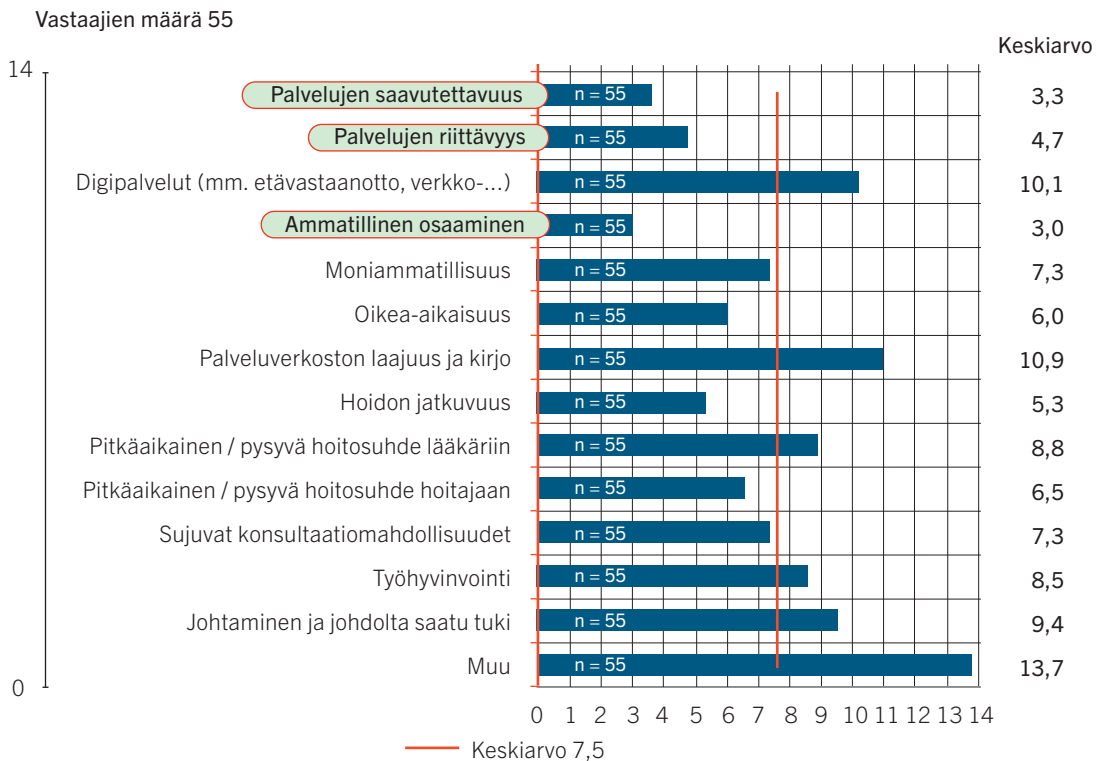
diabetestyöryhmää tai tiimiä, johon sisältyisivät ainakin psykologin, jalkaterapeutin, ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin palvelut sekä sujuva konsultaatiomahdollisuus. Osaaminen ja ammattitaidon ylläpitäminen tulisi turvata perehdytyksen ja jatkuvan koulutuksen avulla. Osaamisen kehittäminen tapahtui nykyisin pääosin organisaatioiden omista koulutuksista ja lääkealan yritysten tarjoamista 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 ratkaisulla, hyvinvointiteknologian avulla ja etävastaanotoilla. Niitä tulee kuitenkin hyödyntää ja käyttää tarkoituksenmukaisesti ja harkiten. Palvelujen korvaamista digitaalisilla ratkaisulla ei pidetty kaikille sopivana vaihtoehtona. Niin ikään ammattilaisten digiosaimisen 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 välttämällä. Laaturekisteriin toivottiin selkeät ja yhte-näiset laatuksiteerit ja tulosmittarit. Diabetesrekisterin käyttö tarjoaisi mahdollisuuden vertailla ja kehittää tasa-arvoisesti hoidon laatua ja saata-vuutta.

Ammattilaisten saama tuki diabetestyöhön vaihteli paljon. Joissakin organisaatioissa ei ollut saatavilla lainkaan varsinaista tukea, vaan kaikki riippui omasta jaksamisesta ja omaehtoisesta kou-lutukseen osallistumisesta. Toisissa organisaatioissa taas johtaminen, toiminnan organisointi, lääkäri-hoitaja-työpari, diabetestiimi, alueellinen yhteistyö ja jatkuvan koulutautumisen mahdollisuus tarjo-avat monipuolisen tuen. Suurin osa vastauksista sijoittui näiden ääripäiden välille. Keskeisiksi tuen muodoksi koettiin kollegoiden kanssa käytävä aja-tusten vaihto ja palautteen saaminen sekä työnan-tajan 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 jatkokäyttämistä varten.

Kuten todettiin edellä, suurin osa vastaajista ei ollut osallistunut tulevan hyvinvointialueensa diabetespalvelujen suunnitteluun. Suunnittelu oli monella alueella vasta alussa, tai suunnittelusta 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.

Diabetespalvelujen nykytilannetta kuvaavat huolenaiheet tiivistyivät resurssien vähentämiseen, diabetespalvelujen heikentyneeseen saatavuuteen ja diabetesosaamisen katoamiseen. Erityinen huoli kohdistui oikea-aikaisen hoidonohjauksen, elintapa-

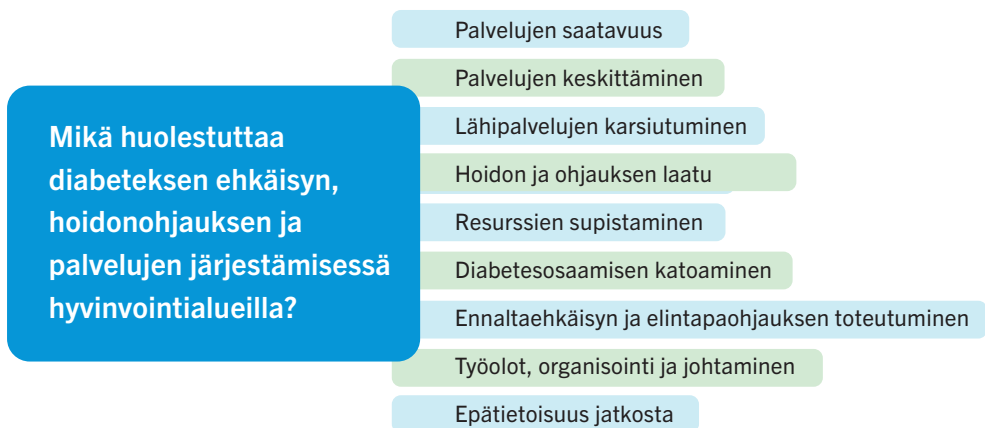
ohjauksen ja diabeteksen ennaltaehkäisyn toteutumiseen. Saman tyyppisiä tuloksia on esitetty Diabetesbarometrissä (4). Hoitoa, ohjausta ja omahoidon tukea ei ole riittävästi saatavilla. Jatkuva resurssien supistaminen on johtamassa tilanteeseen, jossa hoito pirstaloituu ja pitkäaikaiset hoitosuhteet 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 arvi-

oivat 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.

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

Kuvio 2. Diabetespalvelujen toteutumiseen liittyvät huolenaiheet.



Kehittämishdotukset 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.

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 ehkäisy ja hoitoa on linjattu Käypä hoito -suosituksissa. Aikuisten insuliinihoidon ohjauksesta on olemassa myös Hotus-hoitosuositus. Hoitosuositusten lisäksi tarvitaan hoidon laadun seuranta, 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 vertaiskehittämisspäivinä. Vertaiskehittämisspäivissä on tarkasteltu mitattuja hoitotuloksia ja peilattu niitä tavoitteisiin ja tehtyihin kehittämistoimiin.


Vertaiskehittämisen hyödyllisyydestä on tuore esimerkki Äänekoskelta. Siellä tyyppin 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 diabeteksestä johtuvaa sydän- ja verisuonitapahtumaa.

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

Näiden tapahtumien estäminen merkitsee kunnan tasolla 100 000 euron säästöä viidessä vuodessa. Jos sama muutos saataisiin aikaan joka kolmannessa kunnassa, merkittäisi 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 ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 Loppuraportti. Suomen Diabetesliitto ry. Saatavilla: www.diabetes.fi
4. Koski S. Diabetesarometri 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