



**Kestävä
terveyden-
huolto**

Tekemätöntä työtä, näkymättömiä kustannuksia

**Jatkoselvitys: Mistä alueelliset erot työ- ja
toimintakyvyssä johtuvat?**





Sisällys

- 4** Johdanto
- 6** Taustatietoja selvityksestä
- 8** Yhteenveto tutkituista alueista
- 12** **TEESI 1.** Toimivat hoitoketjut ja tiivis yhteistyö saavat aikaan hyviä hoitotuloksia
- 16** **TEESI 2.** Innostunut ammattilainen kehittää omaa työtään
- 20** **TEESI 3.** Oikea hoito, vähemmän sairauspoissaoloja
- 26** Miten tästä eteenpäin?



Johdanto

VUONNA 2017 julkistimme Tekemätöntä työtä, näkymättömiä kustannuksia –selvityksen, jossa tarkasteltiin tulehduksellisten suolistotautien (IBD, inflammatory bowel diseases) ja reumasairauksien aiheuttamia poissaoloja työstä ja alentunutta työkykyä. Silloin selvityksen tavoitteena oli tutkia, mitä kustannuksia – myös epäsuoria – pitkäaikaissairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä syntyy yhteiskunnalle, työnantajille ja sairastaville itselleen.

UUODEN 2017 selvityksessä huomattiin myös, että Suomessa on merkittäviä alueellisia eroja sairastavien työkyvyttömyydessä. Alueellisen tasavon toteutuminen kyseisten sairauksien hoidossa voitiin tällöin kyseenalaistaa.

Aiemman selvityksen perusteella päätimme selvittää lisää työkyvyttömyyteen ja sairaspöissaoloihin liittyvää alueellista vaihtelua IBD:tä tai reumaa sairastavilla henkilöillä ja kartoittaa niihin vaikuttavia syitä. Jatkoselvityksen valmisteluryhmässä olivat mukana AbbVie Oy, Crohn ja Colitis ry, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Lääkäriliitto, Reumaliitto ry, Sitra, Tehy ja Terveystalo Oy. Selvityksen toteutti Medaffcon Oy.

Alueellisia eroja tutkittiin tässä selvityksessä kolmella alueella Suomessa sekä suolisto- että reumasairauksien osalta. Aluevalintaan käytettiin Eläketurvakeskus ETK:n ja Kelan yhteistilastoa työkyvyttömyyseläkkeistä. Aluevalintaa varten reumasta tai IBD:stä johtuva työkyvyttömyys suhteutettiin saman sairaanhoitopiirin taustaväestön työkyvyttömyyteen ja valittiin kolme aluetta, jotka poikkesivat toisistaan näiden sairauksien perusteella kirjautuneen työkyvyttömyyden suhteen.

Tässä selvityksessä työkyvyttömyyteen ja sairaspöissaoloihin liittyvää alueellista vaihtelua selittävät nämä kolme asiaa:

1. Toimivat hoitoketjut ja tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä saavat aikaan hyviä hoitotuloksia
2. Innostunut ammattilainen kehittää omaa työtään
3. Oikea hoito, vähemmän sairauspöissaoloja

Toivomme päättäjien ja vaikuttajien ottavan Teke-mätöntä työtä, näkymättömiä kustannuksia -jatkoselvityksen tulokset huomioon pitkäaikaissairaiden hoitoketjujen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä hoidon tasa-arvoisuuden ja hoitohenkilökunnan resursoinnin toteutumisen varmistamisessa. Jokainen pitkäaikaissairauksia sairastava on oikeutettu saamaan yhdenvertaista hoitoa asuinalueestaan riippumatta.

**Selvityksen valmistelutyöryhmä
Helsingissä 20.11.2018**

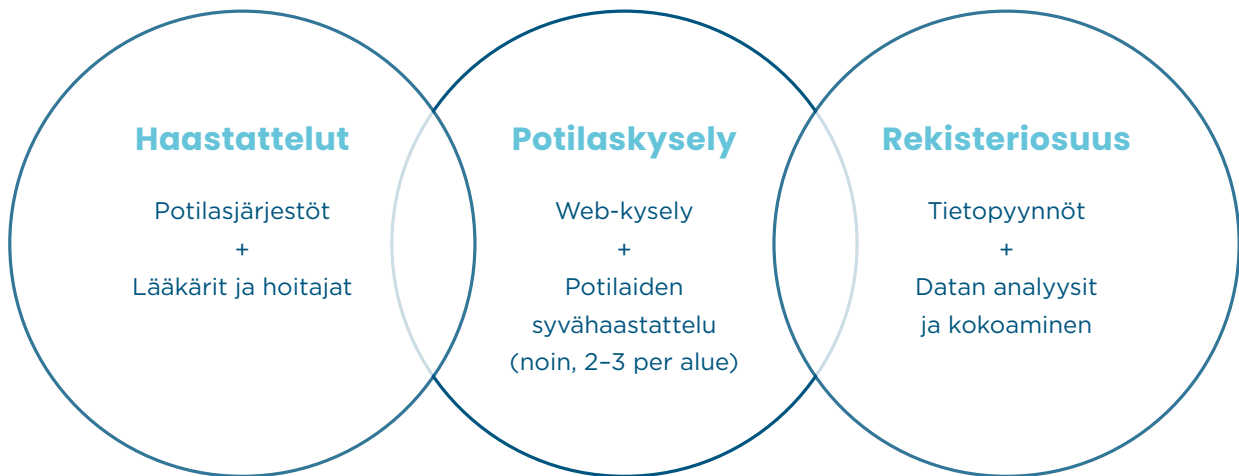
Taustatietoja selvityksestä

SELVITYKSEN KOHTEIKSI valittiin kolme aluetta sekä reuman että IBD:n osalta. Alueita 1, 2 ja 3 ei nimetä tässä selvityksestä tehdyssä julkaisussa. Aluevalintaa varten reumasta tai tulehduksellisesta suolistosairaudesta johtuva työkyvyttömyys suhteutettiin saman sairaanhoitopiirin taustaväestön työkyvyttömyyteen ja valittiin kolme aluetta, jotka poikkesivat toisistaan näiden sairauksien työkyvyttömyyden suhteen. Aluevalinnat validoitiin haastatteleamalla reumatologia sekä gastroenterologia. Valitut alueet palvelevat väestömäärältään samansuuruisia, noin 170 000 hengen alueita.

Selvityksessä tietoa kerättiin kolmesta eri näkökulmasta: sairastava, terveydenhuollon ammattilainen sekä yhteiskunnan rekisteritieto. Selvityksessä käytettiin THL:n, Kelan ja Eläketurvakeskuksen rekisteritilastoja. Terveydenhuollon ammattilaisia haastateltiin valittujen alueiden keskussairaaloissa. Haastateltavaksi pyydettiin sekä terapia-alueen (IBD/reuma) erikoislääkäri että reuma- tai IBD-sairauksiin erikoistunut hoitaja. Alueilla asuville sairastaville lähetettiin potilasjärjestöjen avulla sähköpostikyselyt. Lisäksi kullakin alueella syvähaastateltiin 2-3 sairastavaa.

KUVA 1.

Selvityksessä käytetyt tutkimusmenetelmät



Yhteenveto tutkituista alueista

ALUEET 1, 2 JA 3 eroavat toisistaan sekä alueen väestöön suhteutettujen, reumasta ja IBD:stä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden osalta että hoitokäytäntöjen osalta. Kuvasta 2 nähdään, että IBD:stä ja reumasta johtuvia työkyvyttömyyseläkkeitä on vähiten alueilla 1 ja eniten alueilla 3. Alue 2 jää molempien terapia-alueiden osalta kahden muun alueen välimaastoon.

Taulukoihin 1 ja 2 (sivulla 10 ja 11) on koottu alueiden 1, 2 ja 3 eroavaisuudet hoitokäytäntöjen osalta sekä IBD- että reumasairauksissa. IBD:n osalta alue 1 eroaa muista alueista siten, että sairastavilla on osittainen hoitosuunnitelma. Lisäksi gastroenterologeja sekä IBD-hoitajia on alueen keskussairaalassa töissä yli puolet enemmän verrattuna alueisiin 2 ja 3.

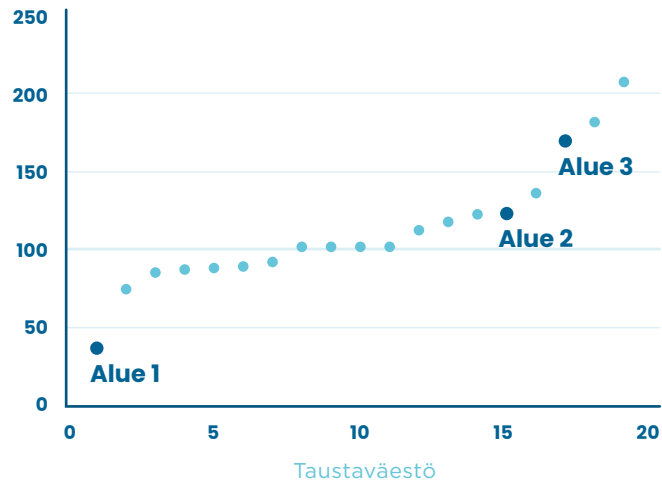
Reumasairauksien osalta alue 1 eroaa alueista 2 ja 3 monella tavalla. Alueella 1 reumahoitaja on tavoitettavissa 8 tuntia arkipäivässä. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa on säännöllistä ja tiivistä. Sairastaville on kirjattu hoitosuunnitelma ja he käyvät säännöllisesti vuosikontrollissa. Reumatologien ja reumahoitajien määrä on korkeampi kuin alueilla 2 ja 3. Hoitoon osallistuu reumatologin ja reumahoitajan lisäksi moniammatillinen tiimi. Hoidon vaikuttavuutta ja laatua kyseisellä alueella voidaan myös seurata rekisterin avulla.

KUVA 2.

Työkyvyttömyyseläkkeet alueilla 1, 2 ja 3 IBD:n ja reumasairauksien osalta

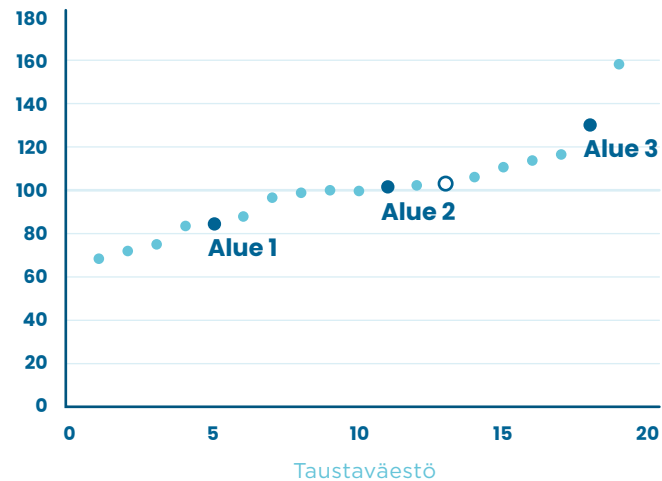
Työkyvyttömyys-
eläkkeiden määrä

IBD: Työkyvyttömyyseläke. Mediaani=100



Työkyvyttömyys-
eläkkeiden määrä

Reuma: Työkyvyttömyyseläke. Mediaani=100



TAULUKKO 1.

Yhteenveto IBD:n hoidon osa-alueista eri alueilla

	Alue 1	Alue 2	Alue 3
IBD-hoitajan tavoitettavuus	4h/pv (ma-pe)	6h/pv (sairaanhoitaja vastaa, joskus IBD-hoitaja)	1h/pv (ma-to)
Saako potilas itse lisätä/vähentää lääkitystään oireiden mukaan?	Kyllä	-	Kyllä
Yhteistyö PTH:n kanssa	Rakenteen vuoksi tiivistä	Ei juurikaan	Ei juurikaan
Kirjattu hoitosuunnitelma?	Osittainen	Ei	Ei
Säännöllinen vuosikontrolli?	Ei	Ei	Ei
Säännölliset tähytykset?	Väh. 5 vuoden välein	Väh. 5 vuoden välein	3 vuoden välein
Calpron mittaustiheys	Lähes aina lääkärikäynnin yhteydessä	Tarvittaessa oireiden perusteella	Lähes aina lääkärikäynnin yhteydessä
Onko potilaille omaa rekisteriä?	Ei enää	Ei	Ei
Moniammatillisen tiimin osallistuminen hoitoon?	Tarvittaessa	Tarvittaessa	Tarvittaessa
Gastroenterologien määrä	4 ja 1 erikoistuva	1	2 ja 1 erikoistuva
IBD-hoitajien määrä	2	0,5	1
Kuinka usein remissiossa oleva potilas käy lääkärin vastaanotolla?	Vain tarvittaessa*	Vain tarvittaessa*	1-2 vuoden välein*
IBD-hoitajan koulutus	On tarjolla, välillä vaikeaa osallistua	Omasta toimesta ei juurikaan, lääketeollisuus järjestää joskus, mutta osallistuminen on vaikeaa resurssipulan takia	Yleensä lääkeyritysten järjestämää, silloin tällöin voi osallistua

* Riippuu käytössä olevasta lääkityksestä

TAULUKKO 2.

Yhteenveto reumahoidon osa-alueista eri alueilla

	Alue 1	Alue 2	Alue 3
Reumahoitajan tavoitettavuus	8h/pv (takaisinsoittopalvelu)	4h/pv (ma-pe)	1-2h/pv
Saako potilas itse lisätä/ vähentää lääkitystään oireiden mukaan?	Kyllä	Ei	Kyllä
Yhteistyö PTH:n kanssa	Säännöllistä ja tiivistä	Ei juurikaan	Ei juurikaan
Kirjattu hoitosuunnitelma?	Kyllä	Ei	Ei
Säännöllinen vuosikontrolli?	Kyllä	Kyllä	Ei
Onko potilaille omaa rekisteriä?	Kyllä	Ei	Ei
Moniammatillisen tiimin osallistuminen hoitoon?	Aina	Tarvittaessa	Tarvittaessa
Reumatologien määrä	4	1,75	0,45
Reumahoitajien määrä	4,5	1	1
Kuinka usein remissiossa oleva potilas käy lääkärin vastaanotolla?	Kerran vuodessa/ tarvittaessa	Kerran vuodessa	Tarvittaessa
Reumahoitajan koulutus	Koulutusta on tarjolla paljon ja hoitajat osallistuvat säännöllisesti. Osallistuvat myös AMK:n kanssa reumahoitajakoulutuksen järjestämiseen	Koulutusta on hyvin tarjolla, resurssit rajoittavat välillä osallistumista	Useat tahot järjestävät koulutusta ja osallistuminen on säännöllistä

TEESI 1.



Toimivat hoitoketjut ja tiivis yhteistyö saavat aikaan hyviä hoitotuloksia

REUMASAIRAUKSIEN ja tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoketjuissa havaittiin selvityksessä merkittäviä alueellisia eroja. Selvityksen perusteella erottavana tekijänä voidaan pitää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä tukevia rakenteita sekä järjestelmiä. Hoidon vaikuttavuutta ja laatua ei seurata millään alueella systemaattisesti.

SELVITYKSEN PERUSTEELLA alueelliset erot hoitopoluissa sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä ovat merkittävimpiä erottavia tekijöitä alueiden hoitoketjuissa. Terveystenhuollon rakenteiden ja järjestelmien tulisi tukea erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Selvityksen perusteella voidaan todeta, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä ei juuri ollut alueilla 2 ja 3 tai se oli yksittäisten ja aktiivisten erikoislääkäreiden varassa. Alueella 1, jossa yhteistyö oli tiivistä, nousi selvityksessä esiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset tiiviit rakenteet.

Kuvista 3 ja 4 näkyy, että terveydenhuollon palveluiden järjestäminen ja yhteistyö vaihtelevat sairaanhoitopiirin sisällä huomattavasti. Reumasairauksia tarkastellessa huomataan, että poliklinikkakäyntien määrä on suuri mutta vastaavasti syyspesifin osastohoidon määrä on pienempi. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien osalta alueella 2 poliklinikkakäyntien määrä on suuri ja syyspesifin osastohoidon tarve jälleen pienempi. Selvityksen perusteella on siis nähtävissä, että suuremmat poliklinikkakäyntien määrät saattavat olla yhteydessä alhaisiin osastovuorokausiin.

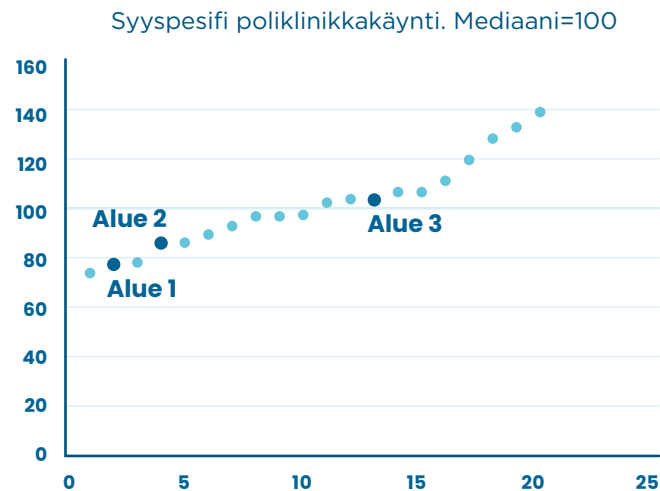
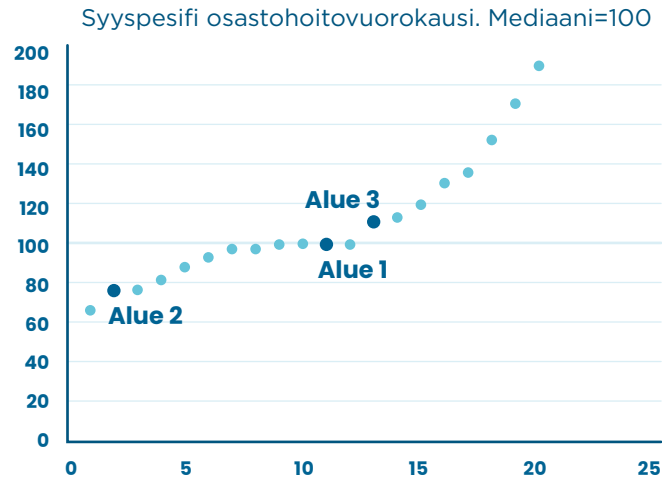
Selvityksessä tehtyjen haastattelujen perusteella voidaan lisäksi todeta, että IBD:tä sairastavat ovat alueella 1 seurannassa erikoissairaanhoidossa kun taas alueilla 2 ja 3 seuranta pyritään siirtämään perusterveydenhuoltoon. Reumasairauksia sairastavista valtaosaa pyritään seuraamaan perusterveydenhuollon puolella. Terveystenhuollon henkilöstö näkee, että IBD:tä sairastavien osalta hoidon seuranta tulisi uudelleenjärjestää tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon rajallisten resurssien sekä taudin yleistymisen vuoksi.

Lisäksi selvityksessä havaittiin molempien selvityksessä mukana olleiden sairauksien osalta alueellisia eroja hoitopolkujen kehittämisessä, toteuttamisessa sekä akateemisessa tutkimuksessa.

Hoidon vaikuttavuuden ja laadun arviointi on merkittävä osa hoitoketjua. Selvityksestä käy myös ilmi, ettei hoidon vaikuttavuutta tai laatua seurata systemaattisesti reumasairauksien eikä tulehduksellisten suolistosairauksienkaan hoidon osalta. Seurantaa saattaa olla yksittäisen sairaalan tasolla mutta kokonaisuutta ei seurata sairaanhoitopiirien tai ERVA-alueiden tasolla.

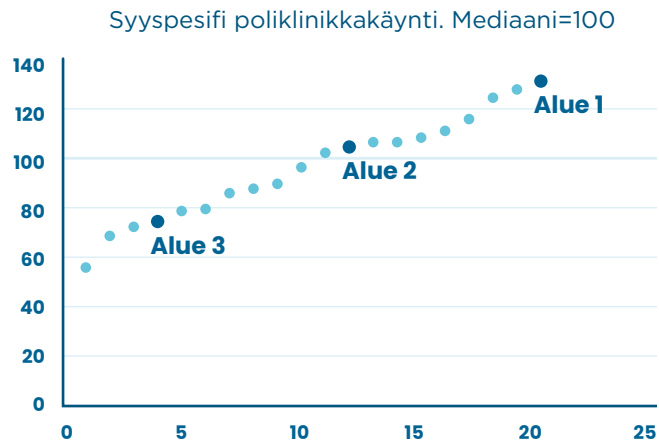
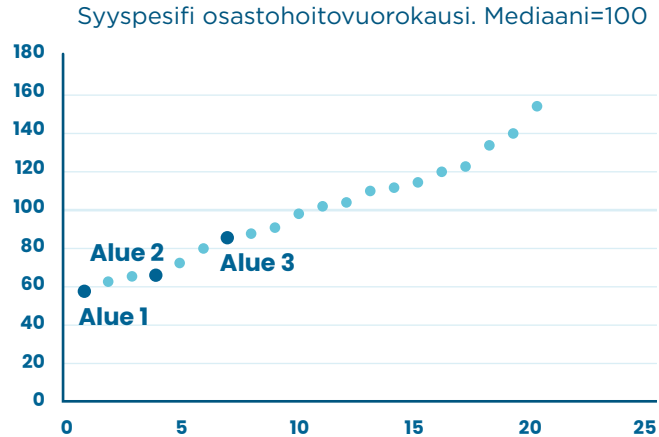
KUVA 3.

Tulehduksellisia suolistosairauksia sairastavien syyspesifit osastohoitovuorokausien ja poliklinikkakäyntien määrät



KUVA 4.

Reumasairauksia sairastavien syyspesifit osastohoito- vuorokausien ja poliklinikkakäyntien määrät



TEESI 2.



Innostunut ammattilainen kehittää omaa työtään

SELVITYKSEN PERUSTEELLA terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuus kouluttautua ja alueella tehtävä hoitokäytäntöjen kehitystyö saattavat selittää osaltaan alueellisia eroja hoitotuloksissa.

TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISET, joita haastateltiin alueella 1, kertoivat alueella tehdyistä hyvistä uudistuksista ja toimivista hoitoketjuista. Myös potilasjärjestöt ja sairastavat raportoivat kehitysilmapiiiristä ja siitä, että he ovat huomanneet kehitystyön positiiviset tulokset. Alueella 1 IBD- ja reumahoitajille on tarjolla koulutusta, erityisesti reuman osalta. Alueella 1 hoitotyön kehittäminen on selvästi pidemmällä kuin alueilla 2 ja 3. Lisäksi alueella 1 akateemisen tutkimuksen tekeminen on yleisempää.

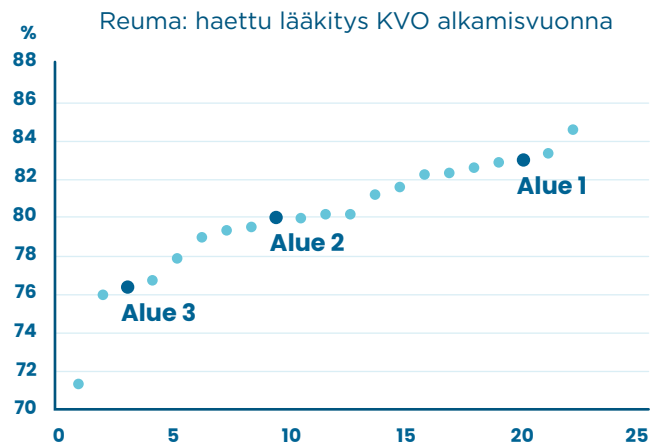
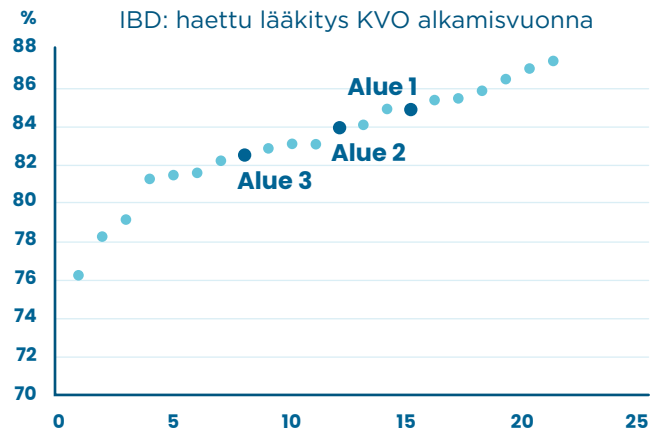
Selvityksen perusteella terveydenhuollon ammattilaiset nostivat sairaanhoitopiirien yhdeksi epäarvoistavaksi tekijäksi resurssit ja niiden vähyden. Selvityksessä resurssien vähyden katsottiin kaikilla alueilla johtuvan sairaaloiden määrärahoista, sairaalan resurssien allokoinnista, osittain rekrytointivaikeuksista ja osaavan henkilökunnan puutteesta. Resursseilla nähtiin vaikutusta sairaanhoitopiiriin tilanteeseen sekä kehitysmahdollisuuksiin.

Kaikki haastatellut erikoislääkärit ja sairaanhoitajat korostivat sairastavan hoitoon sitoutumisen tärkeyttä ja sairastavan omaa vastuunkantoa sairaudestaan hoidon onnistumisen kannalta merkittävänä tekijänä. Vertaistuki nostettiin myös esille tärkeänä hoidon toteutumiseen vaikuttavana tekijänä. Terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat, että potilaan suhde omaan hoitajaan ja kontaktitiheys terveydenhuoltoon nostavat hoitoon sitoutumista.

Alueella 1 hoitoon sitoutuminen lääkkeen apteekista noutamisen osalta on suurempaa kuin alueilla 2 ja 3. Alueella 1 on myös erikoislääkäreitä ja sairaanhoitajia enemmän suhteutettuna sairastaviin kuin alueilla 2 ja 3. Sairastavat myös raportoivat IBD-hoitajan tapaamisista useammin alueella 1 kuin alueilla 2 tai 3. Terveydenhuollon ammattilaisten arvio hoitokontaktin merkityksestä ja tiheydestä näyttäisi vaikuttavan näiden tietojen valossa positiivisesti alueen 1 sairastavien hoitoon sitoutumiseen.

KUVA 5.

IBD ja reuman korvausoikeuteen (KVO) sidotun lääkkeen noutaminen apteekista korvausoikeuden alkamisvuonna keskiarvona vuosina 2014–2016



Poimintoja erikoislääkäreiden ja hoitajien haastatteluista

” Olisi tärkeää tavata potilaita useammin ja korostaa hoitoon sitoutumista. Voi mennä pitkäkin aika ennen kuin heitä näkee ja usein vain silloin kun tauti on pahenemisvaiheessa.

-IBD-HOITAJA

” Potilasmäärät kasvavat, se tulee olemaan tulevaisuuden iso haaste. 30% gastroenterologeista on jäämässä 10 vuoden sisällä eläkkeelle. Gastroenterologien koulutus on pitkä ja erikoistumispaikkoja liian vähän.

-GASTROENTEROLOGI

” Aina ei varsinkaan pitkälle edenneissä taudeissa osata reagoida oikein, kun erikoislääkäriä ei ole perusterveydenhuollossa. Klassinen ongelma, jossa olisi parantamisen varaa. Hyväähän se olisi perusterveydenhuoltoa kouluttaa, mutta heillä on niin paljon sairauksia jota tulisi hallita, joten vaikeaa on.

-GASTROENTEROLOGI

” IBD-hoitotyöhön on koulutettu noin 50-60 hoitajaa Suomessa, ja jos ajatellaan että joka sairaalassa olisi oma hoitaja, niin se on ihan liian vähän. Ilmeisesti koetaan, että kaikkialle ei hoitajaa tarvita ja niillä resursseilla menään, mitä on.

-IBD-HOITAJA

” Reumatologeja on tällä erä-alueella 1,6/100 000, kun Ruotsissa tavoite on 5/100 000. Nykyisillä resursseilla on pakko määritellä tarkasti, mitä erikoissairaanhoidossa tehdään. Miten minipainostuksella saadaan maksimaalinen hyöty potilaalle.

-REUMATOLOGI

” Jokaiseen sairaanhoitopiiriin terveyskeskukseen pitäisi saada reumavastaavia ja yhteistyötä sairaaloiden välillä. Perusterveydenhuollon rooli reumapotilaiden hoidossa on merkittävä ja sitä pitäisi koko Suomen tasolla kehittää.

-REUMAHOITAJA

” Tiedän, että kaikkia reumahoitajia ei päästetä koulutukseen. Koulutus on kuitenkin tärkeää ja toivon sitä lisää kaikille reumahoitajille.

-REUMAHOITAJA

TEESI 3.



Oikea hoito, vähemmän sairaus- poissaoloja

REUMASAIRAUKSIA ja tulehduksellisia suolistosairauksia sairastavat henkilöt kokivat perusterveydenhuollon osaamisen riittämättömäksi oman sairautensa hoidossa.

SELVITYKSESSÄ NOUSI esiin, että noin puolet reumasairauksia ja tulehduksellisia suolistosairauksia sairastavista ihmisistä hakee ensisijaisesti ongelmiinsa apua erikoissairaanhoidosta. Selvityksessä kävi ilmi, että niin tulehduksellista suolistosairautta sairastavat kuin reumasairauksia sairastavat henkilöt eivät kokeneet perusterveydenhuollon osaamista riittäväksi oman sairautensa hoidossa.

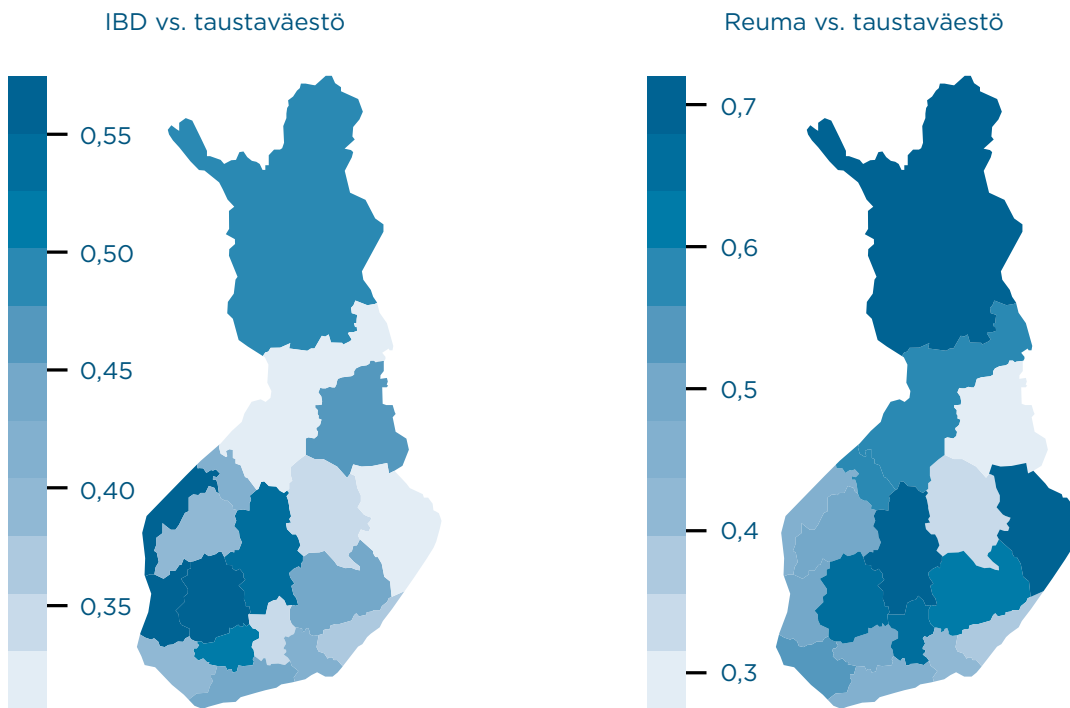
Tulehduksellisia suolistosairauksia sairastavien mielestä terveydenhuollossa tärkeitä ja mahdollisesti toimintakykyä ylläpitämistä auttavia asioita ovat IBD-hoitajien merkitys sairauden hoidossa sekä niin lääkärin kuin hoitajan tavoitettavuus. Reumasairauksia sairastavat nimesivät puolestaan työ- ja toimintakyvyn ylläpidossa tärkeiksi liikunnan, kuntoutuksen sekä kokonaisvaltaisen hoidon ja hyvän hoitosuhteen terveydenhuollon asiantuntijan kanssa. Terveydenhuollon puolelta toivottiin kokonaisvaltaisempaa hoitoa.

Selvityksen perusteella voidaan todeta, että diagnoosin saamisen jälkeen reumasairauksia sairastavat kokivat toimintakykynsä parantuneen ja IBD:tä sairastavien sairauspoissaolot olivat vähentyneet. Selvityksestä kävi lisäksi ilmi, että tulehduksellisia suolistosairauksia sairastavat pitävät sairauspoissaolojen vähentämiseksi ensiarvoisen tärkeänä potilaiden kuuntelua oikean hoidon löytymisessä.

Sairauspoissaoloja suhteessa taustaväestön sairauspoissaoloihin havaittiin tasaisesti kaikilla alueilla, kuitenkin IBD:n osalta alueella 1 ja reuman osalta alueilla 2 ja 3 hiukan vähemmän (kuva 6.)

KUVA 6.

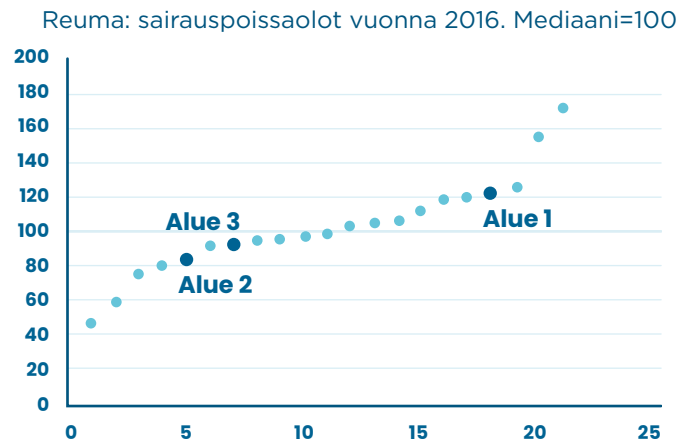
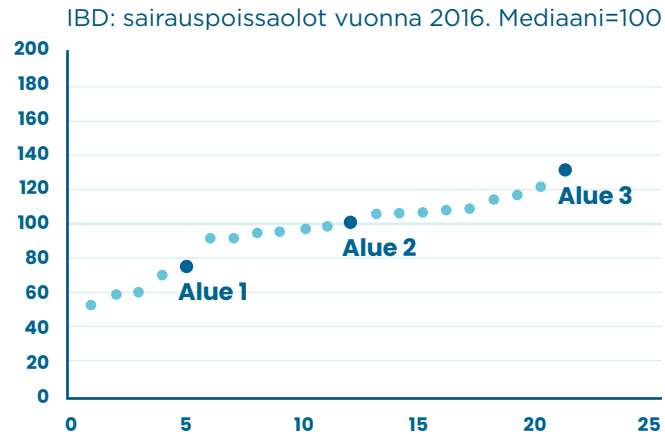
Tulehdukselliseen suolistosairauteen sekä reumaan liittyvät sairauspoissaolot suhteutettuna taustaväestön sairauspoissaoloihin



Lähde: Kela.

KUVA 7.

Valittujen alueiden sijoittuminen sairauspoissaolojen suhteen IBD:n ja reuman osalta



Poimintoja sairastavien haastatteluista

” Tärkeää olisi oikea resursointi ja oman lääkärin saaminen. Potilaat eivät ota turhaan yhteyttä kontrolliaikojen välillä ja lääkäriä pitäisi päästä tapaamaan silloin kun sen tarve tulee.

-REUMAA SAIRASTAVA

” Hoitajan rooli on iso ja hoitajia pitäisi olla riittävästi. On ainoa taho, jolla on vähän enemmän aikaa kuunnella potilasta ja on linkki kiireisten lääkäreiden ja potilaan välillä. Usein pelkät hoitajan neuvot ja apu riittää ja hänen kauttaan onnistuu reseptien uusinnatkin nopeasti.

-REUMAA SAIRASTAVA

” Kokonaisvaltainen hoito ja kiireettömyys. Kiire näkyy tällä hetkellä ja vaikka aika olisi lääkärille varattu, on lääkäri myöhässä eikä soveltuvia asioita ehditä hoitaa. Pitäisi saada Kelalle kelpaava lääkärin lausunto, mutta kukaan lääkäri ei ehdi keskittyä tarpeeksi kirjoittamiseen sen.

-REUMAA SAIRASTAVA

” IBD-hoitajan tavoitettavuus on tärkeää, pitäisi olla joka päivä tavoitettavissa, tällä hetkellä on vain muutamina päivinä viikossa. Lääkärille pitäisi saada helposti puhelinaikoja, fyysisesti lääkärin tapaaminen ei tuo mitään lisäarvoa, jos ei tehdä tutkimuksia. Tärkeää olisi pitää kaikki potilaat erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollon puolella ei osaamista tämän sairauden kohdalla ja tauti voi aktivoitua ihan yllättäen.

-IBD:TÄ SAIRASTAVA

” Olen sekä sairaalan että terveyskeskuksen seurannassa. Terveyskeskuksen pitäisi määrätä turvakokeet, mutta ei sekään tunnu toimivan. Reumaosaamista ei ole terveyskeskuksessa eikä lähetettä saa erikoissairaanhoidon helposti.

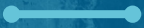
-REUMAA SAIRASTAVA

” Hoidon pitäisi olla kokonaisvaltaisempaa eikä hoitaa pelkkää suolta. Tauti vaikuttaa ihmiseen kuitenkin kokonaisuutena vaikka tulehdus olisi suolessa.

-IBD:TÄ SAIRASTAVA

” Ennen kuin perusterveydenhuoltoon saadaan osaamista, potilaita ei pitäisi hoitaa siellä.

-IBD:TÄ SAIRASTAVA



Tärkeää olisi oikea
resursointi ja oman lääkärin
saaminen. Potilaat eivät
ota turhaan yhteyttä
kontrolliaikojen välillä ja
lääkärinä pitäisi
päästä tapaamaan silloin
kun sen tarve tulee.

The background of the entire page is a blue-tinted photograph showing the silhouettes of several people standing in a line, likely waiting in a clinic or hospital. The silhouettes are dark against a lighter, textured background that appears to be a wall or a window with some light filtering through.



Miten tästä eteenpäin?

SELVITYKSESSÄ MERKITTÄVÄMPÄNÄ tekijänä alueellisten erojen syihin nousivat erot hoitoketjuissa, terveydenhuollon innovatiivisuudessa sekä kehitystyössä, resursseissa ja hoitokomplianssissa. Selvitys myöskin nosti esiin puutteen systemaattisessa hoidon vaikuttavuuden ja laadun seurannassa.

Selvityksen mukaan hyvä hoitosuhde, riittävät resurssit, yhteistyö eri terveydenhuollon toimijoiden välillä, taudin muoto ja potilaan sitoutuminen hoitoon havaittiin merkittävimmit tekijöiksi potilaiden hyvinvoinnin kannalta. Terveydenhuollon rakenteiden ja järjestelmien tulisi tukea erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Yhdenvertaiset hoitotulokset on saatavissa kaikkialla Suomessa.

AbbVie

Kati Nyman, yhteiskuntasuhdejohtaja

MEILLÄ SUOMALAISILLA on vahva usko siihen, että saamme yhdenvertaista hoitoa riippumatta siitä, missä päin maata asumme. Tämän selvityksen perusteella niin ei ole ainakaan tässä tarkasteltujen pitkäaikaissairauksien osalta. Eriarvoisuutta on vaikea hyväksyä. Hyvä uutinen kuitenkin on, että tilanteeseen on jo olemassa ratkaisuja – nyt hyviä, toimivia käytäntöjä pitää jalkauttaa laajempaan käyttöön. On myös ensiarvoisen tärkeää, että pitkäaikaissairauksien toimiviin hoitoketjuihin kiinnitetään huomiota, kun terveydenhuoltomme perustaa uudistetaan.

AbbVie on sitoutunut edistämään kestävän terveydenhuollon ja hyvien hoitokokonaisuuksien rakentamista yhdessä kumppaneidensa kanssa.

Crohn ja Colitis ry

Ulla Suvanto, toiminnanjohtaja

SELVITYKSEN MUKAAN hyvä, vaikuttava hoito edellyttää monen tahon sujuvaa yhteistyötä ja kehittävää työtettä. Hyvä hoitosuhde rakentuu sairastavan, lääkärin ja hoitajan väliselle yhteistyölle, jota tarvittaessa tulee täydentää muiden terveydenhuollon asiantuntijoiden osaamisella. Hoitajilla on merkittävä rooli toimia kokonaisvaltaisen hoidon koordinoijina sekä yhteyshenkilöinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Terveydenhuollon uudistuksessa tulee huomioida tarve uusien hoitajien kouluttamiselle ja virkojen perustamiselle eri hoitoyksiköihin.

Selvityksessä kävi ilmi, että monilta pitkäaikaissairailta puuttuu kokonaan hoitosuunnitelma, mikä on keskeinen osa hyvän hoidon toteutumista. Hoitosuunnitelma tulisi laatia sairastavan ja hoitavan tahon yhteistyönä, ja siinä pitäisi huomioida sairastavan elämäntilanne ja toiveet oman hoitonsa suhteen. Selvitykseen vastanneet totesivatkin, että mahdollisuus vaikuttaa oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon lisää hoitoon sitoutumista, mikä vähentää sairaudesta aiheutuvia poissaoloja työstä tai opiskeluista.

Hyvä, vaikuttava hoito toteutuu, mikäli tulevaisuuden terveydenhuollon kulmakiviä ovat yhteistyö, toimivat hoitoketjut ja hoidon suunnitelmallisuus.

Elinkeinoelämän keskusliitto

Jan Schugk, asiantuntijalääkäri

Selvityksen tekoaikana Jan Schugk työskentelee Elinkeinoelämän keskusliiton asiantuntijalääkärinä. Selvityksestä tehdyn raportin julkistamisen aikaan Schugk työskentelee Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varman tulevana ylilääkärinä.

EI OLE YLLÄTYS, että samojen sairauksien hoidon tulokset vaihtelevat eri alueilla. Yllättävää sen sijaan on, että näihin eroihin ei ole haluttu puuttua nykyistä voimaperäisemmin, etenkin kun syyt erojen takana ovat varsin helposti hahmotettavissa. Parempiin tuloksiin päästään, jos terveydenhuoltohenkilökunta tekee työtään innostuneena ja omaa työtään kehittäen. Tähän vaikuttavat suoraan riittävä resursointi sekä itse toiminnan ja siitä vastaavien ihmisten hyvä johtaminen. Potilaiden sitouttaminen hoitoon, hoidon järjestelmällisyys ja sen toteutumisen seuranta näkyvät niin ikään tuloksissa. Erikoissairaanhoidon pyrkii siirtämään potilaiden seuranta perusterveydenhuoltoon. Ilman erikoissairaanhoidon tukea ja aitoa yhteistyötä perusterveydenhuollolla ei kuitenkaan ole edellytyksiä selviytyä omasta osuudestaan hoitoketjua. Nykyistä parempiin ja yhtenäisempiin hoitotuloksiin pääseminen edellyttää valtakunnallista ohjausta ja tavoiteasettelua, seuranta ja vertailua sekä alueellisia kannustimia, jotka palkitsevat tehdystä hyvästä työstä ja sen avulla saavutetuista tuloksista.

Lääkäriliitto

**Heikki Pärnänen, johtaja,
politiikkatoimiala**

TÄMÄ JA EDELLINEN 'Tekemätöntä työtä, näkymättömiä kustannuksia' -selvityksemme vahvistavat vanhastaan tiedossa olevaa asiaa: meillä Suomessa on huomattavia alueellisia eroja eri sairauksien hoitotuloksissa, toimenpiteiden määrissä ja indikaatioissa, hoitokomplikaatioissa, ja näemmä myös sairauksien aiheuttamassa työkyvyttömyydessä. Selvityksen tuloksiin tutustuessani mieleeni nousi taannoinen keskustelu ja sen keskeinen teema: *"Kuka ottaisi kopin?"*

Selvitys nostaa mahdollisina alueellisten erojen syinä esille mm. riittävät resurssit, terveydenhuollon ammattihenkilöstön innostuneisuuden ja kyvyn motivoida potilaita sitoutumaan hoitoonsa. Erityisesti kroonisissa sairauksissa potilaiden rooli hoidon toteuttamisessa ja onnistumisessa kun on aivan keskeinen.

Olen tehnyt työurastani suurimman osan perusterveydenhuollon potilastyössä. 1990-luvulla kehitimme pienessä kunnassa aktiivisesti kansansairauksien hoitotasapainoa, menestyksellisesti. Samaan aikaan eräs tuttu yrittäjä kysyi, sopien hyvin omiin havaintoihimme: *"Ketkä ovat teidän A-luokan asiakkaitanne – ja kuinka usein te kontaktoitte heitä?"*.

Niin – pitää ottaa koppi ja estää palloa puutoamasta!

Reumaliitto

Maria Ekroth, toimitusjohtaja

TULEHDUKSELLISISSA reumasairauksissa oikea-aikainen, onnistunut hoito lisää mahdollisuuksia ehkäistä pysyviä nivelvaurioita. Kuten tämä selvitys osoittaa, reumasairauksien hoidossa näkyy suomalaista terveydenhuoltoa vaivaava epätasaisuus. Reumaliiton tekemän selvityksen mukaan erikoissairaanhoidon on erinomaista, mutta perusterveydenhuollossa on potilaan näkökulmasta puutteita.

Erikoissairaanhoidon asiakkaista kolme viidestä oli tyytyväisiä hoitoonsa kokonaisuudessaan, perusterveydenhuollossa vain yksi viidestä. Monin paikoin perusterveydenhuollossa ei ole lainkaan reumaan perehtyneitä lääkäreitä tai hoitajia. Sinne tarvittaisiin lisää reuma-alan osaamista, nykyistä tiiviimpää yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa ja perusterveydenhuollossa reumasairauksia sairastavia potilaita tulisi keskittää samoille lääkäreille ja hoitajille, jotta heidän osaamisensa karttuisi. Merkittäviä eroja kyselyssä oli myös hoitoon pääsyssä. Perusterveydenhuollossa hoidetuista vastaajista yli puolella oli ongelmia päästä tarvittaessa lääkärin vastaanotolle, reumapoliklinikoilla hoidetuista vain neljänneksellä.

Reumaliiton tekemän kyselyn mukaan (n. 1 180 suomalaista) suurin osa reumasairauksia sairastavista ei tunne omaa hoitosuunnitelmaansa. Vain 30 prosenttia vastaajista tunsivat oman hoitosuunnitelmansa, eli tiesi miten heidän reumasairauttaan hoidetaan jatkossa. Hoitosuunnitelmansa tuntevat vastaajat olivat paljon muita vastaajia tyytyväisem-

piä hoitoonsa kokonaisuudessaan. Heistä erittäin tai melko tyytyväisiä oli 72 prosenttia, muista vastaajista vain 33 prosenttia. Hoitosuunnitelman tunteminen vähentää potilaan epätietoisuutta ja lisää hoitomyönteisyyttä ja edistää hoidon onnistumista. Reumasairauksista ei nykytiedon mukaan voi parantua ja monilla hoito jatkuu läpi koko elämän.

Tehy

Kirsi Sillanpää, johtaja, yhteiskuntasuhteet ja kehittäminen

SOTE-UUDISTUKSEN alkuperäisenä tavoitteena on ollut palvelujen saatavuuden ja integraation parantaminen koko valtakunnan alueella. Tämä selvitys osoittaa, että pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon saatavuudessa on alueellisia ja laadullisia eroja. Tiedämme, että toimimattomat hoitoprosessit, viivästynyt hoitoon pääsy tai diagnoosi johtavat kustannusten kasvuun aiheuttaen potilaille ja heidän läheisilleen inhimillistä kärsimystä.

Tarvitsemme yhteistä tahtotilaa parantaa palvelujen saatavuutta ja kehittää kustannustehokkaita ja asiakaslähtöisiä hoitopolkuja, joissa ammattihenkilöiden osaaminen on kohdennettu tarkoituksenmukaisesti potilaiden hyväksi.

Tehyssä haluamme erityisesti korostaa hoitajien merkitystä pitkäaikaissairaiden hoidossa. Asiantuntijasairaanhoitajien (esim. reuma-, diabetes-, IBD-hoitajien ja fysioterapeuttien) osaamista tulee hyödyntää silloin, kun potilaalla on monia kroonisia sairauksia. Perusterveydenhuollossa asiakasvastaavat voivat olla keskeisessä roolissa koordinoimassa pitkäaikaisesti sairaan potilaan hoitopolkuja. Asiakasvastaavana voi toimia esimerkiksi lisäkoulutettu sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Näin parannetaan myös potilaiden oikeutta osallistua hoitopäätösten tekoon, saada tietoa sekä parannetaan osaamisen tehokasta käyttöä potilaan ja perheiden hyväksi.





Kestävä terveyden- huolto

**AbbVie, Crohn ja Colitis ry, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Lääkäriliitto,
Reumaliitto ry, Sitra, Tehy ja Terveystalo**