

Reuma- ja muiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidon pyöreä pöytä: Ehdotus hoidon vaikuttavuuden parantamiseksi

Pääministeri **Sanna Marinin** hallitusohjelmaan on kirjattu tavoitteeksi kansansairauksien hoidon parantaminen. Perhe- ja peruspalveluministeri **Krista Kiuru** kutsui syksyllä 2021 kokoon pyöreän pöydän tämän tavoitteen saavuttamiseksi reuma- ja muiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta.

Reumasairauksilla ja muilla tuki- ja liikuntaelinsairauksilla on suuri yhteiskunnallinen merkitys

Tuki- ja liikuntaelinten terveys on hyvinvoinnin sekä toiminta- ja työkyvyn perusta. Reuma- ja muut tule-sairaudet ovat suuri kansantaloudellinen ja -terveydellinen haaste yhteiskunnalle. On arvioitu, että niiden vuosittaiset kokonaiskustannukset ovat Suomelle jopa 3–4 miljardia euroa. Nämä sairaudet esiintyvät luissa, nivelissä, nivelsiteissä, lihaksissa ja jänteissä, ja osaan liittyy myös tulehduksellisia ja systemaattisempia, laajasti kehossa vaikuttavia oireita.

Reuma- ja muut tule-sairaudet ovat suurin kipua aiheuttava sairausryhmä. Lisäksi yhteistä näille sairauksille on toimintakyvyn heikkeneminen tai jopa menetys. Ehdotus kattaa muun muassa tulehdukselliset reumasairaudet, nivelrikon, selkärangan kulumasairaudet ja osteoporoosin.

Suomessa määrättiin vuonna 2020 tuki- ja liikuntaelinongelmien ja -sairauksien hoitoon 1,3 miljoonalle henkilölle yhteensä 3,2 miljoonaa reseptiä. Pelkästään suorien reumalääkekustannusten osuus Suomessa on 200 miljoonaa euroa vuodessa, ja muiden tule-vaivojen lääkekustannukset olivat 47,8 miljoonaa euroa. Kela tilastoi vuonna 2019 tuki- ja liikuntaelinsairauksista alkaneita sairauspäiviä yhteensä 4 156 250. Osasairauspäiviä Kela tilastoi yhteensä 424 008. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat noin kolmanneksen työkyvyttömyyseläkkeistä ja ovat syynä noin 14 000 henkilötyövuoden menetykseen (Kelan korvaamat työkäisten sairauspoissaolot).

Tule-oireet lisääntyvät usein ikääntyessä. Väestöennusteen mukaan yli 80-vuotiaiden määrä kasvaa seuraavan 10 vuoden aikana 50 prosentilla. Ikääntyvän väestön toimintakyvystä tulee entistä suurempi kansantaloudellinen kysymys. Samalla työikäisen väestön työkyvyn merkitys kasvaa entisestään. Hyvällä tuki- ja liikuntaelinterveyden ylläpidolla ja tule-sairauksien hoidolla voidaan säästää erikoissairaanhoidon kustannuksia merkittävästi. Lasten ja nuorten toimintakyvyn panostaminen on investointi tulevaisuuteen.

Reuma- ja muihin tule-sairauksiin liittyviä lukuja pähkinänkuoressa

- Vuonna 2020 perusterveydenhuollossa oli 1,5 miljoonaa avohoidon tule-käyntiä.
- Toistuvista alaselkävivoista raportoi joka viides 14–19-vuotias. Työkäisiä kuormittaa selkäkipu, joka on yleisimpiä työkyvyttömyyden aiheuttajia. Vuonna 2020 Kelan sairauspäivärahaa maksettiin selkäsairauksien vuoksi yhteensä 83 miljoonaa euroa. 18 000 ihmistä on sairauseläkkeellä selkävaivojen ja selkäsairauksien takia, jotka kustantavat yhteiskunnalle yli 251 miljoonaa euroa vuosittain.
- Etenkin polven ja lonkan nivelrikko haittaavat jo työikäisten toimintakykyä, vaikka vaikutukset painottuvat ikääntyneempään väestöön. Suomessa tehdään vuosittain noin 23 000 polven ja lonkan tekonivelleikkausta.
- Lääkitystä vaativaa tulehduksellista reumasairautta sairastaa Suomessa noin kaksi prosenttia väestöstä.
- Noin 44 prosentilla 65 vuotta täyttäneistä on heikentynyt luuntiheys.
- Vuosittain 40 000 murtuman syynä tai osasyynä on osteoporoosi. Niistä 7 000 on lonkkamurtumia, joiden pelkän kirurgisen hoidon tai erikoissairaanhoidon suorat kustannukset ovat noin 180 miljoonaa euroa.

Työryhmän muutosehdotukset tiivistetysti

Työryhmän tunnistamat päätavoitteet reuma- ja muiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidon vaikuttavuuden parantamiseksi ovat

- 1. Ammattilaisten riittävän mitoituksen ja osaamisen varmistaminen**
- 2. Oireiden tunnistaminen ja hoitopolkujen sujuvuuden parantaminen**
- 3. Valmentavan omahoidon ohjauksen vahvistaminen**
- 4. Hoidon saatavuuden, laadun, yhdenvertaisuuden ja yhdenmukaisuuden edistäminen.**

Reumatologien ja fysiatrien ammattikunnat ovat eläköitymässä nopeasti, ja samaan aikaan väestön ikääntyminen lisää tarvetta näille erikoislääkäreille. Molempien professuureja ja erikoistumisia tulee lisätä, jotta osaamispula voidaan välttää. Samalla tulee kiinnittää huomiota erikoistuvien lääkärien alueelliseen jakautumiseen, jotta hoitotakuu voi toteutua kaikkialla Suomessa. Tavoite on, että reumatologeja valmistuisi seitsemän ja fysiatreja kymmenen vuosittain. Osteoporoosin diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen osaavia lääkäreitä tarvitaan terveyskeskuksiin, ja paras keino tähän on yleislääkäreiden erityisosaamisen lisääminen erityispätevyyksien kautta.

Hoitajat, fysioterapeutit ja muut tules-ammattilaiset tarvitsevat mahdollisuuden kouluttautua erityisosaajiksi. Yhdessä lääkärin konsultaatiomahdollisuuden kanssa näin voidaan tarjota laadukasta hoitoa suoraan perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidon jatkona.

Hoitopolkujen yhtenäisyys ja sujuvuus tulee varmistaa soteuudistuksen yhteydessä, jotta riskiä katkosiin potilaan siirtyessä hoitotahosta toiseen ei synny. Myös potilaan hoidon jakautuessa eri erikoisaloille tarvitaan hyvää koordinaatiota. Potilaan tulee päästä hoitoon nopeasti ja ilman turhia välikäsiä, ja hänellä tulee aina olla tiedossa hoitosuunnitelma. Hoitopolku on ymmärrettävä kokonaisuutena, joka voi sisältää moniammatillisen hoidon lisäksi kuntoutusta, omahoidon ohjausta ja ohjaamisen järjestölähtöisen tuen piiriin. Kivunhoidon tulee olla riittävää kaikilla tasoilla.

Potilaan sitoutuminen omahoitoon tukee kaikkea lääketieteellistä hoitoa. Omahoidon ohjausta tulee kehittää näyttöön perustuvasti ja sen onnistumista tulee seurata. Terveystieteiden ammattilaisten lisäksi kolmannen sektorin potilasjärjestöillä, niin liittotasolla kuin paikallisilla jäsenyhdistyksillä, on rooli sairastuneen ihmisen elämänlaadun lisäämisessä ja hoidon toteutumisen tukemisessa muun muassa liikunta- ja muita palveluja tarjoamalla. Järjestöt mahdollistavat koulutettujen pitkäaikaissairaiden kokemustiedon hyödyntämisen palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Myös uusilla hyvinvointialueilla on turvattava potilasjärjestöjen toimintamahdollisuudet.

Sairastuneiden hoidon yhdenmukaistaminen tarkoittaa reuma- ja muiden tule-sairauksien hoidon saatavuuden, jatkuvuuden, laadun, yhdenvertaisuuden, vaikuttavuuden, turvallisuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämistä. Alueellinen saatavuus toteutuu, kun perusterveydenhuollon ammatillinen osaaminen ja resurssit ovat riittävät. Yhdenmukaiset hoitopolut toteutuvat sekä julkisella että yksityisellä sektorilla kansallisten ohjeiden ja Käypä hoito -suositusten myötä. THL:n laaturekistereihin kerättävän tiedon avulla voidaan seurata ja arvioida hoidon toteutumista, ja niiden pysyvä rahoitus on turvattava.

Sairastuneelle ihmiselle aiheutuvia kustannuksia tulee tarkastella kokonaisuutena ja laskea kokonaismaksukaton summia niin, että kaikilla on mahdollisuus saada tarvittava hoito taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Maksukaton jaksotus vuoden mittaan ja kalenterivuosi-kohtaisuudesta luopuminen toisivat helpotusta verrattuna nykyiseen käytäntöön. Laadukas hoito edellyttää paitsi lääketieteelliseen, myös palvelujärjestelmään kohdistuvaan tutkimukseen panostamista.

Yksityiskohtaiset tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi esitetään seuraavaksi. Asiakirjan lopussa esitellään ehdotukset työstänyt työryhmä.

Muutosehdotukset

Tavoite 1: Ammattilaisten riittävän mitoituksen ja osaamisen varmistaminen

1.1 Reumatologiain riittävyyden varmistaminen

1.2 Fysiatrien riittävyyden varmistaminen

1.3 Perusterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon reuma- ja muun tules-osaamisen vahvistaminen

1.4 Reuma- ja muita tule-sairauksia sairastavien lasten ja nuorten erityishaasteet

1.1. Reumatologiain riittävyyden varmistaminen

Väestön palvelutarpeen täyttämiseksi Suomessa tulisi olla julkisessa terveydenhuollossa yksi kokopäiväinen reumatologi 40 000, tai vähintään 60 000, asukasta kohden, kun tällä hetkellä suhde on yksi reumatologi 81 000 asukasta kohden vaihteluvälillä ollessa alueittain 50 000–120 000 välillä. Syynä on toisaalta virkojen vähyys ja toisaalta reumatologipula, sillä tällä hetkellä Suomessa on työkäisiä reumatologeja vain noin 105. Vuoteen 2035 mennessä tarvitaan 124 uutta reumatologia, ja kaikkiaan heitä tarvitaan vuonna 2035 noin 150. Jotta tavoitteeseen päästään, tulee vuosittain valmistua noin seitsemän uutta reumatologia.

Reumatologiresurssin vaihtelu on johtanut alueellisiin eroihin hoitoon pääsyssä (hoitotakuu), erikoissairaanhoidossa olevien osalta kiireelliseen hoitoarvioon pääsyssä sekä seurannan toteutumisessa suositusten mukaan, millä kaikella voi olla suuri vaikutus hoitotuloksiin.

Toimenpiteet reumatologiain riittävyyden varmistamiseksi

- Koulutusvirkojen ja erikoislääkärivirkojen lisääminen vastaamaan tarvetta
- Professorien määrän lisääminen siten, että jokaisessa yliopistosairaalassa on jatkossa reumatologian professuuri.
- Alan tunnetuksi tekeminen lääketieteen opiskelijoiden ja sisätauteihin erikoistuvien lääkäreiden keskuudessa, ja sitä myötä reumatologian erikoistumiskoulutuksessa olevien määrän lisääminen tavoitteiden mukaiseksi.

Mittarit reumatologiain riittävyyden varmistamiseksi

- Virkojen määrä ennen ja jälkeen
- Muutos professorien määrässä
- Reumatologiain ja valmistuvien reumatologian erikoislääkäreiden määrän muutos

1.2. Fysiatrien riittävyyden varmistaminen

Suomen fysiatripula on pahentumassa, mutta sen vaikutusten kokonaisvaltaista arviointia vaikeuttaa mm. fysiatrien epätasainen jakautuminen alueellisesti sekä ennusteiden perustuminen ERVA-aluejakoon tilanteessa, josta ollaan siirtymässä hyvinvointialueisiin. Fysiatrien eläköitymisvauhti on kuitenkin nopea. Arvio eläköityvien fysiatrien määrästä vuoteen 2035 mennessä on 55 prosenttia. Koulutusmääriä ei todennäköisesti pystytä nostamaan riittävästi eläkepoistuman korjaamiseksi. Tällä hetkellä fysiatrien kokonaismääräksi arvioidaan 146 henkilöä, joka vastaa noin 2,6 fysiatria 100 000 asukasta kohden. Erään arvion mukaan, jos vuodessa valmistuisi 10 fysiatria, fysiatrien

kokonaismäärä nousisi vuoteen 2035 mennessä 215:een, jolloin fysiatreja olisi 3,9 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Toisen arvion mukaan koulutuspaikkojen ja valmistuvien määrän pitäisi olla ainakin kaksinkertainen, koska valmistuvista fysiatreista vain osa jatkaa työskentelyä julkisessa terveydenhuollossa. Toisaalta osakoulutuspaikoista jää täyttämättä, joten myös alan vetovoimaisuutta pitäisi lisätä.

Toimenpiteet fysiatrien riittävyyden varmistamiseksi

- Alan tunnettuuden ja vetovoimaisuuden lisääminen
- Erikoislääkärinkoulutusmäärien ohjaaminen keskitetympin tarveharkintaisesti myös koulutusvirkojen määrän osalta. STM voisi käyttää ohjauskeinona erityisvaltionosuuden myöntämistä erikoistuvien lääkäreiden koulutukseen (EVO-rahoitus).
- Fysiatrian professuurit kaikkiin yliopistosairaaloihin. Fysiatrian professuuri on tärkeä kaikissa yliopistoissa tule-sairauksien hoidon kehittämisen kannalta. Sillä on tärkeä merkitys myös erikoistuvien koulutuksen järjestämisessä. Tampereella lukuun ottamatta muissa yliopistoissa professuuri on olemassa. Tilanne on korjattavissa STM:n ohjauksella koulutuksen EVO-rahoituksen avulla.

Lisäksi tarvitaan perusterveydenhuollon fysiatrisen osaamisen lisäämistä. Tärkein yksittäinen tekijä on fysiatrian osuuden lisääminen lääkäreiden peruskoulutuksessa. Fysiatrian osuus on opinnoista tällä hetkellä vain muutamia viikkoja. Lääketieteen opiskelijat saavat paremman kuvan alasta ja paremman valmiudet kliiniseen työhön perusterveydenhuollossa, jossa potilaista 20 prosenttia tulee vastaanotolle tuki- ja liikuntaelinten oireiden takia.

Mittarit fysiatrien riittävyyden varmistamiseksi

- Erikoistumispaikkojen ja erikoistujien määrät vuosittain
- Professuurien määrä yliopistosairaaloittain
- Fysiatrian opintojen määrä lääkäreiden perusopinnoissa

1.3 Perusterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon reuma- ja muun tules-osaamisen vahvistaminen

Osteoporoosiasiantuntemuksen varmistaminen perusterveydenhuollossa

Osteoporoosi on hoitosuosituksen mukaan perusterveydenhuollon vastuulla, joten lääkäreiden ja hoitajien koulutusta osteoporoosista pitää lisätä. Perusterveydenhuollossa on tärkeää lisätä yleislääketieteen erikoislääkäreiden osteoporoositietämystä osteoporoosierityispätevyyksien avulla, jolloin voidaan tehostaa osteoporoosin ehkäisyä, diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta. Luustohoitajat ovat avainasemassa murtumien ehkäisyn ja hoidon ohjauksessa ja tukena.

Hoitajille on laadittu 15 opintopisteen AMK-tasoinen osteoporoosi/luustohoitajan koulutus, jota toistaiseksi tarjotaan vain yhdessä ammattikorkeakoulussa. Nykyinen tilanne edellyttää koulutusmäärien lisäämistä.

Toimenpiteet osteoporoositietouden varmistamiseen perusterveydenhuollossa

- Tutkitaan mahdollisuudet perustaa osteoporoosiin liittyviä professuureja.
- Lääkäreiden peruskoulutuksessa tulee lisätä osteoporoosin hoitoon liittyvää koulutusta.

- On luotava yleislääketieteen erikoislääkärien osteoporoosierityispätevyysien jatkokoulutusjärjestelmä.
- Luustohoitajakoulutusta tulee lisätä ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutusvalikoimaan.

Mittarit osteoporoositietouden varmistamiseen perusterveydenhuollossa

- Osteoporoosiin liittyvien professuurien määrä
- Osteoporoosiin liittyvien opintojen toteutuminen lääkäreiden peruskoulutuksessa
- Osteoporoosihoitajien/ luustohoitajien määrä
- Yleislääketieteen erikoislääkärien osteoporoosin erityispätevyyden omaavien lääkäreiden määrä

Fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutusohjelma

Perusterveydenhuollossa on lisätiedon tarve tule-potilaiden tutkimisesta. Suomen Fysiatriryhdistys ja Suomen Fysioterapeutit ovat laatineet 15 opintopisteen suoravastaanottokoulutusohjelman, jolla tarkoitetaan toimintamallia, jossa fysioterapeutin vastaanotolle voidaan hakeutua ilman lääkärin lähetettä. Koulutusta järjestetään useassa eri ammattikorkeakoulussa.

Toimenpiteet fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutusohjelmaan

- Mahdollisuus hakeutua koulutukseen paikkakunnasta riippumatta

Mittarit fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutusohjelmaan

- 15 opintopisteen lisäkoulutuksen saaneiden fysioterapeuttien määrä

Reuma-asiantuntemuksen vahvistaminen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Perusterveydenhuollossa on selkeä lisätiedon tarve reumasairauksista ja reumatauteja sairastavien hoidosta, sillä nykykäytäntöä on reumasairaiden hoidon siirtäminen perusterveydenhuoltoon tilanteen sen salliessa. Myös reumayksiköissä tarvitaan lisäkoulutusta.

Toimenpiteet reuma-asiantuntemuksen vahvistamiseen

- Reumayksiköissä tarvitaan monipuolista osaamista. Reumasairaudet ovat usein systeemisiä, tarvitaan eri erikoisalojen välistä yhteistyötä, esimerkiksi silmä- ja sydänyksiköt.
- Perusterveydenhuollossa säännöllisesti reumapotilaita hoitavien hoitajien 10–15 opintoisteen reumakoulutus, joka antaa perusvalmiudet reumapotilaiden hoitoon.
- Toimintamallin luominen, jossa perusterveydenhuollossa työskentelevillä 10–15 opintopisteen suorittaneilla on mahdollisuus tarvittaessa erikoissairaanhoidon reumahoitajan tai reumalääkärin konsultaatioon.
- Reumahoidon perehdytyspäiviä perusterveydenhuollossa reumasairaiden kanssa työskenteleville.

- Reumahoitajiksi pätevöittää 30 opintopisteen erikoistumiskoulutus. Lisäksi tarvitaan lyhyempiä, 10–15 opintopisteen koulutuksia perusterveydenhuoltoon sekä jatkokoulutuksia erikoissairaanhoidon reumaosaamisen päivittämiseksi.
- Tarvitaan riittävät taloudelliset resurssit hoitajien lisäkouluttamiseksi.
- Perusterveydenhuoltoon tarvitaan reumasairauksien vastuulääkäreitä.

Mittarit reuma-asiantuntemuksen vahvistamiseen

- 10–15 opintopisteen koulutuksen saaneiden hoitajien määrä
- 30 pisteen erikoistumiskoulutuksen saaneiden hoitajien määrä.

1.4. Reuma- ja muita tule-sairauksia sairastavien lasten ja nuorten erityishaasteet

Lasten ja nuorten tule-terveyteen panostaminen on investointi tulevaisuuteen.

Hyvinvointialueille tarvitaan erityisesti lasten ja nuorten kivunhoitoon erikoistuneita moniammatillisia tiimejä (esimerkiksi HUS Uuden lastensairaalan Kipukeskus).

Erityisesti reuma- ja muita tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien lasten ja nuorten lääkinnällisen kuntoutuksen tulee sisältää myös riittävää ammatillisen kuntoutuksen ja urasuunnittelun osaamista, jotta nuori voi tehdä realistisia päätöksiä jatko-opiskelun ja työuran osalta.

Tavoite 2: Oireiden tunnistaminen ja hoitopolkujen sujuvuuden parantaminen

Yhtenä reuma- ja muun tule-hoidon vaikuttavuuden lisäämisen esteenä on nykyisten hoitopolkujen sirpaleisuus. Vastuunjaot eri alueilla voivat olla hyvinkin epäselviä. Sairastuneelle tämä tarkoittaa pahimmillaan sitä, että hoitoa ei saa lainkaan, hoito viivästyy, keskeytyy tai diagnoosin jälkeen potilaan tilannetta ei enää seurata. Joillekin ongelmat hoitopolussa näyttävät siten, että vain osaa terveyshaasteista hoidetaan ja kokonaisvaltaisuus puuttuu.

Kaikilla tulevilla hyvinvointialueilla ei ole hoidonporrastusohjeistusta edes yleisimpiin tule-sairauksiin liittyen. Eri alueilla asuvat kansalaiset ovat epätasa-arvoisessa asemassa hoidon suhteen.

Vaikuttavuuden lisäämiseksi on keskityttävä oleelliseen: potilaiden ja riskiryhmien tunnistamiseen, oikea-aikaiseen diagnosointiin, hoitoon ja kuntoutukseen, omahoidon tukeen ja hoidon seurantaan. Kuntoutusta ei aina mielletä osaksi hoitoa, minkä vuoksi on vaarana, että sairastunut jää kokonaan yksin toimintakyvyn parantamisen kanssa. Ongelmat saattavat eskaloitua ja pitkittyä.

Moniammatillista työskentelyä on tuettava sote-alan organisaatioissa.

2.1 Hoitopolkujen tulee olla sujuvia

2.2 Sairastuneen on päästävä oikealle hoitopolulle nopeasti

2.3 Hoitopolku tulee käsittää nykyistä laajemmin

2.1 Hoitopolkujen tulee olla sujuvia

Hoito tulisi nähdä jatkumona, josta on poistettu erilaiset kynnykset.

Toimenpiteet hoitopolkujen sujuvoittamiseksi

- Sote-uudistuksessa on tärkeää huolehtia keskeisten pitkäaikaissairauksien hyvästä hoidosta hoitoketjun alusta loppuun saakka.
- Uusia sote-keskuksia ja niiden hoitopolkuja luotaessa tulee kiinnittää erityistä huomiota sairastuneen henkilön sujuviin siirtymiin eri ammattilaisten ja hoidon tasojen välillä
 - moniammatillisen tiimin eri jäsenet
 - perusterveydenhuolto -> erikoissairaanhoido
 - erikoissairaanhoido -> perusterveydenhuolto
 - työterveyshuolto -> julkinen terveydenhuolto
 - yksityinen -> julkinen terveydenhuolto
 - lasten -> aikuisten puoli
- Tarvitaan enemmän yhteistapaamisia moniammatillisten tiimien kesken sekä laajempaa yhteistyötä. Potilaiden edustajat täytyy ottaa mukaan, kun alueellisia hoitoketjuja rakennetaan.
- Hoitopolun siirtymien sujuvoittamiseksi tarvitaan nimettyjä hoitajia, joihin potilaat voivat ottaa yhteyttä ja joita toiset hoitajat voivat konsultoida.
- Hoitosuunnitelmien tekemistä tulee lisätä
 - Terveydenhuoltolaki edellyttää hoitosuunnitelman tekemistä tarvittaessa, käytännössä niitä ei tehdä tarpeeksi, ne ovat puutteellisia tai potilas ei tiedä oman hoitosuunnitelmansa olemassaolosta.
 - Hoitosuunnitelma tulisi säätää laissa velvoittavaksi pitkäaikaissairaiden oikeudeksi ja valvoa sen toteutumista käytännössä. Hoitosuunnitelma on tehtävä yhdessä potilaan kanssa siten, että tavoitteet palvelevat potilaan elämää. Potilaan on oltava tietoinen omasta hoitosuunnitelmastaan.
 - Toimet käytännön tasolla: on kannustettava hoitosuunnitelmien toteuttamiseen ja kerrottava sen hyödyistä, luotava käytännön työhön selkeät ohjeet ja rakenteet hoitosuunnitelman toteuttamiseen sekä hyödynnettävä digitalisaatiota. Suunnitelma luodaan yhdessä potilaan kanssa.
- Laaditaan valtakunnallisesti yhtenäiset hoitoketjut keskeisistä reuma- ja muista tule-sairauksista ja hoidon porrastusohjeet. Niiden saamiseksi tarvitaan työryhmä, joka tekee suositukset.
- Hoidon tehon seuranta tulee saada toimimaan hoitosuosituksen mukaisesti.
- Digitalisaatiota tulee hyödyntää hoitopoluissa enemmän.
 - Parempi digitalisaation hyödyntäminen erityisesti pitkien etäisyyksien alueilla.
 - Tärkeää hyödyntää erikoissairaanhoidon videokonsultaatiota, jotta sieltä perusterveydenhuoltoon lähetettyä potilasta kyetään hoitamaan oikein ja lisäämään osaamista perusterveydenhuollossa.
 - Riittävät resurssit digitalisaatioon erityisesti perusterveydenhuoltoon, jotta sitä kyetään hyödyntämään ja jotta se hyödyttää eikä kuormita työntekijöitä.
 - Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat koulutusta järjestelmiin.
 - Hoitoketjuille tarvitaan sote-alueittain vastuuhenkilöt, jotka ylläpitävät ja kehittävät hoitoketjuja seulonnasta alkaen.

- Samalla on huomioitava, että kaikilla ei ole yhtäläisiä mahdollisuuksia hyödyntää digitalisaatiota.
- Tekoälyn hyödyntäminen myös hoidon tukena.
- Hoidon tehon seuranta on välttämätöntä liittää osaksi hoitopolkua.
- Tarvitaan lisää tutkimusta hoitopolkujen vaikuttavuudesta.

Mittarit hoitopolkujen sujuvoittamiseksi

- Validoidut toimintakykymittarit käytössä hoitosuhteen alussa ja lopussa
- Näyttöön perustuvien toimintakykyarvioiden hyödyntäminen hoitoketjuissa
- Potilaan oman näkemyksen kartoittaminen, esimerkiksi omaolo.fi -kehittämistyön edistyminen ja jalkautus
- Terveystieteiden yksiköihin: vähenevätkö käyntimäärät yksilötasolla, miten vaikuttaa kustannuksiin, mitä jatkohoitotarpeita tai haittavaikutuksia on ilmennyt.
- Onko työryhmiä reuma- ja muiden tule-hoitoketjujen yhtenäistämiseksi perustettu, mitä tuotoksia ryhmät ovat saaneet aikaan ja miten tuotoksia on jalkautettu.
- Kuinka monta lähikäyntiä on korvattu digitalisaatiolla.
- Potilaan näkökulma etäyhteyksiin, esim. onko helpottanut ajankäyttöä ja vähentänyt matkakustannuksia (myös yhteiskunnallinen näkökulma Kelan matkakorvauksiin) tai hankaloittanut.
- Asiakastytytyväisyyskyselyt
- Lonkkamurtumien ikävakioitu ilmaantuvuus
- Tule-potilaiden osallistuminen omahoidon tuen ja muille hyvinvointia lisääville kursseille

2.2 Asiakkaan on päästävä oikealle hoitopolulle nopeasti

Sairastuneen nopea palveluiden pariin pääsy lisää hoidon vaikuttavuutta ja ehkäisee ongelman pitkittymistä.

Toimenpiteet nopealle hoitopolulle pääsemiselle

- Kaavailtu seitsemän päivän hoitotakuu on tärkeä saada toteen. Potilaan on tiedettävä yhteyshenkilöt ja saatava heihin yhteys lain mukaisessa määräajassa, sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.
- Akuutissa tilanteessa, kuten lonkkamurtuma, kuntoutus on järjestettävä välittömästi hoitosuosituksen mukaisesti ja moniammatillisesti.
- Diagnoosi tulee saada riittävän varhain. Samalla on varmistettava, että diagnoosi ja sen merkitys on asiakkaalle selvä.
 - Huomioitava, että joissain tilanteissa on tärkeämpää arvioida potilaan todellista toimintakykyä ja tukea sitä.
- Hoidontarpeen arvioinnin kehittäminen, esim. varhainen tunnistaminen, murtumapotilaiden seulonta ja tarvittaessa moniammatillinen hoito.
- Fysioterapeuttien roolia hoidossa on vahvistettava.
 - Matalan kynnyksen palveluita, kuten fysioterapeutin suoravastaanottoja ja liikuntaneuvontaa tarvitaan lisää.
 - Fysioterapeutille tulee päästä suoraan ilman lähetettä.
 - Erikoissairaanhoidon fysioterapeutille oikeus lähettää potilas suoraan perusterveydenhuollon fysioterapeutille tai toisin päin.

- Asiakkaan tullessa perusterveydenhuoltoon arvioidaan validoiduilla mittareilla mahdollinen moniammatillisuuden tarve.

Mittarit nopealle hoitopolulle pääsemiselle

- Aika ensimmäisestä potilaan yhteydenotosta toimenpiteisiin
- Seitsemän päivän hoitotakuun toteutuminen
- Akuutissa tilanteessa viive kuntoutukseen pääsyssä (Perfect-raportoinnin kehittäminen)
- Matalan kynnyksen palveluiden määrä perusterveydenhuollossa.

2.3 Hoitopolku tulee käsittää nykyistä laajemmin

Hoitopolun käsitettä ja siihen kuuluvia toimia tulee laajentaa hoidon kokonaisvaikuttavuuden lisäämiseksi.

Toimenpiteet hoitopolun käsitteen laajentamiseksi

- Kuntoutus tulee sitoa selkeäksi osaksi hoitopolkuja.
 - Kuntoutus sekä liikunta- ja ravitsemusneuvonta ovat keskiössä tule-ongelmien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Oikea-aikainen kuntoutus on osa kokonaisvaltaista hoitoa ja tärkeä osa hoitopolkua.
 - Jokaisella asiakkaalla, jonka kohdalla ammattilainen on todennut kuntoutustarpeen, tulisi olla oikeus kuntoutukseen.
 - Kuntoutusta on tärkeää saada oikea-aikaisesti. Esimerkiksi heti leikkauksen jälkeen, sillä tässä tilanteessa seitsemän päivän hoitotakuukin on liian pitkä.
- Tarvitaan ajattelutavan muutos: hoitopolku on jatkumo, sillä ei ole päätepistettä. Hoitopolku ei pääty siihen, kun ihminen poistuu terveydenhuollon palvelujen piiristä.
- Asiakas ohjataan terveydenhuollosta järjestöjen, kunnan liikuntatoimen tai muiden palvelujen ja kaupallisten toimijoiden piiriin.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminnan integroiminen hoitopolkuun.
 - Kaikki kunnat voisivat tukea sairastuneita ja jo tule-oireisiakin esimerkiksi antamalla alennuksia liikuntapaikkoihin ja -palveluihin.

Tavoite 3: Valmentavan omahoidon ohjauksen vahvistaminen

Omahoito on keskeinen osa potilaan kokonaishoitoa. Se lisää toimintakykyä ja merkittävästi hoidon vaikuttavuutta. Potilaan sitoutuminen omahoitoon vaatii omahoidon motivoivan ohjauksen, tiedon, taidon, tuen ja seurannan. Tällä hetkellä omahoidon ohjausta ja tukea saa vain osa sairastavista. Omahoidon ohjausta tulee vahvistaa ja parantaa, jotta potilaan hoitoon sitoutuminen paranee ja sitä kautta hoidon vaikuttavuus lisääntyy.

3.1 Potilaan motivaatiota omahoitoon ja elintapoihin tuetaan näyttöön perustuvilla menetelmillä

3.2 Potilaalle on saatavilla omahoidon tukipalveluja ja niiden käyttöön opastetaan

3.3 Omahoidon onnistumista seurataan

3.4 Potilasjärjestöihin ohjaaminen liitetään kiinteäksi osaksi hoitoketjuja

3.5 Potilasjärjestöt toimivat potilaan omahoidon tukena arjessa

3.6 Potilasyhdistysten toiminta liitetään osaksi kuntien ja hyvinvointialueiden hyte-strategioita

3.1 Potilaan motivaatiota omahoitoon ja elintapoihin tuetaan näyttöön perustuvilla menetelmillä

Toimenpiteet potilaan motivoimiseksi omahoitoon

- Ammattilaisten osaamisen lisääminen omahoidon ohjaamiseen liittyen: näyttöön perustuvat menetelmät, esimerkiksi biopsykososiaalinen hoitomalli ja motivoiva haastattelu tulee ottaa osaksi ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutusta. Näin vältetään mahdollinen no-sebo-efekti ja tuetaan asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja osaamista.
- Potilaan omaa roolia tulee korostaa tule-oireiden ja -sairauksien hoidossa.
- Hoiva-ajattelusta tulee siirtyä potilaiden motivaation tukemiseen ja valmentamiseen.
- Omahoidon suunnitteluun tuki Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvosto PALKO:n ohjeiden mukaisesti (tiedonvaihto, tavoitteenasettelu, suunnitelman tekeminen, seuranta ja palautteen antaminen).
- Tule-oireiden ennaltaehkäisemiseksi ja sairauden etenemisen hidastamiseksi omahoito pitää tuoda potilaalle esiin hyvin selvästi: huomioida keskustellen mitä hän mieluiten tekee, mitä ei saa tehdä ja mitä voi itse tehdä. Omahoidon mahdollisuudet tulee huomioida, vaikka henkilöllä ei olisi diagnoosia. Tule-oireiden hoidossa toimintakyvyn ylläpitäminen tulisi olla keskiössä. Kaikissa sairauksissa terveellisillä elintavoilla voidaan tukea hyvinvointia muun hoidon ohella, ja joissakin sairauksissa se on välttämätöntä, jotta lääkehoito tehoaa.
- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilaisella on iso rooli omahoitoprosessin käynnistymisessä. Potilaan kohtaaminen ja hoitosuhteen laatu ovat keskiössä.
- Potilaalle tulee varata kiireetön kohtaaminen ja mahdollisuus kysyä häntä askarruttavat kysymykset.

Mittarit omahoidon motivointiin

- Omahoidon toteutumisen seuranta
- Potilaan oma arvio omahoidon toteutumisesta

3.2 Potilaalle on saatavilla omahoidon tukipalveluja ja niiden käyttöön opastetaan

Reuma- ja muissa tuki- ja liikuntaelinsairauksissa liikunta ja aktiivinen elämäntapa, terveelliset elintavat ja tarvittaessa kuntoutus ovat tärkeitä. Lisäksi esimerkiksi tulehduksellisissa sairauksissa ja osteoporoosissa oikean lääkehoidon toteutuminen ja siihen sitoutuminen on olennaista. Näihin tarvitaan usein potilaan ohjausta ja konkreettista tukea.

Toimenpiteet omahoidon tukipalveluihin

- Hoitomyöntyvyyden lisäämiseksi asiakas saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan ja tukea juuri hänelle sopivaan hoitomuotoon liittyen. Hoidossa tulee varmistua, että asiakas on ymmärtänyt hoidon perusteet ja hänen huoliinsa ja kysymyksiin on vastattu. Asiakkaan tulee saada tietoa, mistä hän saa tarvittaessa tukea, mikäli lisäkysymyksiä ilmenee.
- Potilaille tulee antaa selkeä ohjeistus avohoidon palvelujen löytämiseksi ja opastus niiden käyttöön.

- Potilaiden saatavilla tulee olla näyttöön perustuvia oppaita ja materiaaleja, jotka on laadittu potilaalle ymmärrettävällä tavalla.
- Liikunta- ja ravitsemustietoa sekä hoito-ohjelmia tulee olla saatavilla monikanavaisesti, jotta ne ovat jokaisen saavutettavissa.
- Tuki- ja liikuntaelinoireisiin ja -sairauksiin liittyvän tiedon tulee olla saatavilla jo neuvoloissa, sekä lasten, nuorten ja opiskelijoiden palveluissa, jotta liikunnasta, terveellisestä ravinnosta ja elintavoista tulee elämäntapa.

Mittarit omahoidon tukipalveluihin

- Käyttäjäpalautteet
- Digitaalisten materiaalien lataukset

3.3 Omahoidon onnistumista seurataan

Omahoito tarvitsee tukea ja seuranta.

Toimenpiteet PALKO:n ohjeistusten täytäntöönpanoon

- Omahoito tulee lisätä osaksi hoitosuunnitelmaa Kantaan tai muuhun sähköiseen palveluun.
- Potilaille tulee kehittää (digitaalisia) työkaluja omahoidon edistämiseksi sekä ajantasaiseen raportointiin (esim. Omaolo-alusta)
- Potilas voisi kirjata hoitosuunnitelman yhteyteen näkyväksi myös järjestöjen tarjoamiin palveluihin, kuten liikuntaryhmiin ja kursseille osallistumisen, sekä mahdollisen vertaistuen.
- Case-manager-toiminta: Oma työntekijä pitää yhteyttä asiakkaan kanssa. Pitkäaikainen hoitosuhde ja selkeä seurantasuunnitelma parantavat laatua ja jopa vähentävät kuolleisuutta. (THL 2021)

Mittarit omahoidon onnistumisen seurantaan

- Kirjatut omahoitosuunnitelmat (esim. Kantaan)
- Omaolo-alustan hyödyntäminen ja käyttömäärät
- Tutkittava omahoitosuunnitelmien ja -seuranta-alustojen käytön vaikutusta itsearvioituun toimintakykyyn sekä terveydenhuollon käyntimääriin

3.4 Potilasjärjestöihin ohjaaminen lisätään kiinteäksi osaksi hoitoketjua

Yhdistysten toiminnan ja palveluiden avulla asiakkaat voivat saada luonnollisen jatkumon kuntoutukseensa, esimerkiksi vertaistuen ja ammattilaisen tai vapaaehtoisten valvonnassa ja ohjauksessa toteutetun harjoittelun. Kaikki järjestöt eivät ole palveluntuottajia, mutta ne toteuttavat toimintaa, joka tukee omahoittoa. Yhteistyö järjestöjen ja yhdistysten kanssa tuo hoitoon potilasnäkökulman.

Monet tuki- ja liikuntaelinten oireet ovat liikkumattomuuden seurausta. Tämän tiedon pitää tavoittaa ihmiset jo ennen diagnoosia, ja tähän yhdistykset tarjoavat mahdollisuuden matalan kynnyksen toiminnallaan.

Toimenpiteet potilasjärjestöihin ohjaamiseksi

- Potilasjärjestöihin ohjaaminen tulee saada itsestään selväksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa kirjaamalla ne osaksi hoitoketjujen jatkumoa niin, että julkisen terveydenhuollon toimijat osaavat ohjata asiakkaan/potilaan järjestöjen toimijoiden piiriin.
- Moniammatilliseen tiimiin tulee nimetä potilasjärjestöjen yhteyshenkilö, joka tuntee yhdistysten mahdollisuudet ja osaa ohjata potilasjärjestöjen toiminnan pariin.

Mittarit potilasjärjestöihin ohjaamisessa

- Potilasjärjestöjen piiriin ohjattujen asiakkaiden määrä.

3.5 Potilasjärjestöt toimivat potilaan omahoidon tukena arjessa

Järjestöt tarjoavat matalan kynnyksen tietoa, tukea ja toimintaa omahoidon tueksi. Sote-järjestöissä on 1,3 miljoonaa jäsentä, 500 000 vapaaehtoista, 260 000 vertaistukijaa ja 50 000 ammattilaista. Sote-järjestöissä toimivien vapaaehtoisten työpanoksen on arvioitu vastaavaan jopa 21 000 henkilötyövuotta. Lisäksi palveluita tuottavissa järjestöissä on lähes 40 000 työntekijää. Ilman järjestöjä moni ihminen jäisi vaille tarvitsemaansa apua. (Soste 2021)

Pitkäaikaissairauden omahoidossa hyvinvoinnin edistäminen, liikunta ja terveelliset elämäntavat ovat keskeisiä sisältöjä. Potilasjärjestöt tarjoavat niihin liittyvää toimintaa, sisältöjä ja palveluja, jotka tukevat pitkäjänteisesti omahoitoa. Yhdistysten järjestämä toiminta luo säännöllisyyttä ja motivoi omahoitoon arjessa.

Potilasjärjestöjen jäsenyhdistykset ovat tärkeitä vertaistuen ja -toiminnan tarjoajia. Liittojen jatkuva ja säännöllinen viestintä jakaa sairastaville tietoa. Tietoa on saatavilla liittojen verkkosivuilla, somekanavissa, jäsenlehdissä ja yhdistysten järjestämässä toiminnassa. Järjestöjen vertaistukihenkilöt ovat tukena omaan tilanteeseen liittyvien asioiden käsittelyssä.

Yhdistysten liikuntatoiminta, sekä omahoito- ja vertaistukiryhmät tarjoavat edullisia matalan kynnyksen osallistumismahdollisuuksia. Yhdistykset tarjoavat kuntalaisille tukea ja palveluja, jotka tavoittavat niitäkin ihmisiä, jotka eivät vielä ole sote-palvelujen asiakkaita.

Toimenpiteet potilasjärjestöjen omahoidon tukeen

- Osana ammattilaisten työtä tulisi olla yhteistyö yhdistysten kanssa: ammattilaisten vierailut yhdistysten tilaisuuksissa, viestinnällinen yhteistyö ja tiedon jakaminen tarjoavat tietoa kootusti eri kohderyhmille ja sillä voidaan tavoittaa kohderyhmiä, jotka oirehtivat, mutta eivät vielä tule vastaanotolle.
- Potilasjärjestöjen tietoutta Käypä hoito -suosituksista ja avohoidon palveluista lisätään, jotta ne pystyvät tukemaan viranomaisia tiedon jakamisessa sairastaville.
- Reuma- ja muille tule-sairaille kertynyttä kokemustietoa tulee hyödyntää palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Järjestölähtöiseen kokemustoimintaan osallistuvat pitkäaikaissairaat ovat saaneet koulutuksen kokemustehtäviin, esimerkiksi puheenvuorojen pitämiseen opetus- ja koulutustilaisuuksissa ja asiakasraatien toimintaan osallistumiseen.

Mittarit potilasjärjestöistä omahoidon tukena

- Perusterveydenhuollon käyntien lukumäärä yhdistysten toiminnassa mukana olevilla verrattuna verrokkiryhmän käynteihin.
- Kokemustiedon hyödyntäminen mitattuna kokemustehtävien määrällä.

3.6 Potilasyhdistysten toiminta liitetään osaksi kuntien ja hyvinvointialueiden hyte-strategioita

- Hyvinvointialueet ja kunnat hyötyvät kehittämistyössään yhteistyöstä yhdistysten kanssa. Yhdistyksillä on paljon tietoa paikallisten ihmisten tarpeista, ja ne vaikuttavat osallisuuden tunteen luomiseen yhteisöissään. Siksi on tärkeää, että alue- ja kuntapäätäjät sekä viranomaiset tietävät paikallisten yhdistysten toiminnasta kuten vertaistuesta, neuvonnasta sekä liikunta- ja harrastusryhmistä.
- Ilman taloudellista tukea paikallisten yhdistysten on vaikea toimia. Vaikka vapaaehtoistoiminta on vastikkeetonta, toiminnan organisointiin, ylläpitämiseen ja kehittämiseen tarvitaan resursseja, kuten avustuksia ja maksuttomia tiloja.
- Potilasjärjestöjen rooli, pysyvä rahoitus ja toimintaedellytykset on turvattava valtakunnallisesti, hyvinvointialueilla ja paikallisesti, jotta ohjattua hyvinvointia tukevaa liikuntaa, sekä sopeutumisvalmennusta ja omahoitoa tukevaa vertaistukitoimintaa on riittävästi tarjolla sosiaali- ja terveydenhuollon, sekä kunnallisen sektorin palvelujen täydentämiseksi.

Mittarit potilasyhdistyksistä osana kuntien ja hyvinvointialueiden hyte-strategioita

- Potilasjärjestöjen omahoitoon liittyvien toimintamuotojen määrä ja niiden avulla tavoitettujen henkilöiden määrä
- Järjestörahoituksen kehityksen seuranta valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti
- Kuntien hyte-ammattilaisten järjestämien osteoporoosin omahoidon tuen kurssien määrä
- Kuntien ja hyvinvointialueiden hyte-tulosmittareina ovat kaatumistapaturmat ja lonkkamurtumat.
- Potilasjärjestöjen toimintaedellytysten turvaaminen tukee tulosten saavuttamista.

Tavoite 4: Hoidon saatavuuden, laadun, yhdenvertaisuuden ja yhdenmukaisuuden edistäminen

Sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito on yhteiskunnallisesti ja kansanterveydellisesti vaikuttavaa, kun se on laadukasta ja mahdollista kaikille tarvitseville sekä perustuu virallisiin hoitosuosituksiin. Kriteerit täyttävää hoitoa on oltava saatavilla asuinpaikkakunnasta ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Yhdenmukaistaminen tarkoittaa reuma- ja muiden tule-sairauksien hoidon saatavuuden, hoidon jatkuvuuden, laadun, yhdenvertaisuuden, vaikuttavuuden, turvallisuuden ja kustannusvaikuttavuuden edistämistä.

4.1. Laadukkaan hoidon tulee olla saatavilla lähellä potilasta

4.2 Kansallisia ohjeita ja suosituksia laaditaan ja hyödynnetään käytännön työssä

4.3 Laaturekisterit mahdollistavat tietoon perustuvan johtamisen

4.4 Syntyperä, ikä tai sosioekonominen asema eivät saa sulkea pois hyvää hoitoa

4.5 Laadukas hoito edellyttää monipuolista tutkimusta

4.1 Laadukkaan hoidon tulee olla saatavilla lähellä potilasta

Perusterveydenhuollon osaamista pitää lisätä. Potilaalla tulee olla helppo yhteys perusterveydenhuollon hoitajaan tai fysioterapeuttiin, jolla on reumatologian, osteoporoosin ja muiden tule-sairauksien osaamista ja jolla on käytettävissään lääkärin ja tarvittaessa asiaan erikoistuneen lääkärin tai erikoissairaanhoidon hoitajan tai fysioterapeutin konsultaatiomahdollisuus. Keskeistä on perusterveydenhuollon kyky tarjota palveluita. Digitalisaation hyödyntäminen mahdollistaa asiantuntemuksen hyödyntämisen valtakunnallisesti.

4.2 Kansallisia ohjeita ja suosituksia laaditaan ja hyödynnetään käytännön työssä

Potilaiden diagnostiikan, hoidon ja seurannan tulee olla yhdenmukaista potilaan asuinpaikasta riippumatta. Erityisesti harvinaissairauksia sairastavien osalta tulee varmistaa uusimpaan tutkimustietoon pohjaavan hoidon saaminen myös tarvittaessa keskittämällä hoitoa yksiköihin, joissa on riittävä osaaminen ao. sairauden hoidossa. Tätä tavoitetta tukemaan tarvitaan kansallisia ohjeita ja suosituksia. Reuma- ja muiden tule-sairauksien osalta on laadittu Käypä hoito -suositukset nivelreumasta, nivelpsoriasisesta, alaselkävivusta, osteoporoosista ja lonkkamurtumasta. Myös kivusta ja liikunnasta on olemassa suositukset. On varmistettava, että reuma- ja muiden tule-potilaiden kanssa työskentelevät ammattilaiset ovat tietoisia Käypä hoito -suositusten sisällöstä ja tavoitteista. Ammattilaisten tietoisuus suosituksista on vaihtelevaa ja tähän tulee kiinnittää huomiota.

Terveyskylä.fi -projektissa on yliopistosairaaloiden ammattilaisten toimesta luotu virtuaalitaloja eri erikoisalueille. Reumatalossa on potilaille saatavilla luotettavaa, ammattilaisten tuottamaa tietoa eri reumasairauksista. Reumatalossa on lisäksi potilaille ja kaikille reumapotilaiden kanssa työskenteleville ammattilaisille nähtävissä kansalliset ohjeet reumalääkkeistä, niihin liittyvistä seurantaverikokeista sekä lääkkeiden käytöstä useissa erityistilanteissa. Kaikissa Suomen reumayksiköissä lääkehoito toteutetaan yhteisten ohjeiden mukaisesti ja ohjeita päivitetään aktiivisesti. Näiden ohjeiden lisäksi perusterveydenhuoltoon on laadittava reumapotilaiden seurantaohje, jotta seuranta toteutuu ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon konsultaatio helpottuu.

Terveyskylä.fi -sivustolta löytyvät myös Nivelitalo, Kuntoutumistalo, Kivunhallintatalo, Mielenterveystalo ja Painonhallintatalo, joissa on runsaasti mm. omahoito-ohjeita tule-potilaille. Mukana on myös Vertaistalo, jonka kautta on mahdollista tavoittaa alue- ja paikallisyhdistyksiä. Terveyskylä.fi -projektin ja aktiivisesti kehitettävien virtuaalitalojen resursointi sairaanhoitopiireissä tulee turvata jatkossakin. Lisäksi tulee varmistaa, että potilaat ja ammattilaiset tuntevat virtuaalitalot ja osaavat hyödyntää niiden sisältöä.

Valtioneuvoston ns. keskittämisasiasetuksessa asetettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirille velvoite koordinoita tulehduksellisten reumasairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa. Vuonna 2018 perustettiin Reumasairauksien koordinaatiokeskus tätä velvoitetta täyttämään. Koordinaatiokeskus on selvittänyt mm. reumalääkkeiden käyttöä ja kustannuksia, alueellisia reumatologiresursseja ja reumatologien koulutustarvetta sekä antanut yhdessä Suomen reumatologisen yhdistyksen kanssa suositukset biosimilaarien käytöstä, reumatologiresursseista, reumatologien koulutusmäärästä, diagnostiikan yhdenmukaistamisesta sekä työnjaosta harvinaisten reumasairauksien osalta.

Reumasairauksien koordinaatiokeskuksen toimintaedellytykset tulee taata jatkossakin toiminnan resursoinnilla.

4.3 Laaturekisterit mahdollistavat tietoon perustuvan johtamisen

THL:n koordinoimat kansalliset terveydenhuollon laaturekisterit, kuten Reumarekisteri ja Selkärekisteri tai Perfect-tietokanta, tarvitsevat pysyvän julkisen rahoituksen. Laaturekisterit lisäävät terveydenhuollon vaikuttavuutta, yhdenvertaisuutta ja potilasturvallisuutta sekä mahdollistavat tiedolla johtamisen. Ilman rekistereitä ei voida jalkauttaa tietoon perustuvaa hoitoa. Rekisterit tuovat yhteen tutkimusta ja käytännön kliinisen hoitotyön tietoa hoidosta.

Terveydenhuollon tiedolla johtamista varten tarvitaan valtakunnallisesti vertailtavaa tietoa sairauksien diagnostiikasta ja hoidosta. Kansalliset laaturekisterit mahdollistavat tämän käytännössä. Muissa Pohjoismaissa eri terveydenhuollon laaturekistereitä on jo useita kymmeniä, Ruotsissa yli sata.

Kansallisesta laaturekisteristä saadaan valtakunnallisesti vertailtavaa tilastotietoa:

- hoitotuloksista ja lääkityksistä sekä niiden vaikuttavuudesta, haittavaikutuksista ja turvallisuudesta
- sairauden yksilöllisistä piirteistä ja hoitoindikaatioista
- diagnostisista ja hoidollisista toimenpiteistä
- hoitojen vaikuttavuudesta, haittavaikutuksista ja kustannuksista

Näiden tietojen avulla kliinistä työtä tekevät ja organisaatioiden johtotehtävissä olevat voivat vertailla ja kehittää hoitokäytäntöjä ja sujuvoittaa potilaiden hoitopolkuja. Luotettavaa tietoa tulee jakaa myös potilaille ja väestölle.

Rekisterit lisääisivät toteutuessaan sairastuneiden ihmisten elämänlaatua sekä työ- ja toimintakykyä. Lisäksi ne helpottaisivat ja tehostaisivat potilaita hoitavien ammattilaisten työtä ja antaisivat yhteiskunnalle työkalun, jolla seurata hoitoon sijoitetulla rahalla saatavia tuloksia. Laaturekisterien vakiinnuttaminen Suomeen on tärkeä osa terveydenhuollon vaikuttavuuden, yhdenvertaisuuden, potilasturvallisuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämistä.

4.4 Syntyperä, ikä tai sosioekonominen asema eivät saa sulkea pois hyvää hoitoa

Sairastamisen kustannukset potilaalle vaihtelevat merkittävästi samassakin sairaudessa tarvittavasta hoidosta ja kuntoutuksesta riippuen. Lääkehoito on keskeinen tekijä reumasairauksien ja esimerkiksi osteoporoosin hoidossa. Osa lääkkeistä on hyvin kalliita.

Jotta jokaisella olisi mahdollisuus saada hyvää hoitoa, tulisi erillisten maksukattojen sijaan olla yksi kokonaismaksukatto. Tällä hetkellä palvelu- (683 €), matka- (300 €) ja lääkemaksukattojen (577 €) yhteenlaskettu vuotuinen maksukatto on 1560 €. Sairastavan maksukattojärjestelmä tulee uudistaa eniten maksuja maksavien kustannuksia kohtuullistaen.

Kalenterivuoteen sitominen tuo suurimman taloudellisen raskaitten alkuvuoteen ja lykkää tarpeellisia, loppuvuonna aloitettavia hoitoja. Lääkekaton jaksottaminen pienempiin eriiin ja kalenterivuosisidonnaisuudesta luopuminen toisivat erityisesti helpotusta talouksiin, joissa on useampia sairastavia henkilöitä tai hyvin pienet tulot.

Palveluiden saatavuus ja laatu pitää olla hyvää riippumatta palveluntarjoajasta tai -maksajasta. Tällä hetkellä yksityisten terveysvakuutusten ja työterveyden piirissä olevilla on nopeampi hoitoon pääsy.

4.5 Laadukas hoito edellyttää monipuolista tutkimusta

Reumasairauksien sekä muiden tule-sairauksien ja -oireiden laadukas hoito perustuu monipuoliseen tutkimukseen. Lääketieteellisen, diagnostisen tutkimuksen lisäksi keskeistä on palvelujärjestelmätutkimus sekä epidemiologinen tutkimus esiintyvyydestä ja yhteydestä muihin kansansairauksiin sekä vaikutuksista yhteiskuntaan. Lisäksi tarvitaan hoitotyön tutkimusta, moniammatillista tutkimusta sairauden psykososiaalisista vaikutuksista ja hoitoon sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä.

Tarvitaan standardoidut mittarit, joilla seurataan jatkuvasti hoidon vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä lisätään yhteistä ymmärrystä hyvästä hoidosta ja sen osatekijöistä.

Hoidon kustannusten tutkimus ja seuranta on tärkeää, kun lääkitystä käyttävien määrä kasvaa merkittävästi. Keskeistä on huomioida, että toimiva hoito turvaa työ- ja toimintakykyä. Kustannustehokkaalla hoidolla varmistetaan parhaiten hoidon, kuntoutuksen ja omahoidon ohjauksen saatavuus väestön ikääntyessä.

Suomessa on viimeisen 30 vuoden aikana panostettu varsin hyvin satunnaistettuihin tutkimuksiin ja järjestelmällisiin katsauksiin pohjautuvaan, näyttöön perustuvaan lääketieteeseen. Seuraavan 30 vuoden aikana voimavaroja tulisi kohdistua erityisesti arkivaikuttavuuden tutkimiseen, arviointiin ja edistämiseen. Tätä tavoitetta varten tulee laatia valtakunnallinen strategia, joka sisältää toiminnan edellytykset, keinot ja vision.

Ministeriön nimittämään työryhmään kuuluivat seuraavat henkilöt:

Satu Gustafsson, puheenjohtaja, Suomen Reumaliitto ry
Olavi Airaksinen, sairaalan johtaja, Kuopion yliopistollinen sairaala
Jaana Hirvonen, kehitysjohtaja, Suomen Reumaliitto ry
Ansa Holm, varapuheenjohtaja, Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry
Tiina Huusko, puheenjohtaja, Suomen Luustoliitto ry
Arja Häkkinen, professori emerita
Pia Isomäki, Reumasairauksien koordinaatiokeskuksen johtaja, Tampereen yliopistollinen sairaala
Esko Kaartinen, asiantuntijalääkäri, Suomen Nivelyhdistys ry
Marja Kinnunen, toiminnanjohtaja, Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry
Anna-Liisa Koivisto, terveys- ja sairaalapalveluiden palvelualuejohtaja, Porin perusturva
Antti Malmivaara, professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Hannu Miettinen, puheenjohtaja, Suomen Ortopediyhdistys ry
Pirjo Murto, varapuheenjohtaja, Suomen Reumahoitajayhdistys ry
Ritva Peltomaa, puheenjohtaja, Suomen Reumatologinen yhdistys ry
Ilkka Pirskanen, toimitusjohtaja, Siun sote (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä)
Ulla Rantanen, järjestötoimen johtaja, Suomen Reumaliitto ry
Marjo Rinne, puheenjohtaja, Selkäliitto ry
Sisko Seppä, puheenjohtaja, Suomen Nivelyhdistys ry
Miranna Seppälä, sosiaali- ja terveyspolitiikan asiantuntija, Suomen Reumaliitto ry
Kirsi Tolvanen, puheenjohtaja, Suomen Reumahoitajayhdistys ry
Kirsi Töyrylä-Aapio, toiminnanjohtaja, Selkäliitto ry
Anu Uhtio, toiminnanjohtaja, Suomen Reumaliitto ry
Aki Vainionpää, puheenjohtaja, Suomen Fysiatryyhdistys ry

Lähteet ja viitteet pyydettyinä.

24.11.2021