

Munuais- ja maksaliiton aluevaaliteemat 2025

1. Munuais- ja maksasairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen

- Ylipainosta aiheutuva rasvamaksatauti on noussut kansansairaudeksi. Suomessa jo joka kolmannella aikuisella on rasvoittunut maksa ja yhä useampi myös kuolee maksatautiin. Ylipainoon liittyvä rasvamaksatauti on nykyisin lapsuusiän yleisin maksasairaus.
- Kymmenesosalla väestöstä on krooninen munuaissairaus, joka viidellä prosentilla on edennyt keskivaikeaksi munuaisten vajaatoiminnaksi. Osa sairastuneista tarvitsee munuaiskorvaushoitoa eli dialyysihoitoa tai munuaisensiirron. Dialyysihoito sairaalassa maksaa noin 60 000 euroa vuodessa hoidossa olevaa kohti.
- Kansalaisten tietoisuuden lisääminen, varhainen tunnistaminen ja kaikille avoimet matalan kynnyksen palvelut ovat avainasemassa, kun halutaan vaikuttaa elintapojen aiheuttamiin sairauksiin. Hyvinvointialueen tulee varata riittävästi resursseja elintapasairauksien ennaltaehkäisyyn, elintapoja koskevaan neuvontaan ja ohjaukseen sekä elintapamuutosten tukemiseen. Omahoidon tukemisella voidaan saada merkittäviä säästöjä terveydenhuollon menoissa.
- Perusterveydenhuollon terveystarkastusten yhteydessä maksasairauksien tarkempi tutkimus olisi merkittävä etu sairauden kulkuun puuttumisessa. Munuaistautia tulisi seuloa erityisesti riskiryhmiin kuuluvilta potilailta (diabetes, korkea verenpaine, ylipaino).
- Tiedolla johtaminen parantaa hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Kansallisten laaturekisterien tuottamaa tietoa tulee hyödyntää palveluja suunniteltaessa. Kroonisen munuaistaudin varhainen toteaminen ja hoito -strategia (tammikuu 2025) tukee palvelujen suunnittelua ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta.

Suomessa kuolleisuus keskeisiin kansantauteihin on johdonmukaisesti vähentynyt viimeisten 50 vuoden aikana. Samalla ajanjaksolla ikävakioitu maksakuolleisuus on kasvanut 2,5-kertaiseksi. Maksasairauksien aiheuttama tautitaakka on huomattava. Arvion mukaan ne aiheuttavat Suomessa enemmän menetettyjä työkykyisiä elinvuosia kuin esimerkiksi iskeemiset sydänsairaudet, aivohalvaus tai keuhkosityöpiä.

Elintavoista johtuvat maksasairaudet yleistyvät jatkuvasti - sekä aikuisten että nuorten keskuudessa. Vyötärölihavista 80 prosentilla esiintyy rasvamaksaa. Rasvamaksan taustalla voi olla myös tyypin 2 diabetes tai runsas alkoholinkäyttö. Myös lasten ja nuorten maksa voi rasvoittua. Suomen ja Euroopan maksa-asiantuntijoiden mukaan sairaus on alidiagnosoitu ja perusterveydenhuollon tietoisuutta sairaudesta tulisi parantaa ja palveluita lisätä.

Alkoholimaksasairautta sairastavia on maassamme 200 000 ja kuolleisuus alkoholimaksasairauksiin on EU:n korkeimpia. Hoitamattomana maksasairaus voi edetä kirroosiin ja maksasyöpään. Pohjoismaista Suomessa on eniten uusia maksasyöpädiagnooseja. Ylipainosta aiheutuvaan rasvamaksaan liittyy neljä kertaa suurempi vakavan taudin riski, jos myös käyttää runsaasti alkoholia. Maksasairauden myöhäinen tunnistaminen ja sairastuneiden puutteellinen neuvonta ja ohjaus aiheuttavat suuret kustannukset hyvinvointialueille sekä turhaa kärsimystä sairastuneille ja läheisille. Osa maksakirroosia sairastavista ohjataan suoraan palliativiseen hoitoon, koska muut hoitovaihtoehdot eivät tule enää kysymykseen.

Suomessa munuaistaudin ennustetaan lisääntyvän merkittävästi seuraavien 10–15 vuoden kuluessa. Kroonisen munuaistaudin taustalla on usein diabetes tai verenpainetauti. Myös ikääntyminen ja ylipaino lisäävät sairastumisriskiä. Tauti lisää merkittävästi kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin. Munuaistauti on voimakkaasti alidiagnosoitu. Taudin varhaisvaiheessa tehdyt elintapamuutokset ja lääkehoito voivat viivästyttää dialyysihoitoon tai elinsiirtoon päättymistä merkittävästi. Varhaisen munuaistaudin tunnistaminen ja hoito on erittäin kustannusvaikuttavaa.

2. Kotidialyysihoidon lisääminen ja kotidialyysihoidossa olevien maksurasituksen pienentäminen

- Dialyysihoido on elämää ylläpitävää hoitoa, joka kuuluu lääketieteen kalliisiin hoitoihin. Hoidon toteuttamistapa vaikuttaa merkittävästi kuluihin. Hoito voidaan toteuttaa joko sairaalassa tai kotona. Kotidialyysihoidon lisääminen pienentää hyvinvointialueelle aiheutuvia kustannuksia.
- Vaikean kroonisen munuaistaudin kansallisen hoitostrategian tavoitteena on, että kotidialyysipotilaiden osuus dialyysipotilaista olisi vähintään 40 % vuonna 2025.
- Suomen munuaistautirekisterin mukaan vain 23 prosenttia dialyysipotilaista oli kotidialyysihoidossa vuoden 2022 lopussa.
- Jokaisella sairastuneella, jolla on edellytykset kotidialyysihoidon, tulee olla siihen mahdollisuus. Kotidialyysihoido mahdollistaa toimintakyvyn säilymisen sairaalahoitoa paremmin ja lisäksi elämänlaatu ja elinajanodote ovat paremmat.

Dialyysihoido tarvitsevat potilaat ovat pieni, mutta yhteiskunnalle erittäin kallis ryhmä. Tarvittavan hoitohenkilökunnan määrä on kotidialyysihoidossa selvästi vähäisempi kuin sairaaladialyysihoidossa (5 sairaanhoitajaa/100 kotidialyysipotilasta vs. 25 sairaanhoitajaa/100 sairaaladialyysipotilasta).

Haasteena kotidialyysien lisäämisessä ovat muun muassa kotidialyysipotilaille aiheutuvat korkeammat kustannukset sairaalahemodialyysipotilaiden kustannuksiin verrattuna. Potilaat saattavat valita sairaaladialyysihoidon kotidialyysihoidosta aiheutuvan maksurasituksen vuoksi. Kotidialyysihoido voidaan tarvittaessa tehdä kotihoidon tai -sairanhoidon avustamana. Potilaalta peritään avustamisesta kotihoidon asiakasmaksu, joka on tulosidonnainen eikä kerrytä terveydenhuollon maksukattoa. Oikeudenmukaisempaa olisi periä potilaalta avustamisesta sarjahoitomaksu. Tämä mahdollistaisi kotidialyysihoidon entistä useammalle.

3. Järjestöjen ja palvelunkäyttäjien aktiivinen rooli hyvinvointialueella

- Järjestöjen tarjoama neuvonta, ohjaus ja ennaltaehkäisevä apu sairastuneille ja läheisille heikenevät valtionavustuksiin tehtyjen leikkausten vuoksi. Myös mittavat sosiaaliturvan leikkaukset kohdistuvat sairastuneisiin.
- Kolmannen sektorin toiminta tukee hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäisee syrjäytymistä.
- Yhdistysten toimintamahdollisuudet tulee varmistaa muun muassa hyvinvointialueen jakamalla järjestöavustuksilla ja toimitiloilla. Lisäksi hyvinvointialueen tulee ohjata palvelunkäyttäjät yhdistysten toimintaan.
- Palvelunkäyttäjille on tarjottava mahdollisuus osallistua palvelujen suunnitteluun.

Hyvinvointialueiden rahoituksen leikkaaminen samanaikaisesti järjestötoiminnan rahoituksen vähentämisen kanssa on huolestuttavaa sairauksien hoidon ja sairastuneiden hyvinvoinnin näkökulmasta. Kansalaisjärjestöt toimivat julkisen sektorin rinnalla keskeisessä roolissa ennaltaehkäisevässä työssä. Yhdistykset ovat tärkeitä sairastuneiden ja heidän läheistensä kohtaamispaikkoja ja tarjoavat jäsenistölleen elintärkeää vertaistukea, monipuolista toimintaa ja kanavan tuoda äänen kuuluviin. Potilasyhdistys on monelle sairastuneelle ainut paikka osallistua. Osallistuminen tuo henkistä hyvinvointia ja ehkäisee syrjäytymistä.

Palvelunkäyttäjille on annettava todellinen mahdollisuus vaikuttaa hyvinvointialueella tehtäviin päätöksiin esimerkiksi asiakasraatien muodossa. Tämä lisää edellytyksiä tehdä päätöksiä, joissa on otettu aidosti huomioon käyttäjäkokemus. Yhdistyksillä on muun muassa koulutettuja kokemustoi-mijoita, joiden asiantuntemusta on tärkeää hyödyntää palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Lisätiedot ja yhteistyö- tai koulutuspyynnöt:

Sari Högström
toiminnanjohtaja
munuaissairaudet
puh. 050 536 7258
sari.hogstrom@muma.fi

Hanna Eloranta
järjestöpäällikkö
järjestötoiminta ja maksasairaudet
puh. 050 3715 933
hanna.eloranta@muma.fi

Maria Ruuskanen
edunvalvonnan asiantuntija
edunvalvonta- ja vaikuttamistyö
puh. 040 8363 480
maria.ruuskanen@muma.fi