

Miten reuma- ja muiden tule- sairauksien hoidon vaikuttavuutta voi lisätä?

Suomen Reumaliiton näkökulmia



Reumaliitto

Miten reuma- ja muiden tule-sairauksien hoidon vaikuttavuutta voi lisätä?

Suomen Reumaliitto haluaa nostaa reuma- ja muita tuki- ja liikuntaelinsairauksia (tule) sairastavien äänen esiin keskusteluun hoidon vaikuttavuudesta.

Suomen Reumaliitto näkee, että reuma- ja muiden tule-sairauksien hoito on vaikuttavaa, kun se on:

- 1. Laadukasta**
- 2. Kokonaisvaltaista**
- 3. Oikeaan aikaan saatua**
- 4. Tulotasoon katsomatta kaikille**

Reumasairauksien vaikuttava hoito on tärkeää, sillä hoitamattomana sairaudet voivat edelleen vammauttaa ja aiheuttaa työkyvyttömyyttä. Reuma- ja muut tule-sairaudet aiheuttavat sekä yhteiskunnallisia että yksilötason ongelmia ja kustannuksia. Suomen Reumasairauksien koordinaatiokeskus on arvioinut pelkästään reumalääkkeiden vuotuisiksi kokonaiskustannuksiksi noin 200 miljoonaa euroa.

Reumaliiton näkemys hoidon vaikuttavuuden lisäämisen keinoista perustuu vuosikymmenien kokemukseen sairauksien parissa. Näkemyksen tukena ovat esimerkiksi selvitykset sairastamisen kustannuksista, hoidon merkityksestä työkykyyn sekä hoitosuunnitelman käytön laajuudesta hoidossa. Kuulemme jäsenistöä säännöllisesti näistä teemoista.

Sairastuneen ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat useat asiat. Tässä paperissa keskitytään nimenomaan siihen, miten hoidon vaikuttavuutta voidaan lisätä.

Koonti on laadittu syksyllä 2021.

Suomen Reumaliiton näkemys siitä, miten reuma- ja muiden tule-sairauksien hoidon vaikuttavuutta voi lisätä

Reuma- ja muiden tule-sairauksien hoito on vaikuttavaa, kun se on:

1. Laadukasta

- 1.1. Reumarekisterille pysyvä rahoitus
- 1.2. Reuma- ja muiden tule-sairauksien ammattilaisia tarvitaan lisää
- 1.3. Reuma- ja muiden tule-sairauksien osaamista perusterveydenhuollossa tulee kasvattaa

2. Kokonaisvaltaista

- 2.1. Sote-keskusten palvelut tehtävä kokonaisvaltaisiksi ja hoitopolut sujuviksi
- 2.2. Hoitosuunnitelma takaa hoidon kokonaisvaltaisuutta
- 2.3. Kuntoutus on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa
- 2.4. Potilasjärjestöjen pysyvä rahoitus ja toimintaedellytykset on turvattava

3. Oikeaan aikaan saatua

- 3.1. Sairastuneen nopea hoitoon pääsy on tärkeää

4. Tulotason katsomatta kaikille

- 4.1. Sairastamisen kustannuksia potilaalle on alennettava
 - 4.1.1. Asiakasmaksu-, matka- ja lääkemaksuille kokonaismaksukatto
 - 4.1.2. Lääkekaton jaksottaminen erityisen kalliille lääkkeille
 - 4.1.3. Terveystieteiden asiakasmaksujen pienentäminen

Kun ihmiset tulotason katsomatta saavat laadukasta ja kokonaisvaltaista hoitoa oikeaan aikaan, on reuma- ja muiden tule-sairauksien hoito myös vaikuttavinta.

Näin säästyy sekä yhteiskunnan, että yksilötason kustannuksia. Se näkyy vähentyneinä kustannuksina sairauspoissaoloissa, terveydenhuollossa, lääkkeissä ja työkyvyttömyydessä.

1. Hoito on vaikuttavaa, kun se on laadukasta

1.1. Reumarekisterille pysyvä rahoitus

Kansallisten terveydenhuollon laaturekistereiden vakiinnuttaminen Suomeen on tärkeä osa terveydenhuollon potilasturvallisuuden, kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden lisäämistä.

Kansallisista laaturekistereistä saadaan esimerkiksi tilastotietoa siitä, miten:

- sujuvoittaa potilaiden hoitopolkua
- vertailla ja kehittää hoitokäytäntöjä
- tutkia eri hoitojen vaikuttavuutta ja turvallisuutta
- kertoa avoimesti hoitotuloksista potilaille ja muille kansalaisille
- ohjata palvelujärjestelmää ja palvelujen tuotantoa kohti laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa.

Kun sairastuneiden saaman hoidon laatu kasvaa, hoitopolut selkiytyvät ja potilasturvallisuus lisääntyy, kyetään säästämään terveydenhuollon kustannuksissa.

Reumasairaudet, joita on noin 200 eri diagnoosia, aiheuttavat suuria yhteiskunnallisia kustannuksia sairauspoissaolojen, työkyvyttömyyden, terveydenhuollon ja lääkkeiden muodossa. Suomen Reumasairauksien koordinaatiokeskus on arvioinut pelkästään reumalääkkeiden vuotuisiksi kokonaiskustannuksiksi noin 200 miljoonaa euroa.

Kansallinen Reumarekisteri on edellytys reumasairauksien hoitotulosten tehostamiselle sekä reumasairauksista aiheutuvien yhteiskunnallisten ja yksilötason kustannusten vähentämiselle.

STM:n asetusluonnoksessa on määritelty ne eri sairauksien laaturekisterit, jotka tulevat THL:n rekisterinpidolliselle vastuulle. Reumarekisteri oli yksi THL:n pilottirekistereistä vuosina 2018–2020. Sen [loppuraportin mukaan](#) syitä rekisterin vakiinnuttamiselle on useita.

Näemme, että Reumarekisterin asema tulee taata asetuksessa.
Toimiakseen tarkoituksenmukaisella tavalla laaturekisterit tarvitsevat
pysyvän julkisen rahoituksen.

Lisätietoa [Reumaliiton sivuilta](#), [Reumatologisen Yhdistyksen sivuilta](#), sekä [THL:n sivuilta](#).

1.2. Reuma- ja muita tule-ammattilaisia tarvitaan lisää

Hoidon vaikuttavuuden takaamiseksi tulee reuma- ja muihin tule-sairauksiin erikoistuneita terveydenhuollon ammattilaisia olla tarpeeksi.

Reumatologit hoitavat tulehduksellisia reumasairauksia, joista yleisimpiä ovat nivelreuma, selkärankareuma, nivelpsoriaasi ja lastenreuma. Pitkäaikaista lääkitystä vaativaa reumatautiä sairastaa noin kaksi prosenttia väestöstä. Määrä on kasvanut 21 prosenttia viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Reumapotilaiden hoidon ja seurannan tarve reumayksiköissä on kasvanut. Potilaan hoito edellyttää erikoisosaamista, sillä esimerkiksi lääkevaihtoehtoja on useita ja lääkkeillä mahdollisia vakaviakin haittavaikutuksia.

Reumasairauksien koordinaatiokeskus ja Suomen reumatologinen yhdistys antoivat vuonna 2019 suosituksen reumatologien määrästä. Sen mukaan väestön palvelutarpeen täyttämiseksi Suomessa tulisi olla yksi täysipäiväisesti julkisella puolella potilastyössä työskentelevä reumatologi 40 000 asukasta kohden tai vähintään 60 000 asukasta kohden. Suosituksen toteutuessakin Suomi sijoittuisi reumatologien määrässä Euroopan keskitasolle, mutta jäisi edelleen jälkeen muista Pohjoismaista.

Tällä hetkellä suosituksesta jäädään jälkeen. Syksyllä 2020 selvitetyn tilanteen mukaan Suomessa reumatologiresurssi vaihtelee välillä 1 / 50 000 ja 1 / 120 000 asukasta eri sairaanhoitopiireissä. Keskimääräinen reumatologiresurssi oli 1 / 81 000 asukasta.

Tällä hetkellä Suomessa on kolme osa-aikaista reumaprofessoria: kaksi Helsingissä ja yksi Kuopiossa. Kaikki tekevät noin 30 % työaika, joten yhteenlasketuksi summaksi tulee 100 %. Jotta reumatologien koulutusta saataisiin lisätyksi ja lisää erikoislääkäreitä alalle, tarvittaisiin jokaiseen yliopistosairaalaan vähintään yksi osa-aikainen professuuri niin, että Helsingissä olisi 100 %, koska se on isoin yliopistoklinikka ja muihin 30–50 % professuuri.

Tarvittavia toimenpiteitä reumatologien riittävyyden varmistamiseksi:

- **Koulutusvirkojen ja erikoislääkärivirkojen lisääminen**
- **Professorien määrän lisääminen siten, että jokaisessa yliopistosairaalassa on jatkossa reumatologian professuuri.**
- **Alan tunnetuksi tekeminen lääketieteen opiskelijoille, jotta erikoistumiskoulutukseen saadaan riittävästi hakijoita.**

Lisäksi Reumasairauksien koordinaatiokeskuksen toimintaedellytykset tulee taata jatkossakin toiminnan riittävällä resursoinnilla.

Reumahoitaja toimii lääkärin työparina, mutta myös moniammatillisen työryhmän jäsenenä reuman kokonaisvaltaisessa hoidossa ja kuntoutuksessa. Reumahoitajan yhtenä työtehtävänä on potilasohjaus. Sillä tarkoitetaan neuvontaa ja ohjausta koskien sairautta, lääkitystä, elämäntapoja, itsehoitoa ja sairauden omaseurantaa.

Hoitajien työ reumasairauksien kokonaisvaltaisessa hoidossa on hyvin tärkeää potilaalle sekä muille ammattilaisille. Hoitajat esimerkiksi vähentävät tarvetta reumatologikäynneille. Monesta paikasta kuitenkin puuttuu reumahoitaja kokonaan tai hänen resurssinsa ovat liian pienet. Heitä tulisi kouluttaa ja palkata nykyistä enemmän terveydenhuoltoon.

Reumatologeja, heidän virkojaan, reumahoitajia eikä reumaprofesseureja ole tarpeeksi reumapotilaiden palvelutarpeen täyttämiseksi. Ammattilaisten tilanne on eriarvoinen eri puolilla Suomea. Lisäksi esimerkiksi fysiatreja ja fysioterapeutteja tarvitaan lisää.

1.3. Reuma- ja muiden tule-sairauksien osaamista perusterveydenhuollossa tulee kasvattaa

Monissa reumasairauksissa sairauden akuutin, erikoissairaanhoidossa toteutettavan hoidon jälkeen perusterveydenhuolto ottaa vastuun hoidosta ja seurannasta.

Perusterveydenhuolto on myös taho, jonka on tärkeää huomata viitteet sairastuneen mahdollisesta reumasairaudesta tai sen aktivoitumisesta ja osata sen perusteella lähettää potilas erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon osaaminen on tärkeää myös siksi, että reumasairauksissa hoidon varhainen aloitus edesauttaa onnistunutta hoitoa.

Tällä hetkellä esimerkiksi selkärankareumassa ja Sjögrenin oireyhtymässä diagnoosin saaminen voi kestää vuosia, minkä aikana sairaus ehtii huonontua. Joissakin tilanteissa terveydenhuollon osaamattomuus voi kääntyä potilaan oireiden vähättelyksi, mikä puolestaan aiheuttaa ongelmia mm. sairastuneiden mielenterveydessä.

Tarvittavia toimenpiteitä osaamisen lisäämiseksi:

- **Tarvitaan riittävät taloudelliset resurssit hoitajien lisäkouluttamiseksi.**
- **Reumahoitajiksi pätevöittää 30 opintopisteen erikoistumiskoulutus. Lisäksi tarvitaan lyhyempiä, 10–15 opintopisteen perusvalmiudet antavia koulutuksia perusterveydenhuoltoon sekä jatkokoulutuksia erikoissairaanhoidon reumaosaamisen päivittämiseksi.**
- **Reumahoidon perehdytyspäiviä perusterveydenhuollossa reumasairaiden kanssa työskenteleville.**

Hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää osaamista reuma- ja muista tule-sairauksista.

Reumaliitto pitää tärkeänä, että perusterveydenhuollon hoitajia ja lääkäreitä koulutetaan reuma- ja muista tule-sairauksista. Reumahoitajia ja reumatologeja sekä muita tule-ammattilaisia tulee myös olla tarpeeksi

terveydenhuollon yksiköissä. Heidän osaamistaan tulee hyödyntää käytännön potilastyössä, ja kehittää konsultointimahdollisuuksia.

2. Hoito on vaikuttavaa, kun se on kokonaisvaltaista

2.1. Sote-keskusten palvelut on tehtävä kokonaisvaltaisiksi ja hoitopolut sujuviksi

Sote-uudistuksen myötä Suomeen rakennetaan sote-keskuksia. Niiden toiminta tulee määrittämään paljon sitä, miten käytännön tasolla reuma- ja muut sairaudet hoidetaan.

Reumaliitto näkee, että **kun sote-keskukset palvelevat hyvin pitkäaikais- ja monisairaita sekä vammaisia, ne palvelevat hyvin kaikkia muitakin**. Ideaali lopputulos ovat keskukset, joissa ihmistä hoidetaan ajallaan ja kokonaisvaltaisesti.

Reumasairaudet vaikuttavat ihmiseen kokonaisuutena. Siksi hyvän, **kokonaisvaltaisen hoitotuloksen varmistaminen vaatii moniammatillisen tiimin sote-keskuksiin**.

Moniammatillisen tiimin tuki sairastuneelle auttaa häntä sairautensa kanssa elämisessä. Kukin ammattilainen osaa auttaa eri elämän osa-alueella ja sairauden eri vaiheissa. Ideaalitulanteessa osataan ottaa huomioon useampien sairauksien ja niiden lääkitysten vaikutus kokonaisuuteen. Näin saadaan myös vaikuttavin hoitotulos.

Sairastuneiden hoitopolut on tärkeää rakentaa sujuviksi sote-keskuksissa.

Uusia sote-keskuksia ja niiden hoitopolkuja luotaessa tulee kiinnittää erityistä huomiota sairastuneen henkilön sujuviin siirtymiin eri ammattilaisten ja hoidon tasojen välillä:

- o moniammatillisen tiimin eri jäsenet
- o perusterveydenhuolto -> erikoissairaanhoido
- o erikoissairaanhoido -> perusterveydenhuolto
- o työterveyshuolto -> julkinen terveydenhuolto
- o yksityinen -> julkinen terveydenhuolto
- o lasten -> aikuisten puoli

Hoitopolun siirtymien sujuvoittamiseksi tarvitaan nimettyjä hoitajia, joihin potilaat voivat ottaa yhteyttä ja joita toiset hoitajat voivat konsultoida. Tarvitaan enemmän yhteistapaamisia moniammatillisten tiimien kesken sekä laajempaa yhteistyötä.

Kuntoutus tulee sitoa selkeäksi osaksi hoitopolkuja. On myös tärkeää, että asiakas ohjataan terveydenhuollosta järjestöjen, kunnan liikuntatoimen tai muiden palvelujen ja kaupallisten toimijoiden piiriin. Potilaiden edustajat täytyy ottaa mukaan, kun alueellisia hoitoketjuja rakennetaan.

Sairastuneen käytännön hoito ja kohtaaminen tapahtuu sote-keskuksissa. Sillä, miten kokonaisvaltaisesti hoitoketjut toimivat ja miten hoito on resursoitu, on suuri merkitys hoidon vaikuttavuuteen.

Tekemätöntä työtä, näkymättömiä kustannuksia -selvitys ([uutinen](#), [selvitys](#)) vuodelta 2019 tuo hyvin esiin, kuinka panostus reumasairaiden hoitoon paikallistasolla vähentää työkyvyttömyyttä. Alueella, jolla oli vähemmän reumatologeja, reumahoitajia, tehtyjä hoitosuunnitelmia, vuosikontrolleja ja moniammatillisia tiimejä, oli huomattavasti enemmän reumasairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle jääneitä ihmisiä.

[Lue lisää kannanotostamme](#)

2.2. Hoitosuunnitelma takaa hoidon kokonaisvaltaisuutta

Hoito- ja kuntoutusuunnitelmien systemaattinen tekeminen reumasairaille lisää hyvän reumahoidon toteutumisen todennäköisyyttä ja siten vaikuttavuutta.

Hoitosuunnitelma tukee hoidon suunnitelmallisuutta ja on ammattilaiselle sekä sairastuneelle työkalu sen toteuttamiseksi. Siihen kirjataan diagnoosit, hoidon ja kuntoutuksen tarve ja tavoite, työnjako, vastuutaho, hoidon toteutus ja keinot, seuranta ja arviointi sekä lääkitys. Se on potilaan työkalu omahoitoon ja tietoisuuden lisäämiseen. Se vähentää potilaan ja lääkärin välisiä kommunikaation epäselvyyksiä.

Reumaliitto toteutti keväällä 2018 [Reumahoidon laatu -verkkokyselyn](#), johon vastasi 1180 reumasairauksia sairastavaa suomalaista. Kyselyssä selvisi, että vain 30 % vastaajista tunsivat oman hoitosuunnitelmansa. Samainen kysely osoitti, että 72 % potilaista, jotka tunsivat hoitosuunnitelmansa, oli tyytyväisiä hoitoonsa. Vain 33 % vastaajista oli tyytyväisiä hoitoonsa, jos hoitosuunnitelmaa ei ollut.

Nykyisessä laissa (laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 4 a §) lukee, että hoitosuunnitelma tehdään tarvittaessa. Käytännössä harva saa hoitosuunnitelman. Reumahoidon laatu -kyselymme mukaan vain 18 prosentille perusterveydenhuollossa hoidetuista vastaajista oli tehty hoitosuunnitelma. Erikoissairaanhoidossa vastaava luku oli 39.

Tilanteen ristiriitaisuutta kuvaa se, että lääkärit usein mieltävät hoitosuunnitelman olevan tehtynä, kun paperissa on lause seuraavasta toimesta. Tästä ei kuitenkaan välity tarpeeksi potilaalle tärkeitä asioita hoidosta, minkä vuoksi tarvitsemme velvoittavuutta hoitosuunnitelmien lisäämiseksi.

Reumaliitto näkee, että **hoitosuunnitelman tekeminen tulisi säätää laissa velvoittavaksi, pitkäaikaissairaiden oikeudeksi**. Sen käytännön toteuttaminen tarvitsee myös valtakunnallista ohjeistusta ja seurantaa.

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.

[Lisätietoa nettisivuilta, Vaaliviesti 2](#)

2.3. Kuntoutus on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa

Kuntoutus on sairastuneen terveyden, hyvinvoinnin ja työ- sekä toimintakyvyn ylläpitoa ja takaisin saamista. Se on ihmisen paranemisprosessin tukemista ja hoidon vaikuttavuuden lisäämistä.

Parhaimmillaan lääkinällisellä ja ammatillisella kuntoutuksella voidaan ehkäistä tuki- ja liikuntaelimestön oireiden kroonistuminen sekä sairauden tai vaivan paheneminen, nopeuttaa parantumista, pidentää työssä jaksamista, estää palautumattomia vaurioita ja jopa enneaikainen kuolema.

Tällä hetkellä kuntien velvollisuutena on järjestää asukkaidensa lääkinällinen kuntoutus. Osassa tapauksista vastuu siirtyy Kelalle tai vakuutuslaitokselle. Useimmissa kunnissa kuntoutetaan kuitenkin vain pieni osa tuki- ja liikuntaelinsairaista, koska kunnat eivät priorisoi kuntoutusta. Lisäksi fysioterapeutteja on julkisessa terveydenhuollossa liian vähän, eikä sairastuneen kuntoutusta yksityispuolella yleensä kustanneta.

Terveydenhuollossa tai sosiaaliturvajärjestelmässämme ei ymmärretä kuntoutuksen merkitystä riittävästi, vaan se nähdään irrallisena. Kuntoutukseen ei ohjata ihmisiä tarpeeksi systemaattisesti ja järjestelmä on liian hajautunut. Monen sairastuneen kohdalla kuntoutus toteutuu liian myöhään tai jää jopa saamatta, mikä heikentää muun hoidon vaikuttavuutta ja ihmisen työ- ja toimintakykyä.

Osa sairastuneista saa tarvitsemaansa pitkäkestoista ja moniammatillista apua sairauteensa nimenomaan kuntoutuksen kautta. Se tulisi turvata kaikille tarvitseville. Tässä hyvin laadittu kuntoutussuunnitelma toimii oleellisena työkaluna.

Reumaliitto korostaakin, että kuntoutuksella on tärkeä rooli sairauden huonontumisen ennaltaehkäisyssä ja toisaalta sen hetkisen terveyden ylläpitämisessä. Valitettavan usein sairastuneen toimintakyvyn pitää romahtaa, ennen kuin hän saa kuntoutusta.

Kuntoutus tulisi nähdä investointina, joka maksaa itsensä takaisin vähentyneinä kustannuksina muualla terveys- ja sosiaalihuollossa sekä työkyvyttömyyskustannuksissa. Se on myös oleellinen osa työurien pidentämistä ja kotona asumisen tukemista.

Reumaliitto näkee, että jokaisella tulisi olla oikeus kuntoutukseen, ja kannattaa siksi kuntoutustakuun asettamista.

Reumaliiton mielestä kuntoutus tulee sitoa selkeäksi osaksi hoitopolkuja hyvinvointialueilla ja sote-keskuksissa sekä huomioida tekeillä olevassa sote-uudistuksessa.

[Lisätietoa nettisivuilta, Vaaliviesti 2](#)

2.4. Potilasjärjestöjen rahoitus ja toimintaedellytykset on turvattava

Suomessa toimii yli 11 000 sosiaali- ja terveysalan järjestöä. Niissä on 1,3 miljoonaa jäsentä ja toimintaan osallistuu puoli miljoonaa vapaaehtoista. Vertaistukijoita järjestöissä on 260 000 ja ne työllistävät kymmeniä tuhansia alan ammattilaisia. ([SOSTE](#))

Järjestöt edistävät kansalaisyhteiskuntaa tukemalla apua tarvitsevia ihmisiä, kokoamalla heitä yhteen ja vaikuttamalla heidän elinympäristöönsä. Pelkästään Reumaliitolla on 138 yhdistystä ympäri Suomea, joissa on jäseniä yhteensä 30 000. Näissä yhdistyksissä tuetaan useilla tavoin ihmisten toimintakykyä ja elämää sairauden kanssa. Kyselymme mukaan 72 % jäsenistämme kokee yhdistyksen jäsenyyden lisäävän heidän hyvinvointiaan.

Koronan aiheuttamissa poikkeusoloissa ja sote-uudistuksen aikaansaamissa muutoksissa järjestöjen joustavuus ja yhteiskuntaa vakauttava toiminta ovat nousseet erityiseen arvoon. Tarve järjestöjen tarjoamaan tukeen on ilmeinen.

Valtakunnalliset ja paikalliset järjestöt täydentävät julkisia palveluita, ja auttavat siten julkista sektoria toimimaan kustannustehokkaammin ja laadukkaammin. Rahapelitoiminnan tuottojen laskuun, sote-uudistukseen ja yleiseen taloustilanteen huonontumiseen liittyen järjestöjen toimintamahdollisuudet ovat uhattuina.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen pysyvä ja ennakoitavissa oleva rahoitus tulee taata.

Rahoituksen lisäksi potilasjärjestöihin ohjaaminen tulee saada itsestään selväksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Näin järjestöjen koko potentiaali auttaa ja tukea sairauden kanssa tulisi paremmin käyttöön, mikä lisää hoidon kokonaisvaikuttavuutta.

Terveydenhuollossa moniammatilliseen tiimiin tulee nimetä potilasjärjestöjen yhteyshenkilö, joka tuntee yhdistysten mahdollisuudet ja osaa ohjata potilasjärjestöjen toiminnan pariin.

Ottamalla potilasjärjestöt mukaan valtakunnannollisten, hyvinvointialueiden, kunnan ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen, niistä saadaan vaikuttavampia.

Tarvitaan asenne- ja toimintamuutosta, jossa alueiden eri toimijat näkevät järjestöt kumppaneina. Järjestöissä on paljon kokemustietoa ja osaamista, joita kannattaa

hyödyntää valtakunnan ja paikallistason sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa, suunnitteluvaiheissa ja toteutuksessa. Näin palveluista saataisiin asiakaslähtöisempiä.

Lisätietoa nettisivuiltamme:

[Kuntavaalisivut](#)

[Eduskuntavaaliviesti](#)

3. Hoito on vaikuttavaa, kun se on oikeaan aikaan saatua

3.1 Sairastuneen nopea hoitoon pääsy on tärkeää

Reumasairauksissa varhainen diagnosointi ja hoidon käynnistäminen vaikuttavat olennaisesti sairauden ennusteeseen. Pitkät jonot ja odotusajat hankaloittavat sairautta.

Mitä kauemmin hoidon aloitus kestää, sitä enemmän sairaus ehtii edetä ja pahimmillaan tehdä pysyviä vaurioita. Nopealla hoitoon pääsillä voidaan vähentää hoidon komplikaatioita ja kokonaiskustannuksia sekä lisätä vaikuttavuutta. Erityisesti lapsen tai nuoren sairastuessa kyse on kymmenien vuosien toimintakyvyn turvaamisesta.

Tällä hetkellä sairastunut voi valitettavasti joutua odottamaan useassa eri kohdassa hoitoa: ensin perusterveydenhuoltoon, eri kokeisiin sekä kuvauksiin ja sitten vielä erikoissairaanhoidon ja pahimmillaan leikkauksiin ja kuntoutukseen.

Myös jo diagnoosin saaneet voivat joutua odottamaan pääsyä turvakokeisiin tai muuhun sairauden seurantaan.

Fysioterapeuttien roolin vahvistaminen tukisi osaltaan nykyistä nopeampaa hoitoon pääsyä erityisesti tule-sairauksissa:

- o Matalan kynnyksen palveluita, kuten fysioterapeutin suoravastaanottoja ja liikuntaneuvontaa tarvitaan lisää.

- o Fysioterapeutille tulee päästä suoraan ilman lähetettä.

- o Erikoissairaanhoidon fysioterapeutille oikeus lähettää potilas suoraan perusterveydenhuollon fysioterapeutille tai toisin päin.

Reumaliitto kannattaa lämpimästi hallituksen aloitetta seitsemän päivän hoitotakuusta, ja kiirehtii toimia sen toteuttamiseksi.

Oleellinen osa nopeaa hoitoon pääsyä on myös se, että reumahoidon ammattilaisia on riittävästi (ks. kohta 1.2). Hoitoon pääsyn nopeutta edesauttavat myös hoitosuunnitelma (kohta 2.2) ja kuntoutussuunnitelma (kohta 2.3). [Lisätietoa kannanotostamme](#)

4. Hoito on vaikuttavaa, kun se taataan kaikille tulotason katsomatta

4.1 Sairastamisen kustannuksia potilaalle on alennettava

Hoidon vaikuttavuuden ytimessä ovat oikea-aikaiset käynnit lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten pakeilla, lääkärin hoitoon määräämät lääkkeet ja hoidot sekä sairastuneen riittävien itsehoitovalmiuksien saavuttaminen. Jotta sairastunut henkilö voi näitä toteuttaa, hänellä tulee olla niihin tarpeeksi varaa.

Reumaliitto ja kolme muuta potilasjärjestöä teettivät [selvityksen sairastamisen kustannuksista](#), johon vastasi yhteensä lähes 1900 pitkäaikaissairasta henkilöä vuonna 2018. Selvityksen mukaan 36 prosenttia kokee pitkäaikaissairaudesta koituvat kustannukset melko tai erittäin suurena rasitteena kokonaistaloudelliseen tilanteeseensa.

Sairastamisen kustannukset ovat monelle Suomessa liian korkeat. Kaikilla ei ole varaa lääkkeisiin tai sairauden vaatimiin hoitoihin.

4.1.1 Asiakasmaksu-, matka- ja lääkemaksuille kokonaismaksukatto

Sairastamisen suuret kustannukset näkyvät erityisesti lääke-, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksu- ja matkakustannuksina. Kustannuksia hillitsemään on asetettu vuotuisia maksukattoja, joiden jälkeen asiakas ei maksa mitään tai maksaa vähemmän.

Vuonna 2021 maksukatto terveydenhuollon maksuille on 683 €, lääkkeille 579,78 € ja matkoille 300 €. Maksukatot ovat yhteensä lähes 1 600 euroa. Lisäksi kattojen ulkopuolelle jää useita muita kuluja terveyteen liittyen. Suomessa käyttäjien maksamat omavastuut ovat kansainvälisesti verrattain suuria.

Suomen Reumaliiton jakaa SOSTEn näkemyksen siitä, että asiakasmaksu-, matka- ja lääkemaksuille tulee asettaa kokonaismaksukatto.

Kokonaismaksukatton tason tulisi olla korkeintaan 837,59 euroa. Tämä vastaa yhden kuukauden takuueläkkeen tasoa. Erilliset maksukatot kuitenkin säilyisivät ja niitä seurattaisiin jatkossakin.

[Lisätietoa nettisivuilta, Vaaliviesti 1](#)

4.1.2. Lääkekaton jaksottaminen erityisen kalliille lääkkeille

Hoidon vaikuttavuuden kannalta lääkärin määräämä lääkehoito on hyvin tärkeä. Kaikilla ei kuitenkaan ole varaa lääkärin tarpeelliseksi katsomaan lääkkeeseen.

Vaikeuksista hankkia lääkkeitä kertoo esimerkiksi se, että vuonna 2018 Kelan perustoimeentulotuen kokonaiskustannuksista noin 5 % (37 miljoonaa euroa) kohdistui apteekkeista maksusitoumuksella tehtyihin ostoihin. Kaksi kolmasosaa näistä kustannuksista aiheutui sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden omavastuista. ([Kelán blogi](#)).

Lääkkeiden maksuvaikeuksista kertoo myös se, että potilasjärjestöjen yhteiseen [selvitykseen](#) vastanneista lähes 1900 henkilöstä, on lääkkeiden hinnan vuoksi:

- **30 %** pyytänyt toista halvempaa lääkettä, vaikka esimerkiksi reuman hoidossa kalliimpi lääke olisi hoidollisesti parempi
- **27 %** siirtänyt lääkkeen hankkimista
- **24 %** tinkinyt muista välttämättömistä menoista, kuten ruoasta
- **20 %** saanut rahaa perheenjäseniltä tai ystäviltä
- **10 %** jättänyt lääkärin suositteleman lääkkeen hankkimatta
- **5 %** hakenut toimeentulotukea
- **4 %** ottanut lainaa

Reumasairauksissa erityisesti kalliit, biologiset lääkehoidot aiheuttavat suurten kertakustannustensa vuoksi haasteita sairastuneille. Lääke on sairausvakuutuslain mukaan kallis, mikäli se maksaa yli 1 000 euroa/pakkaus. Tällaisilla lääkkeillä hoidetaan esimerkiksi nivelreumaa. Kun perheessä useampi sairastaa, maksut moninkertaistuvat.

Kalliita lääkkeitä sairautensa hoitoon tarvitsevat joutuvat maksamaan 579,78 euron lääkkeiden vuosiomavastuun pahimmillaan kertarysäyksellä alkuvuodesta. [Kelán mukaan](#) tammikuun kolmen ensimmäisen viikon aikana lääkekatto täyttyi jopa 3 398 henkilöllä.

Kalenterivuositain laskettavan lääkekaton ongelma kärjistyy siinä, että loppuvuodesta ensi kertaa kallista lääkettä ostavat ostajat joutuvat maksamaan lyhyessä ajassa lääkekaton summan kahdesti (esimerkiksi joulukuussa ja tammikuussa).

Reumaliitto näkee, että paljon sairastavan kokonaiskustannuksia (lääkekatto, matkakatto ja terveydenhuollon asiakasmaksukatto) tulisi kaikkienensa pienentää. Kuitenkin jo pelkästään lääkekaton kertamaksun pienentäminen toisi helpotusta lääkekustannusten osalta kaikkein hankalimmassa tilanteessa oleville.

Kun kyseessä on kallis ja vaikean sairauden hoidossa tarvittava lääke, lääkkeiden vuosiomavastuu tulisi jakaa esimerkiksi neljään osaan. Tällöin sairastuneen kertamaksu olisi 144,90 euroa, mikä on huomattavasti inhimillisempi kuin nykyinen lähes 600 euron kertamaksu.

[Lisätietoa lääkekaton jaksottaminen](#)

4.1.3 Terveysthuollon asiakasmaksujen pienentäminen

Hoito on vaikuttavaa vain, mikäli sairastuneella on varaa käydä hoidossa. Kaikilla eivät rahat riitä tarvittaviin hoitoihin. Terveysthuollon asiakasmaksujen maksuvaikeuksista kertoo esimerkiksi niihin käytetty toimeentulotuen ja ulosottojen määrä.

Kelan mukaan lähes 200 000 kotitaloutta saa vuosittain toimeentulotukea terveystmenoihin. Ulosotossa olevien sosiaali- ja terveystpalvelumaksujen maksujen määrät ovat kasvaneet menneen vuosikymmenen aikana 240 000:sta lähes 460 000 asiaan. ([Kela blogi](#)).

[Vuonna 2018 teettämäämme selvitykseen](#) vastanneista 1900 pitkäaikaissairaasta on sosiaali- ja terveysthuollon asiakasmaksujen vuoksi:

- **18 %** tinkinyt muista välttämättömistä menoista, kuten ruoasta
- **15 %** saanut rahaa esim. perheenjäseniltä / ystäviltä
- **12 %** siirtänyt menemistä sosiaali- tai terveysthuoltoon
- **8 %** jättänyt menemättä sosiaali- tai terveysthuoltoon
- **3 %** hakenut toimeentulotukea
- **2 %** ottanut lainaa

Sosiaali- ja terveysthuollon asiakasmaksulain 11 § 1 momentti velvoittaa kunnat ja kuntayhtymät alentamaan tai jättämään perimättä maksun silloin kun sen periminen vaarantaa henkilön tai hänen perheensä toimeentulon edellytyksiä.

Käytännössä asiakasmaksuja pienennetään tai jätetään perimättä todella harvoin, mistä suuret ulosottojenkin määrät kertovat. Heinäkuussa 2021 voimaan tullut asiakasmaksulain muutos pyrkii lisäämään pykälän käyttöä kunnissa. Tämän käytännön toteutuminen täytyy varmistaa.

Terveysthuollon asiakasmaksujen kertymisen seurantavastuu tulee siirtää sairastuneilta viranomaisille. Lisäksi maksuttomia terveysthuollon palveluita on hyvä lisätä.

[Lisätietoa nettisivuilta, Vaaliviesti 1](#)