



RAPORTTI 2026

Osteoporoosin lääkehoidon toteutuminen Suomessa

Suomen Luustoliitto ry

SISÄLLYS

Tiivistelmä.....	2
Johdanto.....	3
Lääkehoito.....	5
Osteoporoosin lääkehoidossa käytettävät lääkeryhmät.....	6
Kyselyn tulokset.....	8
Vastaajien taustatiedot.....	8
Lääkehoidon määräys.....	10
Lääkehoidon aloitus.....	12
Potilasohjaus ja tiedonsaanti.....	13
Hoidon tehon ja turvallisuuden seuranta.....	16
Lääkehoidon taloudelliset vaikutukset.....	18
Alueellinen vertailu.....	19
Johtopäätökset ja suositukset.....	26
Kiitokset.....	27
Lähteet.....	28

TIIVISTELMÄ

Lääkehoitokysely 2026 antaa kattavan ja potilasnäkökulmaan perustuvan kuvan lääkärin määräämän, osteoporoosin hoitoon tarkoitettun, lääkehoidon toteutumisesta Suomessa. Kyselyyn vastasi yhteensä 792 henkilöä eri puolilta maata.

Osteoporoosin hoidon järjestämisvastuu kuuluu julkiselle sektorille. Tämän vuoksi kyselyllä haettiin kartoittaa ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon käytäntöjä osteoporoosin lääkehoidon näkökulmasta. Ellei toisin mainita, tässä raportissa on huomioitu vastaajista ne, jotka kertoivat käyttäneensä julkisen terveydenhuollon palveluita (n=614).

Tulokset osoittavat, että kun osteoporoosiin määrätään lääke, useimmiten kerrotaan ainoastaan lääkemääräyksen syy. Lääkehoitoon liittyvä ohjaus, hoidon tehon seuranta ja hoitopolun jatkuvuus toteutuvat epätasaisesti. Tämä vaikuttaa epäedullisesti hoidon toteutumiseen ja saattaa johtaa lääkehoidon keskeytymiseen. Toisinaan lääkohoitoa ei edes aloitettu puutteellisen tiedon vuoksi.

Potilaat kokevat usein puutteita tiedonsaannissa sekä epävarmuutta hoidon alkuvaiheessa. Tuosten mukaan moni joutui itse huolehtimaan hoidon jatkosta ja hoidon tehon seurannasta. Eri alueiden välillä havaitaan selviä eroja erityisesti ohjauksen ja seurannan käytännöissä.

Raportti tuo esiin keskeiset kehittämistarpeet, joihin vastaaminen on välttämätöntä hoidon vaikuttavuuden, potilasturvallisuuden ja alueellisen yhdenvertaisuuden parantamiseksi.

“Tietoa olen saanut luustoyhdistykseltä ja lehdestä.”

JOHDANTO

Suomen Luustoliitto ry on osteoporoosia sairastavien potilasjärjestö, jonka tavoitteena on varmistaa, että kaikki osteoporoosia sairastavat saavat laadukasta ja yhdenvertaista hoitoa asuinpaikastaan riippumatta. Hoidon perustana ovat ajantasaiset, näyttöön perustuvat hoitosuosituks¹, erityisesti Duodecimin julkaisema osteoporoosin Käypä hoito -suositus¹ (2025).

Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Osteoporoosin hoitosuosituksen avulla pyritään parantamaan osteoporoosin diagnostiikkaa ja luomaan yhtenäiset käytännöt osteoporoosin ehkäisyyn ja hoitoon.¹

Suositus ottaa kantaa myös lääkehoitoon ja siihen, milloin lääkehoitoa tulisi harkita. Osteoporoosin hoidossa lääkehoito ei siis ole automaattinen hoitotapa, vaan lääkehoito määrätään vain tarvittaessa. Sekä lääkkeettömällä perushoidolla että lääkehoidolla on yksi yhteinen tavoite: murtumien ehkäisy.

Osteoporoosin lääkehoito on keskeinen keino ehkäistä murtumia ja hidastaa luuston haurastumista tilanteissa, joissa murtumariski on kohonnut. Lääkehoidon vaikuttavuus ei kuitenkaan muodostu pelkästään lääkevalinnasta, vaan edellyttää toimivaa hoitokokonaisuutta, johon kuuluvat oikea-aikainen hoidon aloitus, riittävä potilasohjaus, hoitoon sitoutumisen tukeminen sekä hoidon tehon ja turvallisuuden suunnitelmallinen seuranta.

Luusto uusiutuu hitaasti, minkä vuoksi lääkehoitoa jatketaan usein useamman vuoden ajan. Lääkehoito voi kuitenkin olla vaikuttavaa vain silloin, kun muutamien vuosien hoidolla voidaan estää murtumia¹.

Lääkehoidon rinnalla tulee aina olla myös lääkkeetön omahoito (perushoito). Perushoitoon kuuluvat monipuolinen ravitsemus, riittävän proteiinin, kalsiumin ja D-vitamiinin saanti, liikunta, kaatumisen ehkäisy ja muut terveelliset elintavat.¹

Luustoliitto toteutti vuonna 2026 valtakunnallisen lääkehoitokyselyn, jonka tavoitteena oli tuottaa ajantasaista ja systemaattista tietoa osteoporoosin lääkehoidon toteutumisesta potilaiden näkökulmasta. Kysely täydentää liiton aiemmin toteuttamaa potilaskyselyä² syventämällä tarkastelua lääkehoidon eri vaiheisiin hoitopolun aikana.

Kysely toteutettiin alkuvuonna 2026 sähköisenä verkkokyselynä. Kyselyyn vastasi yhteensä 792 henkilöä eri puolilta Suomea. Vastaja¹ olivat henkilöitä, joille oli määrätty osteoporoosin tai osteopenian hoitoon tarkoitettu luulääke ensimmäisen kerran vuosien 2016–2026 aikana. Kysely sisälsi kysymyksiä muun muassa lääkehoidon määräyksestä ja aloituksesta, potilasohjauksesta, hoidon aikana ilmenneistä kokemuksista ja haasteista, hoidon seurannasta sekä lääkehoidon taloudellisista vaikutuksista. Tulokset perustuvat potilaiden itse raportoimiin kokemuksiin.

Vastaajamäärä on merkittävä, minkä vuoksi kyselyn tulosten voidaan katsoa tarjoavan kattavan ja luotettavan kokonaiskuvan osteoporoosin lääkehoidon toteutumisesta Suomessa potilaiden kokemana.

Tulokset osoittavat, että lääkehoito käynnistyy lääkemääräyksen jälkeen useimmiten sujuvasti ja hoitosuositusten mukaisesti, mutta hoitokokonaisuuden toteutumisessa on edelleen merkittäviä puutteita erityisesti potilasohjauksessa, tiedonsaannissa ja hoidon seurannassa. Raportti tuo esiin myös hoitokäytäntöjen alueellisia eroja.

Väestön ikääntyessä osteoporoosi ja siihen liittyvät murtumat muodostavat kasvavan haasteen sosiaali- ja terveydenhuollolle³. Vaikuttavasti toteutettu lääkehoito sekä siihen liittyvä potilasohjaus ja seuranta ovat keskeisiä keinoja vähentää murtumia, tukea toimintakykyä ja hillitä hoidon kokonaiskustannusten kasvua.

Tämän raportin tavoitteena on kuvata osteoporoosin lääkehoidon toteutumista potilaiden kokemana sekä tunnistaa keskeiset kehittämistarpeet. Näihin vastaaminen on edellytys yhdenvertaisen, turvallisen ja vaikuttavan hoidon varmistamiselle kaikilla hyvinvointialueilla Suomessa.

LÄÄKEHOITO

Osteoporoosin hoidossa lääkehoidon tarve ja kesto ovat aina yksilöllisiä. Päätös lääkehoidon aloittamisesta tai hoidon jatkamisesta tehdään henkilökohtaisen murtumariskin perusteella. Osteoporoosin lääkehoitoa harkitaan, jos

- potilas on saanut pienienergiaisen nikama- tai lonkkamurtuman
- potilas on saanut muun pienienergiaisen murtuman (kaatuessa samalta tasolta tai pudotessa alle metrin korkeudelta). Luuntiheysmittaus on aiheellinen ennen mahdollista lääkehoidon aloitusta
- luuntiheysmittauksen (DXA) perusteella potilaalla on todettu tiheysosteoporoosi. Potilaan kokonaistilanne ja murtumariski tulee huomioida
- luuntiheysmittauksen (DXA) perusteella osteopenia on todettu potilaalla, jolla on lisäksi useita murtuman riskitekijöitä (FRAX)
- potilaalla on käytössä pitkäkestoinen kortisonihoito

Mikäli luuntiheysmittausta ei voida toteuttaa, voidaan lääkehoitoa harkita myös pelkän murtumariskianalyysin perusteella.

Lääkevaihtoehtoja on useita. Kaikkien osteoporoosilääkkeiden osalta on runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että ne ovat estäneet osteoporoottisia murtumia. Lääketutkimuksissa tutkittavat henkilöt ovat olleet vaihdevuodet ohittaneita, keskimäärin 65–70-vuotiaita naisia.

Potilaan kokonaistilanteen perusteella lääkäri voi suositella yksittäisen potilaan tilanteeseen parhaiten sopivaa lääkevaihtoehtoa. Varsinaisten luulääkkeiden sijaan naisilla voidaan käyttää myös sukuhormonihoitoja, varsinkin 50 ja 60 ikävuoden välillä, kun niillä on myös muu hoidon aihe, kuten vaihdevuosisoireet.

Ikä on luuntiheydestä riippumaton merkittävä murtuman riskitekijä. Murtuman vaara kaksinkertaistuu 50 vuoden iästä alkaen jokaista kymmentä ikävuotta kohti. Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkehoito tulee kohdentaa erityisesti potilaille, joilla murtumariski on selvästi suurentunut. Hoidon tavoitteena on ennen kaikkea murtumien ehkäisy.¹

“Olen itse pyytänyt luuntiheysmittauksia määrääjoin.”

Osteoporoosilääkityksen käytössä on tärkeää huomioida lääkkeen määräyksen mukainen käyttö, säännöllisyys ja pitkäjännitteisyys. Hoidon vaikuttavuus edellyttää riittävää hoitoon sitoutumista sekä lääkehoidon jatkuvuutta. Hoidon aikana on tärkeää huolehtia myös osteoporoosin perushoidosta eli monipuolisesta ravinnosta, riittävästä kalsiumin, proteiinin ja D-vitamiinin saannista

säännöllisestä ja monipuolisesta liikkumisesta, kaatumisen ehkäisystä sekä muuten terveellisistä elintavoista¹. Toimiva perushoito on onnistuneen lääkehoidon edellytys.

Osteoporoosin lääkehoito on usein pitkäkestoista. Hoito voi sisältää eri lääkkeiden vuorottelua tai hoitokausien jatkumista toisella valmisteella. Bisfosfonaattihoidon aikana voidaan käyttää myös suunniteltuja lääketaukoja. Lääkehoidon aikana hoidon tehoa tulisi seurata 2–3 vuoden välein tehtävillä seurantamittauksilla (DXA)¹.

“Lääke on parantanut luustoni tilannetta.”

Osteoporoosin lääkehoidossa käytettävät lääkeryhmät

Bisfosfonaatit ovat osteoporoosin hoidossa yleisimmin käytetty lääkeaineryhmä. Niiden vaikutusmekanismina on luun hajoamisen estäminen, mikä hidastaa osteoporoosin etenemistä ja vähentää murtumariskiä. Bisfosfonaattien teho osteoporoosin hoidossa on hyvin osoitettu, ja niiden käytöstä on kertynyt pitkäaikaista kokemusta. Lääkkeet poistuvat elimistöstä munuaisten kautta, minkä vuoksi ne eivät sovellu vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastaville.

Ennen hoidon aloittamista on suositeltavaa arvioida suun ja hampaiden kunto sekä tarvittaessa toteuttaa ehkäisevä hammashoito. Bisfosfonaattihoidon kesto on yleensä 3–5 vuotta, minkä jälkeen arvioidaan lääketauon tarve. Tarvittaessa hoitoa voidaan jatkaa yhtäjaksoisesti jopa 10 vuoden ajan. Koska lääkeaine kertyy luustoon ja vapautuu sieltä hitaasti, 1–2 vuoden mittainen lääketauko on useimmiten mahdollinen ilman hoitovaikutuksen välitöntä heikkenemistä. Hoidon päättymisen jälkeen luuntiheysmittaus uusitaan yleensä 1–2 vuoden kuluttua hoitotuloksen arvioimiseksi.

Bisfosfonaatteja voidaan annostella usealla eri tavalla: suun kautta kerran viikossa (alendronaatti ja risedronaatti) tai kerran kuukaudessa (ibandronaatti) tai suonensisäisenä infuusiona kerran vuodessa (tsoledronihappo). Suun kautta otettavien valmisteiden käytössä on tärkeää noudattaa tarkasti ohjeita: lääke otetaan runsaan vesimäärän kanssa, eikä makuulle tule mennä 30 minuuttia lääkkeenoton jälkeen. Näin varmistetaan lääkkeen imeytyminen ja vähennetään haittavaikutusten riskiä.

Denosumabi on biologinen lääke, jonka vaikutus perustuu luun hajoamisen estoon. Se sitoutuu RANKL-proteiiniin ja estää luuta hajottavien solujen (osteoklastien) muodostumista ja toimintaa. Näin denosumabi hidastaa luumassan menetystä ja pienentää siten murtumariskiä. Denosumabi annostellaan ihon alle pistoksena kuuden kuukauden välein. Lääke ei kerry luustoon, joten luu

haurastuu nopeasti lääkeshoidon lopetuksen jälkeen. Tällöin erityisesti nikamamurtumariski kasvaa huomattavasti. Denosumabihoidon lopetuksen yhteydessä käytetään bisfosfonaattia hillitsemään nopeaa luun menetystä ja murtumariskin kasvua. Tämän vuoksi hoidon lopettaminen tulee aina suunnitella huolellisesti. Hoidon aikana tulee huolehtia riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista sekä seurata mahdollisia haittavaikutuksia. Ennen hoidon aloittamista on suositeltavaa arvioida suun ja hampaiden kunto sekä tarvittaessa toteuttaa ehkäisevä hammashoito.

Teriparatidi on luuta muodostava eli anabolinen lääke, joka tehostaa osteoblastien toimintaa ja parantaa luun rakennetta ja lujuutta. Teriparatidia käytetään erityisesti vaikean osteoporoosin hoidossa tai tilanteissa, joissa potilaalla on useita murtumia tai muu lääkehoito ei ole ollut riittävän tehokas. Lääke annostellaan ihon alle päivittäisenä pistoksena. Hoidon kesto on rajattu kahteen vuoteen, minkä jälkeen hoitoa jatketaan tyypillisesti luun hajoamista estävällä lääkityksellä saavutetun hyödyn säilyttämiseksi. Hoidon aikana korostuu potilaan ohjauksen merkitys, sillä päivittäinen pistohoito edellyttää sitoutumista ja perehdytystä lääkkeen oikeaan käyttöön.

Romosotsumabi on kaksivaikutteinen luukudoksen lääke: se lisää luun muodostumista ja samanaikaisesti vähentää luun hajoamista. Tämä johtaa luumassan nopeaan kasvuun. Lääke estää skleroosiin-proteiinin toimintaa, mikä johtaa luuta muodostavien solujen määrän lisääntymiseen. Samanaikaisesti luuta hajottavien solujen vaikutus vähenee. Romosotsumabi annostellaan ihon alle pistoksena kerran kuukaudessa, ja hoidon kesto on rajattu vuoteen. Lääkettä käytetään vaikean osteoporoosin hoitoon vaihdevuodet ohittaneilla naisilla, joilla on suuri murtumariski. Hoidon jälkeen suositellaan jatkolääkitystä toisella osteoporoosilääkkeellä hoitotuloksen ylläpitämiseksi. Ennen hoidon aloittamista arvioidaan huolellisesti potilaan kokonaistilanne, sillä lääkkeen käyttöön liittyy erityisiä huomioitavia tekijöitä esimerkiksi sydän- ja verisuonitautiriskin osalta.

Kokonaisuudessaan osteoporoosin lääkehoito muodostaa yksilöllisen hoitokokonaisuuden, jossa tulee huomioida hoidon kohdentaminen, jatkuvuus sekä hoidon tehon ja turvallisuuden seuranta.

KYSELYN TULOKSET

Tässä raportissa osteoporoosin lääkehoidon hyvän toteutumisen perustana pidetään Lääkäri-seura Duodecimin julkaisemaa osteoporoosin Käypä hoito -suositusta¹. Kliiniseen käytäntöön tarkoitettu hoitosuositus sisältää näyttöön perustuvia suosituksia osteoporoosin lääkehoidon kohdentamisesta, toteutuksesta ja seurannasta. Suosituksia laadittaessa tutkimusnäyttöä tarkastellaan systemaattisesti ja eri hoitovaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja punnitaan suhteessa potilaan tilanteeseen. Suosituksissa huomioidaan myös hoidon kustannusvaikutukset ja tarkoituksenmukainen toteutus terveydenhuollossa.

Lääkehoitokysely laadittiin Käypä hoito -suosituksen pohjalta syventämään tietoa osteoporoosin lääkehoidon toteutumisesta potilaiden näkökulmasta. Kysely keskittyi erityisesti lääkehoidon eri vaiheisiin, kuten lääkkeen määräämiseen ja aloitukseen, potilasohjaukseen, hoidon aikana ilmeneisiin kokemuksiin, hoidon seurantaan sekä lääkehoidon taloudellisiin vaikutuksiin.

“Melkein olematon seuranta.”

Kysely toteutettiin sähköisenä verkkokyselynä alkuvuonna 2026. Kysely oli avoin kaikille, joille oli määrätty luulääke osteoporoosin tai osteopenian hoitoon tai ehkäisyyn ensimmäisen kerran vuosien 2016–2026 aikana. Kyselystä viestittiin Luustoliiton ja liiton jäsenille, sidosryhmille sekä muille liiton viestintää seuranneille sähköisesti eri viestintäkanavien kautta.

Tulosten tulkinnassa tulee huomioida, että vastaajat koostuvat henkilöistä, joilla on ollut mahdollisuus täyttää digitaalinen kyselylomake.

Vastaajien taustatiedot

Vastaajat edustivat laajasti eri puolilla Suomea asuvia ja eri ikäryhmiä. Valtaosalle vastaajista luulääke oli määrätty osteoporoosin tai osteopenian hoitoon (n=782). Muille lääkehoito oli määrätty ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Vastauksia saatiin yhteensä 792. Ellei toisin mainita, tässä raportissa on huomioitu vastaajista ne, jotka kertoivat käyttäneensä julkisen terveydenhuollon palveluita (n=614).

Kysely sisälsi kysymyksiä

- lääkehoidon määräyksestä ja aloituksesta
- lääkehoitoon liittyvästä ohjauksesta
- hoidon tehon ja turvallisuuden seurannasta

- taloudellisista vaikutuksista

Vastaajia oli Ahvenanmaata lukuun ottamatta kaikilta nykyisiltä hyvinvointialueilta. Alueittain tarkasteltuna vastaajamäärät vaihtelivat kuitenkin melko paljon, eikä kaikkien osalta vastausmäärä ollut siten riittävä luotettavien aluekohtaisten vertailujen tekemiseen. Tämän vuoksi alueellisia tarkasteluja esitetään vain niiden osalta, joiden vastaajamäärä oli riittävä. Muissa tapauksissa tuloksia tarkastellaan kaikkien julkisen terveydenhuollon vastaajien aineiston tasolla.

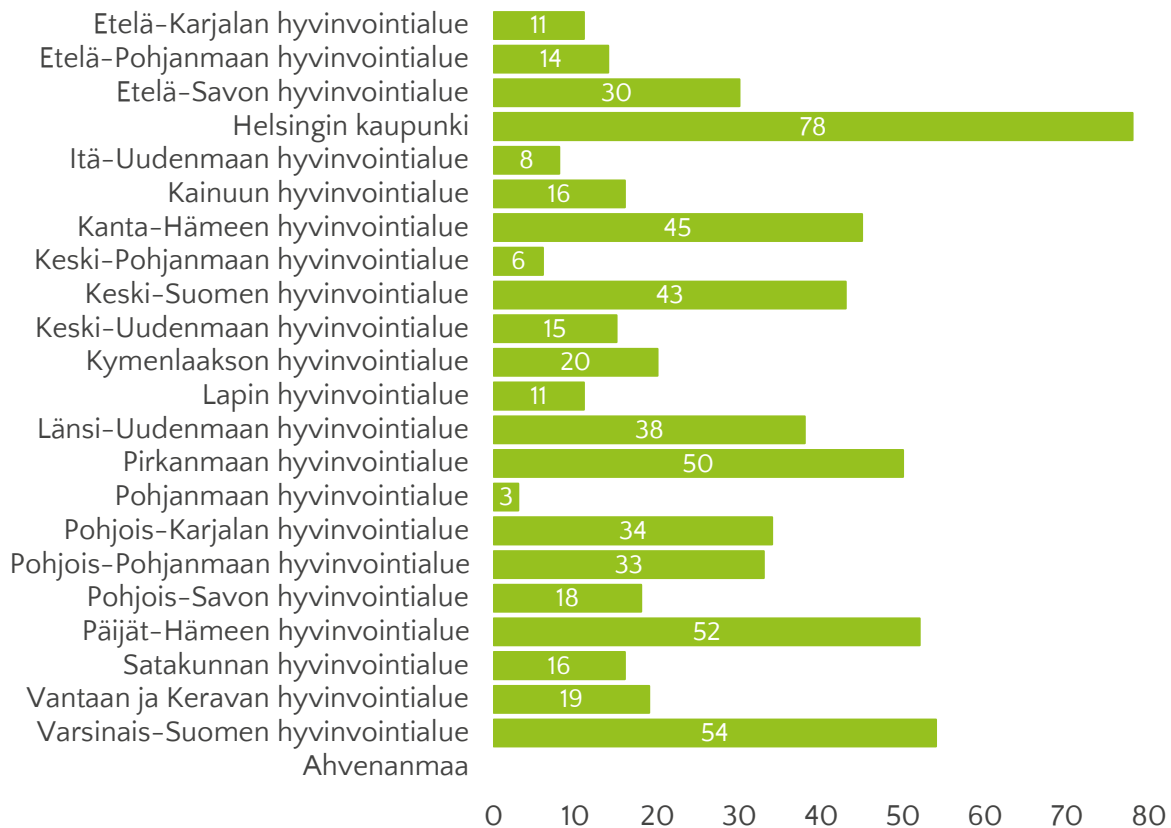
Tuloksia tarkastellessa tulee huomioida, että kyselyllä kartoitettiin lääkehoidon toteutumista 10 viime vuoden ajalla. Koska hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vasta vuonna 2023, hyvinvointialue tulee ajatella ensisijaisesti maantieteellisenä rajauksena, ei hoitoa toteuttavana organisaationa.

Seuraavien hyvinvointialueiden osalta vastaajamäärä oli sekä kokonaisuudessaan että lääkehoidon aloittaneiden osalta riittävä ($n \geq 30$) omien vertailutietojen tuottamiseen:

- Helsinki
- Kanta-Häme
- Keski-Suomi
- Länsi-Uusimaa
- Pirkanmaa
- Pohjois-Karjala
- Pohjois-Pohjanmaa
- Päijät-Häme
- Varsinais-Suomi

Näiden 9 hyvinvointialueen osalta raportissa esitetään omat vastaukset. Muiden hyvinvointialueiden osalta tuloksia tarkastellaan koko aineiston keskiarvojen perusteella.

Minkä hyvinvointialueen alueella asuit, kun lääke määrättiin?



Kaavio 1. Vastaajien jakauma nykyisten hyvinvointialueiden mukaisesti (n=614). Vastaajamäärissä on huomioitu myös ne, jotka eivät aloittaneet lääkettä.

Lääkehoidon määräys

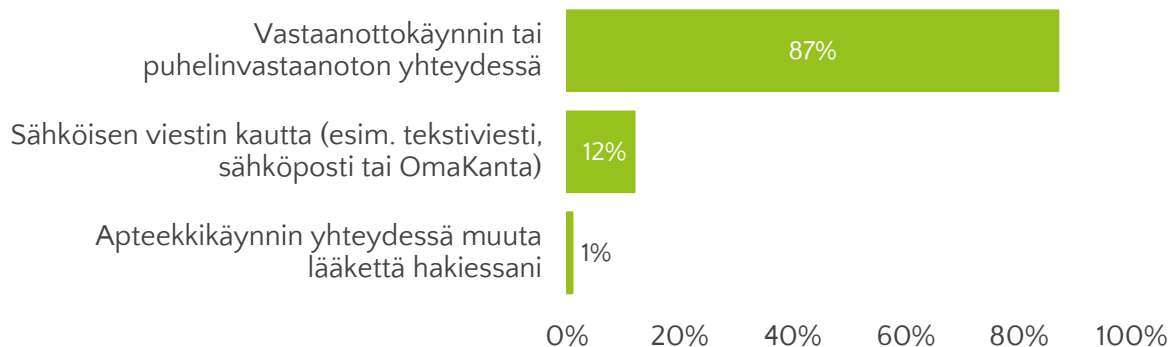
Kyselyn perusteella osteoporoosin lääkehoito käynnistyy tyypillisimmin iäkkäämmällä aikuisiällä. Suurin osa vastaajista (48 %) oli saanut lääkemääräyksen 61–70 vuoden iässä. Lisäksi noin neljäsosa vastaajista oli saanut lääkemääräyksen 71–80 vuoden iässä (28 %), ja noin viidesosa 51–60 vuoden iässä (18 %). Nuoremmissa ikäryhmissä lääkehoitoa määrättiin selvästi harvemmin, ja alle 50-vuotiaana lääkitys aloitettiin vain pienelle osalle vastaajista.

Tulokset osoittavat, että osteoporoosin lääkehoito kohdentuu pääasiassa ikääntyneeseen väestöön, mikä on linjassa Käypä hoito -suosituksen kanssa. Toisaalta tulos voi viitata siihen, että lääkehoito käynnistyy vasta myöhemmässä vaiheessa sairautta, tyypillisesti tilanteissa, joissa murtumariski on jo selvästi kohonnut tai murtuma on jo tapahtunut.

Yleisimmin määrättyjä lääkevalmisteita olivat alendronaatti (42 %) ja denosumabi (40 %). Muita käytettyjä lääkkeitä olivat tsoledronihappo (7 %) sekä risedronaatti (5 %). Harvinaisempia olivat ibandronaatti (4 %) ja teriparatidi (2 %). Romosotsumabi oli käytössä reilusti alle prosentilla. Tulokset osoittavat, että osteoporoosin lääkehoito Suomessa painottuu vahvasti ensilinjan lääkkeisiin, bisfosfonaatteihin ja denosumabiin.

Tieto lääkemääräyksestä saatiin pääosin suoraan hoitokontaktin yhteydessä: noin 87 % vastaajista kertoi saaneensa tiedon vastaanottokäynnin tai puhelinvastaanoton yhteydessä. Digitaalisten viestien, kuten OmaKannan tai tekstiviestien, kautta tiedon sai noin 12 % vastaajista. Joka sa-
das oli saanut tiedon vasta apteekkikäynnin yhteydessä, toista lääkettä hakiessaan. Vastaajien kokemukset osoittavat, että lääkehoito käynnistyy pääosin osana terveydenhuollon normaalia hoitoprosessia.

Miten sait tiedon reseptistä? Valitse parhaiten tilannettasi kuvaava vaihtoehto



Kaavio 2. Reseptin toimitustapa.

Niiden vastaajien osalta, jotka eivät aloittaneet lääkehoitoa (n=31), päätöksenteon tueksi saatu tieto oli usein puutteellista ja epätasaisesti jakautunutta. 77 %:lle oli kerrottu, miksi luulääkehoito oli määrätty. Muu lääkehoitoon liittyvä ohjaus oli jäänyt vastausten perusteella vielä heikommaksi.

Vain noin neljännes vastaajista (26 %) oli saanut vaikuttaa itselleen sopivan lääkkeen valintaan. Lääkkeen vaikutusmekanismista oli saanut tietoa ainoastaan noin 13 % vastaajista, ja lääkkeen hyödyistä luustolle 19 %. Vielä harvempi oli saanut tietoa lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista (10 %) tai lääkehoidon kestosta (16 %). Myös tieto hoidon seurannasta oli hyvin rajallista (16 %), ja erityisen huomionarvoista on, että vain noin 3 % vastaajista oli saanut ohjeistusta siitä, miten toimia mahdollisia haittavaikutuksia epäiltäessä.

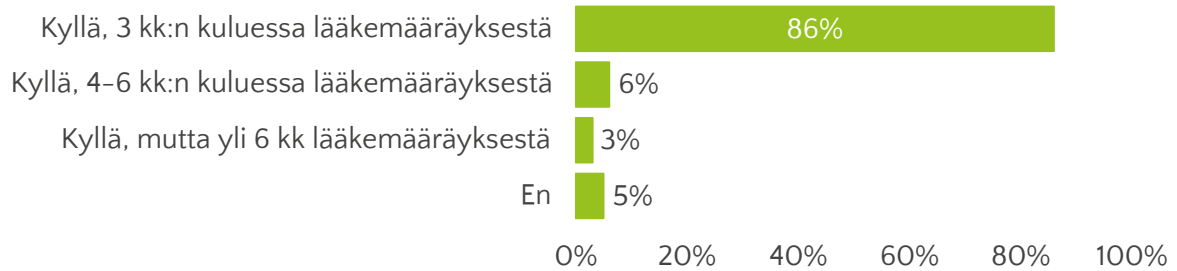
Tulokset osoittavat, että vaikka hoidon tarve perustellaan monille potilaille, kokonaisvaltainen tiedonsaanti jää usein riittämättömäksi. Puutteet erityisesti haittavaikutuksia, hoidon kestoa ja seuranta koskevassa ohjauksessa voivat lisätä epävarmuutta ja heikentää valmiutta aloittaa lääkehoito. Tämä korostaa potilasohjauksen merkitystä hoitopäätösten tukena sekä tarvetta tarjota potilaille tasapainoista ja riittävää tietoa lääkehoidon hyödyistä, riskeistä ja käytännöistä.

Avoimissa vastauksissa korostui erityisesti huoli mahdollisista haittavaikutuksista, mikä oli vaikuttanut päätökseen olla aloittamatta lääkehoitoa. Tietoja lääkkeestä oli etsitty verkosta. Tämä korostaa yksilöllisen ohjauksen, selkeän tiedon ja potilaan osallistamisen merkitystä hoitopäätösten tukena.

Lääkehoidon aloitus

Lääkehoidon aloittaneista vastaajista (n=583) suurimmalla osalla aloitus tapahtui kolmen kuukauden kuluessa lääkemääräyksestä (86 %). Tämä viittaa siihen, että lääkehoidon käynnistyminen lääkemääräyksen jälkeen on ollut pääosin sujuvaa.

Aloititko lääkehoidon?



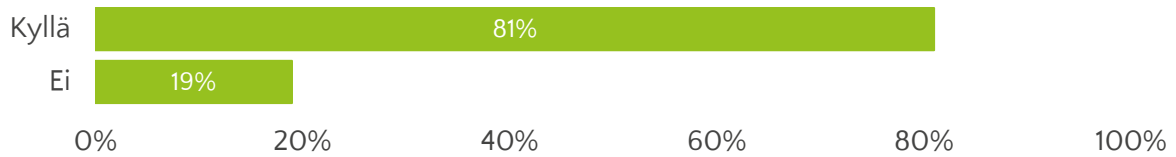
Kaavio 3. Lääkehoidon aloitus.

Osan vastauksissa korostui kuitenkin epävarmuus hoidon aloitusvaiheessa. 9 % vastaajista oli aloittanut lääkehoidon vasta aikaisintaan 3 kuukauden kuluttua lääkemääräyksestä. Heistä 33 % kertoi siirtäneensä hoidon aloittamista tiedonpuutteen vuoksi. 45 % kertoi puolestaan, että viivästys johtui ennen hoitoa vaaditun toimenpiteen tai lääkärikäynnin aikatauluhaasteista. Yleisimmäksi viivästystä aiheuttaneeksi syyksi nimettiin hammashoito. Monet vastaajat pohtivat myös lääkityksen hyötyjä suhteessa mahdollisiin haittavaikutuksiin.

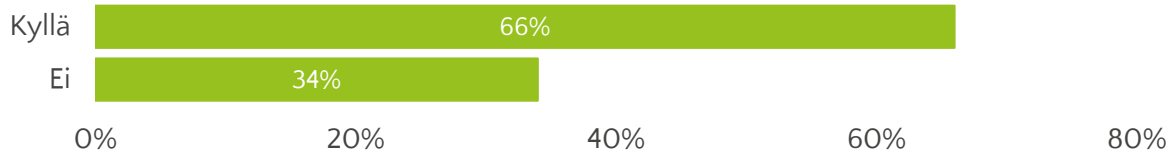
“Kaikki tiedot olen ottanut itse selvää.”

Käypä hoito -suositusten¹ mukaan hampaiden tarkastusta ja asianmukaista ehkäisevää hammashoitoa tulee harkita ennen bisfosfonaatti- ja denosumabilääkehoidon aloitusta. Kyseisiä lääkkeitä käyttäneistä vastaajista valtaosa kertoi tulleen ohjatuksi hammastarkastukseen ennen lääkehoidon aloittamista: noin 72 % vastaajista oli ohjattu hammaslääkärille ennen hoidon käynnistämistä, kun taas noin 28 % ilmoitti, ettei tällaista ohjausta ollut annettu.

Ohjattiinko sinut hammaslääkärille ennen denosumabihoiton aloittamista?



Ohjattiinko sinut hammaslääkärille ennen bisfosfonaattihoidon aloittamista?



Kaaviot 4-5. Ohjaus hammashoittoon denosumabi- (n=231) ja bisfosfonaattihoidon (n=339) aloituksen yhteydessä (n=231).

Tulosten perusteella hammasterveyden huomioiminen ennen lääkehoitoa toteutuu melko heikosti, ja käytännössä on edelleen vaihtelua. Osa potilaista jää ilman ennakoivaa ohjausta, mikä voi lisätä hoitoon liittyviä riskejä sellaisten lääkehoitojen yhteydessä, joissa suun terveydellä on erityinen merkitys. Tulokset korostavat tarvetta varmistaa, että kaikille potilaille annetaan yhteinen ohjaus hammasterveyden arviointiin osana osteoporoosin lääkehoidon aloitusta.

Potilasohjaus ja tiedonsaanti

Vastaajien kokemukset lääkehoitoon liittyvästä ohjauksesta ja tiedonsaannista osoittavat selviä vahvuuksia, mutta myös merkittäviä puutteita hoitoketjun eri vaiheissa. Lääkehoidon aloittaneista valtaosa (91 %) kertoi saaneensa tiedon siitä, miksi luulääkehoito oli määrätty. Tämä viittaa siihen, että hoidon perusteet käsitellään potilaiden kanssa pääosin hyvin. Sen sijaan potilaiden mahdollisuudet osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon toteutuivat heikommin: vain 38 % vastaajista oli saanut vaikuttaa itselleen sopivan lääkkeen valintaan, ja lähes puolet (48 %) kertoi, ettei osallistumismahdollisuutta ollut.

Tiedonsaanti lääkkeen ominaisuuksista toteutui vaihtelevasti. Lääkkeen vaikutusmekanismista oli saanut tietoa reilusti alle puolet, eli 38 % vastaajista. 43 % ilmoitti, ettei lääkkeen vaikutusmekanismista kerrottu. Lääkkeen hyödyistä luustolle oli kerrottu hieman useammalle (53 %), mutta edelleen lähes kolmannes vastaajista (31 %) ei ollut saanut tätä tietoa.

E erityisen huomionarvoista on, että lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista oli saanut tietoa vain 28 % vastaajista, kun taas reilusti yli puolet (54 %) ilmoitti, ettei tästä ollut kerrottu. Ohjeistus haittavaikutustilanteisiin oli selvästi heikointa: vain 24 % vastaajista kertoi saaneensa ohjeet siitä, miten toimia, jos epäilee lääkehoidon aiheuttavan haittavaikutuksia.

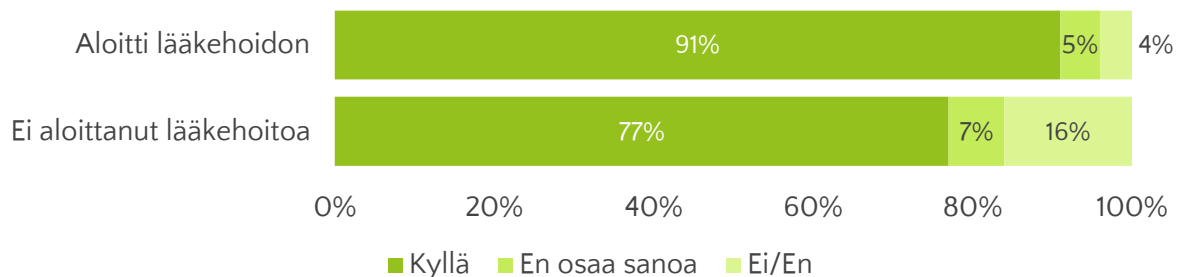
“En ole saanut infoa lääkkeiden haittavaikutuksista.”

Myös lääkehoidon käytännön toteutukseen ja seurantaan liittyvä ohjaus toteutui puutteellisesti. Alle puolet vastaajista (48 %) oli saanut tietoa lääkehoidon kestosta, ja hieman yli puolet (54 %) siitä, miten hoidon vaikuttavuutta seurataan. 34 % kertoi saaneensa tukea lääkehoitoon myös apteekista.

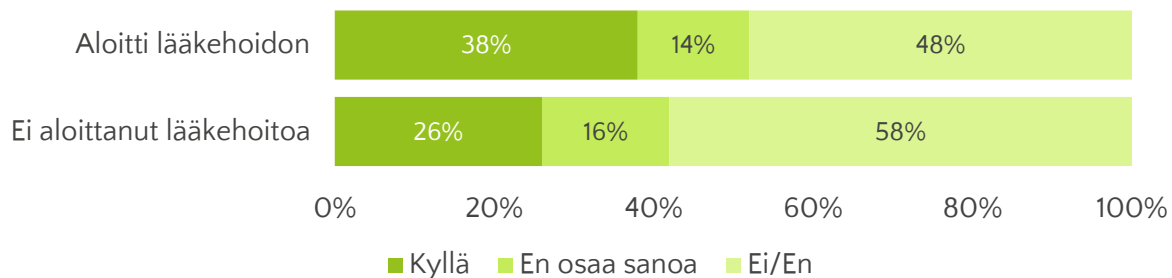
Kokonaisuutena tulokset osoittavat, että vaikka lääkehoidon aloittamisen perusteet selitetään potilaille pääosin hyvin, lääkehoitoon liittyvä kokonaisvaltainen ohjaus jää usein puutteelliseksi. Erityisesti haittavaikutuksiin liittyvä ohjeistus, potilaan osallisuus päätöksenteossa sekä jatkuva tuki hoidon aikana näyttävät keskeisinä kehittämiskohteina. Puutteet ohjauksessa voivat heikentää potilaiden hoitoon sitoutumista sekä lisätä epävarmuutta hoidon eri vaiheissa.

Erityisen selkeänä tiedonsaannin merkitys erottuu myös lääkehoidon aloittamisessa. Alla olevissa kaaviossa on kuvattu erot lääkehoidon aloittaneiden ja niiden, jotka eivät ottaneet lääkehoitoa käyttöön, välillä. Tiedonsaannilla on merkittävä rooli ylipäätään hoidon toteutumisessa ja siten myös murtumien ehkäisyssä.

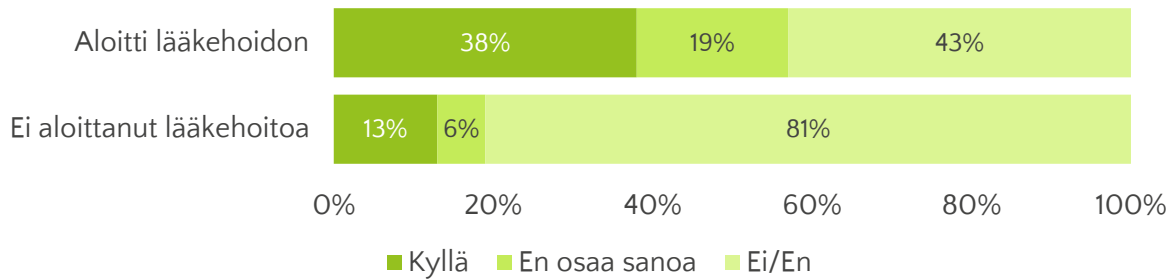
Lääkäri tai hoitaja kertoi, miksi minulle määrättiin lääkehoito



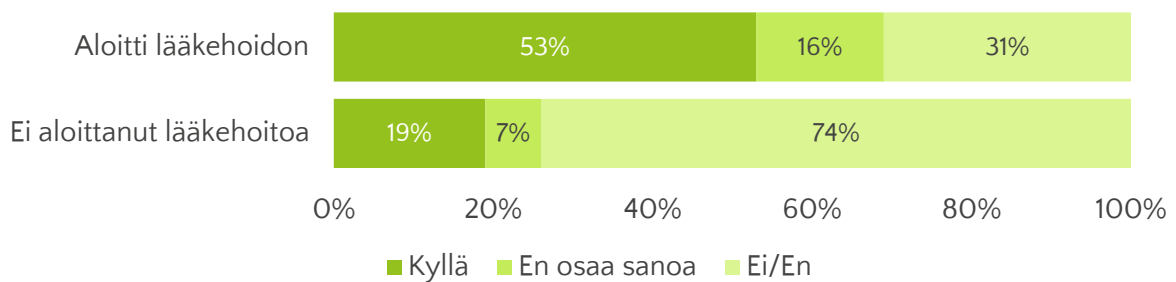
Sain vaikuttaa itselleni sopivan lääkkeen valintaan



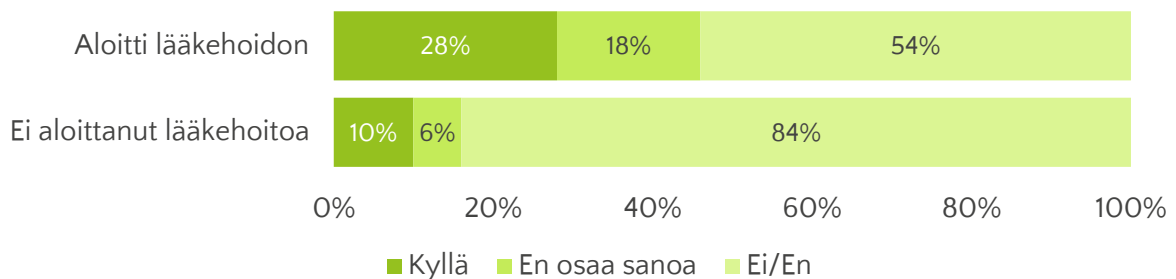
Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkkeen vaikutusmekanismista



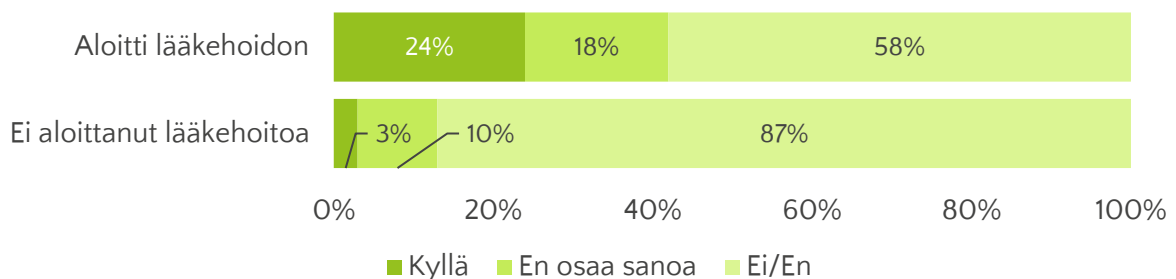
Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkkeen hyödyistä luustolle



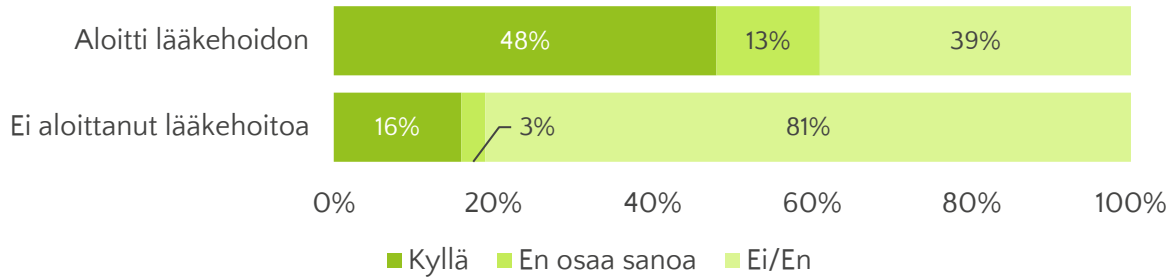
Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista



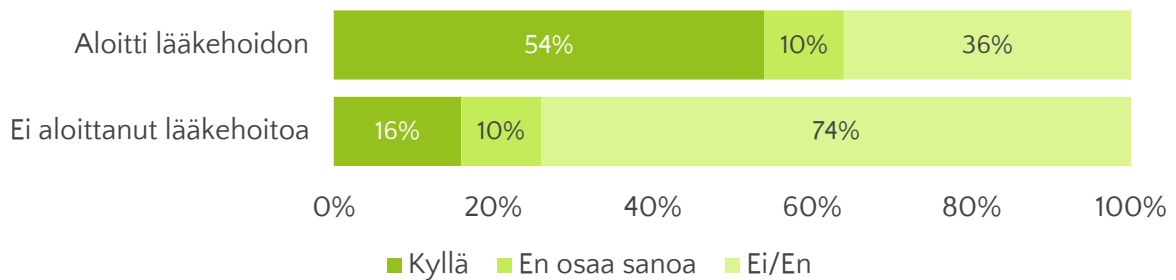
Lääkäri tai hoitaja kertoi, miten tulee toimia, jos epäilen lääkehoidolla olevan haittavaikutuksia



Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkehoidon kestosta



Lääkäri tai hoitaja kertoi, miten lääkehoidon vaikuttavuutta tai tehoa seurataan



Kaaviot 6–13. Tiedonsaannin erot lääkehoidon aloittaneiden (n=583) ja niiden, jotka eivät aloittaneet lääkehoitoa (n=31), välillä.

Kyselyn keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi nousikin potilasohjaus. Vaikka useimmat vastaajat tiesivät, miksi lääkehoito oli määrätty, vain osa koki saaneensa riittävästi tietoa

- lääkkeen vaikutusmekanismista
- hoidolla saavutettavista hyödyistä
- lääkityksen kestosta
- mahdollisista haittavaikutuksista ja niiden hallinnasta

Ohjaus painottui usein lääkemääräyksen yhteyteen, eikä jatko-ohjausta ollut järjestetty. Tämä heikentää potilaiden mahdollisuuksia sitoutua hoitoon pitkällä aikavälillä.

Hoidon tehon ja turvallisuuden seuranta

Noin kolmanneksella vastaajista (32 %) lääkevalmistetta oli vaihdettu hoidon aikana. Tavallisimpia syitä olivat vastaajien mukaan haittavaikutukset (31 %) ja hoidon riittämätön teho (18 %) sekä valmisteen enimmäiskäyttöajan täytyminen. Yleisimmin haittavaikutukset olivat vatsaoireita. Muita syitä lääkevalmisteen vaihdolle olivat muun muassa denosumabin, teriparatidin ja romosotsumabin lopettamiseen liittyvä lääkevaihto sekä oma toive lääkkeen vaihtamisesta.

Kyselyn perusteella suurin osa vastaajista (75 %) ei ollut kokenut osteoporoosin lääkehoitoon liittyviä haittavaikutuksia, kun taas loput 25 % kertoi saaneensa haittavaikutuksia. Haittavaikutuksista kuitenkin vain 23 % oli lääkärin toteamia. 15 % vastaajista, joilla hoito oli jo loppunut, oli päättänyt lääkehoidon itsenäisesti haittavaikutusten vuoksi. Lääkärin päätöksellä lääkehoito oli

lopetettu kokonaan haittavaikutusten vuoksi vain 6 %:lla vastaajista. Yleisimmin lääke lopetettiin, kun lääkäri ei kokenut lääkehoidon olevan enää tarpeellinen.

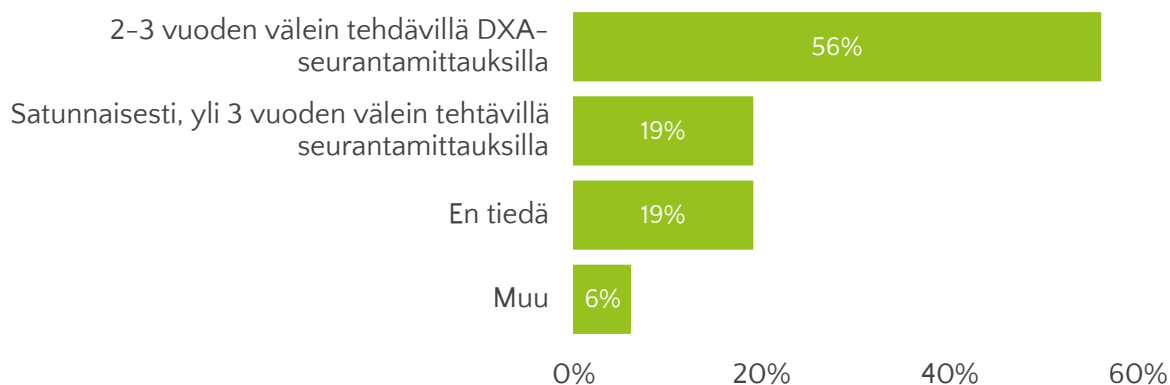
Tulosten perusteella voidaan todeta, että vaikka osteoporoosin lääkehoidot ovat valtaosalla potilaista hyvin siedettyjä, merkittävä osa potilaista kokee hoidon aikana haittavaikutuksia. Tämä korostaa potilasohjauksen ja seurannan merkitystä lääkehoidon aikana. Haittavaikutuksiin liittyvä riittävä tiedonsaanti ja selkeät toimintaohjeet tukevat potilaiden hoitoon sitoutumista sekä vähentävät hoidon keskeyttämisen riskiä.

“Hoitoni on täysin omissa käsissäni.”

Yleisesti tarkasteltuna lääkehoidon keskeyttäminen on joko suunnitelmallinen tauko osana hoitopolkua tai lääkärin tarvearvioon perustuva päätös. Samanaikaisesti haittavaikutukset ja hoidon siedettävyyden ovat kuitenkin merkittäviä tekijöitä, jotka voivat johtaa hoidon itsenäiseen keskeyttämiseen. Tämä korostaa yksilöllisen hoidon suunnittelun sekä riittävän seurannan ja potilasohjauksen merkitystä lääkehoidon onnistumisessa.

Vastausten perusteella osteoporoosin lääkehoidon tehon seuranta toteutuu pääosin luuntiheysmittausten avulla. Hieman yli puolet vastaajista (56 %) kertoi, että hoidon tehoa seurataan 2–3 vuoden välein tehtävillä DXA-mittauksilla. Lisäksi 19 % vastaajista ilmoitti, että seuranta tehdään satunnaisemmin, yli kolmen vuoden välein toteutettavilla mittauksilla. Yhtä suuri osa vastaajista ei tiennyt, miten lääkehoidon tehoa seurataan. Pieni osa vastaajista (2 %) kertoi, että seuranta luuntiheysmittauksin ei käytännössä ole. Toisaalta osa kertoi, että luuntiheysmittaus toteutetaan jopa vuoden välein.

Miten lääkehoidon tehoa seurataan tai seurattiin?



Kaavio 14. Hoidon seuranta (n=583).

Avoimet vastaukset tuovat esiin merkittävää vaihtelua seurannan toteutumisessa. Osa vastaajista kuvasi seuranta säännölliseksi ja suunnitelmalliseksi, esimerkiksi vuosittaisiksi kontrollikäynteiksi tai verikokeiden ja DXA-mittausten yhdistelmäksi. Toisaalta suuri joukko vastaajia kertoi seurannan olevan omalla vastuulla, sillä seurantatutkimuksiin pääsy edellytti usein oma-aloitteista yhteydenottoa tai erillistä pyyntöä. Seurannan puutteellisuus ilmeni esimerkiksi epävarmuutena siitä, kuka vastaa hoidon arvioinnista tai milloin seuraavat tutkimukset tulisi tehdä.

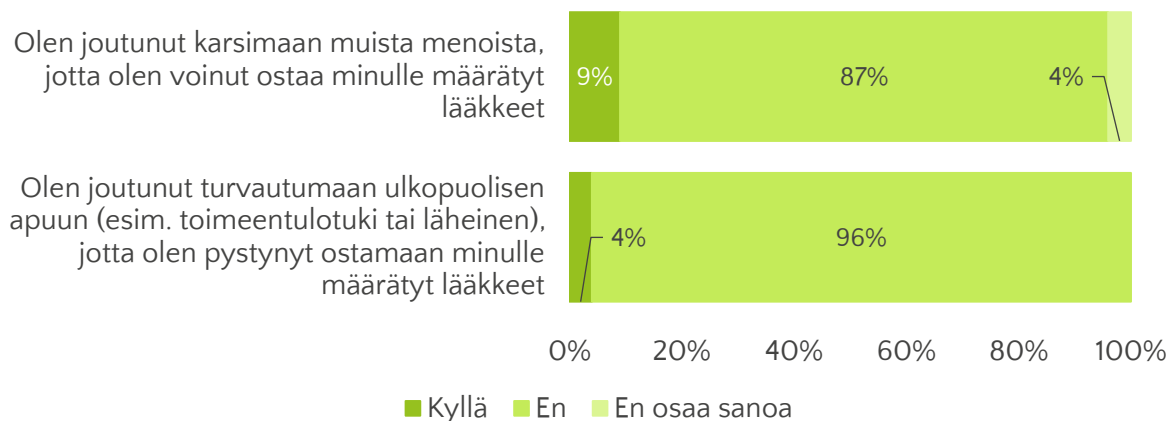
“Luustoyhdistyksestä olen saanut eniten tietoa.”

Kokonaisuutena tarkastellen tulokset osoittavat, että vaikka osteoporoosin lääkehoidon seurantaan on olemassa vakiintuneita käytäntöjä, niiden toteutuminen on epätasaista. Seurannan systemaattisuuden puute sekä potilaiden epävarmuus omasta hoitopolustaan korostavat tarvetta selkeämmille käytännöille ja vastuiden määrittelylle lääkehoidon aikana.

Lääkehoidon taloudelliset vaikutukset

Vastausten perusteella osteoporoosin lääkehoidon taloudellinen kuormitus näyttäytyy suurimmalle osalle vastaajista hallittavana. Kuitenkin lähes joka kymmenes vastaaja (9 %) kertoi joutuneensa karsimaan muista arjen menoista lääkekustannusten vuoksi. Ulkopuoliseen apuun oli joutunut turvautumaan 3 % vastaajista. Tulosten perusteella taloudellinen kuormitus koskettaa osaa potilaista merkittävästi.

Arvioi vielä lääkehoidon kustannusvaikutuksia arkeesi vastaamalla seuraaviin väitteisiin



Kaavio 15. Lääkehoidon kustannusvaikutukset (n=583).

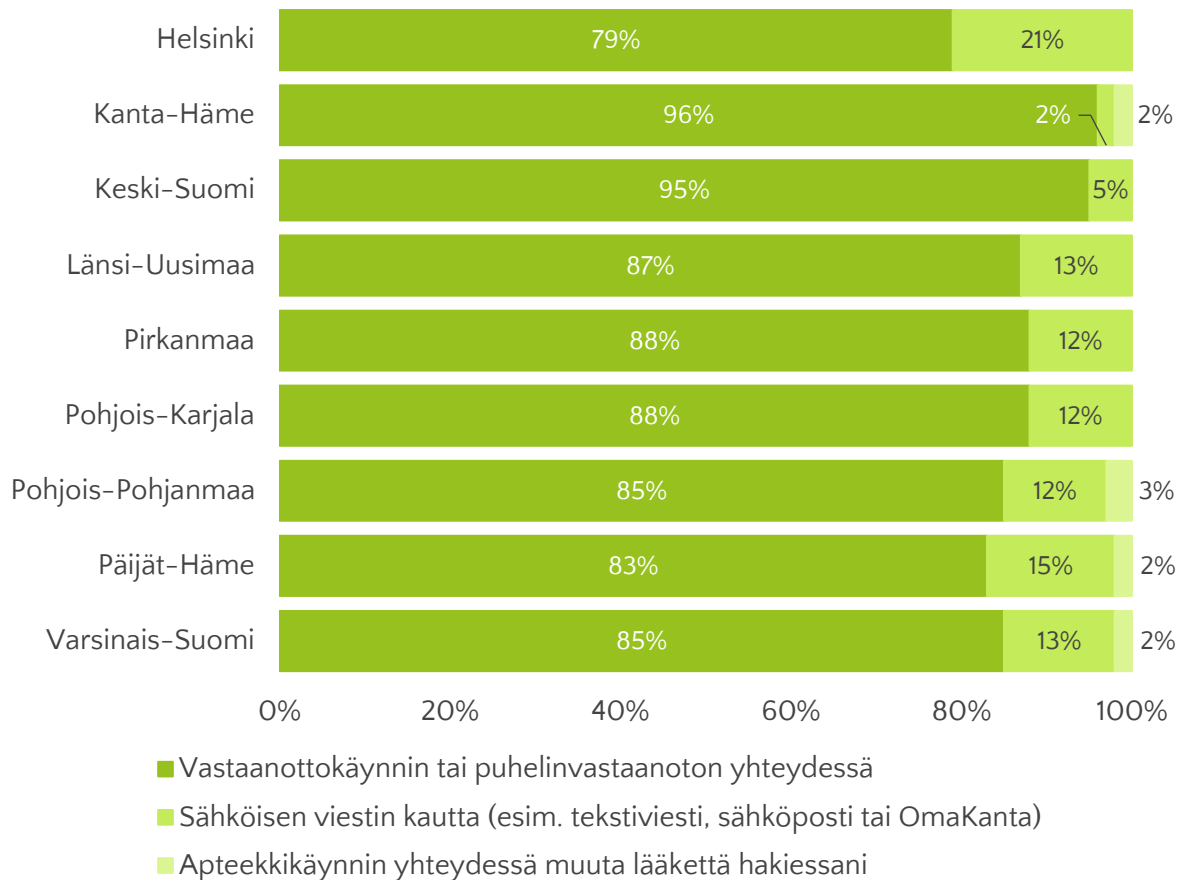
On myös tärkeää huomioida, että Luustoliiton vuonna 2025 toteuttaman Hyvän hoidon kyselyn² tulosten mukaan vuosien 2024–2025 aikana 14 % vastaajista oli joutunut karsimaan muista menoista lääkekustannusten vuoksi, ja 5 % oli joutunut turvautumaan ulkopuoliseen apuun. Parin viime vuoden tilanne on siis huomattavasti heikompi kuin pidemmän aikavälin tulokset.

Vaikka lääkehoito ei aiheuta merkittävää taloudellista kuormitusta suurimmalle osalle vastaajista, osalle potilaista kustannukset voivat muodostua haasteeksi. Tämä korostaa lääkekustannusten huomioimisen merkitystä hoitopäätöksiä tehtäessä sekä tarvetta varmistaa, että potilaat saavat riittävästi tietoa vaihtoehtoisista ja kustannuksiltaan edullisemmista lääkkeistä.

Alueellinen vertailu

Kyselyn tuloksissa oli havaittavissa jonkin verran alueellisia eroja. Alla olevissa kuvaajissa on eritelty vastaukset hyvinvointialueittain. Tuloksia tarkastellessa tulee kuitenkin huomioida, että kyselyllä kartoitettiin lääkehoidon toteutumista 10 viime vuoden ajalla. Koska hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vasta vuonna 2023, hyvinvointialue tulee ajatella ensisijaisesti maantieteellisenä rajauksena, ei hoitoa toteuttavana organisaationa.

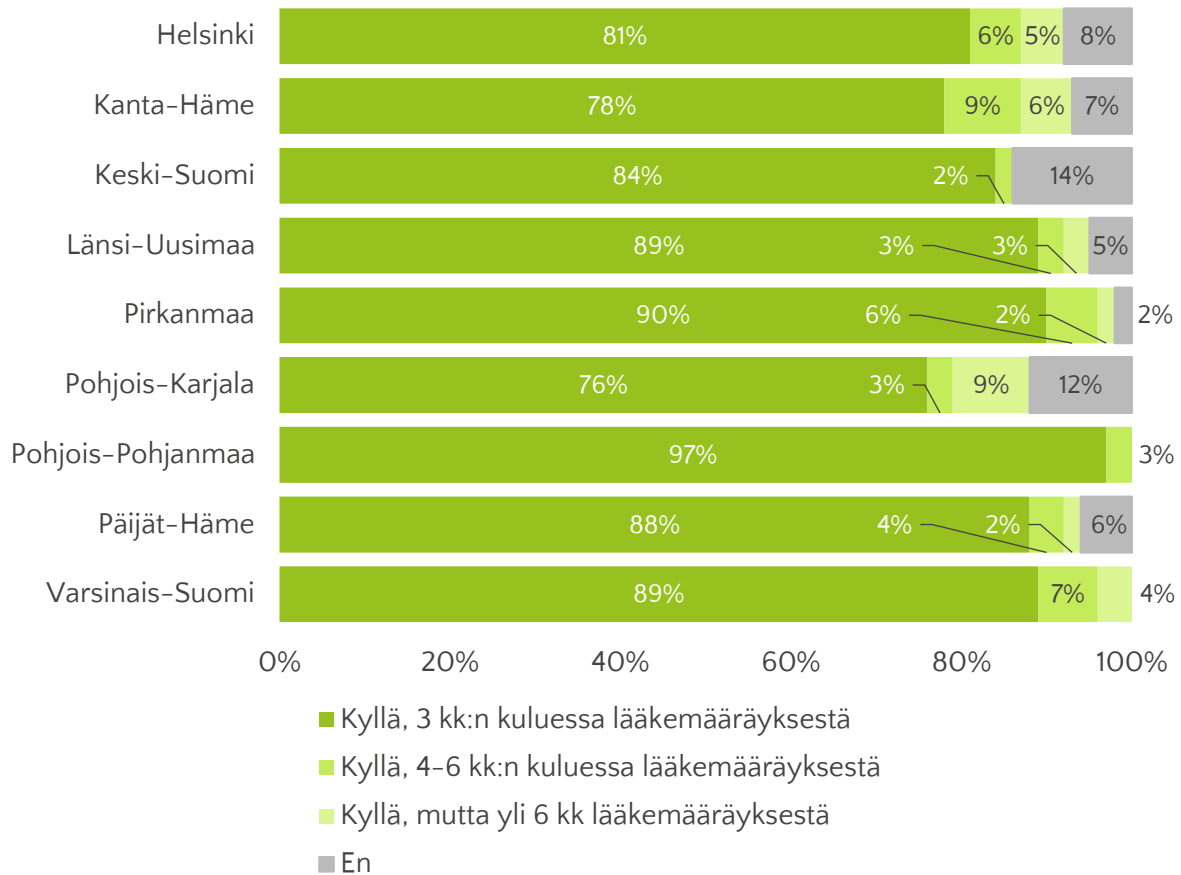
Miten sait tiedon reseptistä? Valitse parhaiten tilannettasi kuvaava vaihtoehto



Kaavio 16. Reseptin toimitustapa (n=614).

Yleisimmin resepti toimitettiin kaikilla alueilla vastaanottokäynnin tai puhelinajanvarauksen yhteydessä. Useimmin reseptin sai ajanvarauksen yhteydessä Kanta-Hämeessä. Sähköisesti reseptin saaneiden osuus oli suurin puolestaan Helsingissä.

Aloititko lääkehoidon?

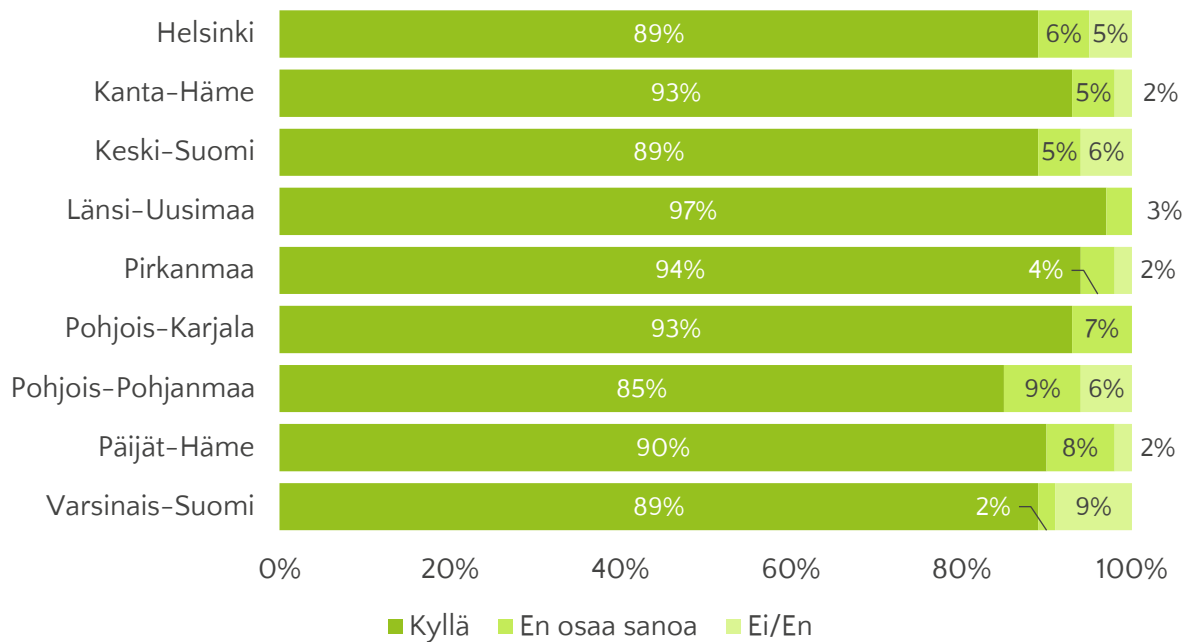


Kaavio 17. Lääkehoidon aloitus (n=614).

Todennäköisimmin määrätty lääkehoito aloitettiin Pohjois-Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Näillä alueilla kaikki lääkemääräyksen saaneet aloittivat lääkehoidon. Keski-Suomessa lääkehoidon aloittaminen oli epätodennäköisintä, vaikka alueella 86 % ottikin lääkkeen käyttöön.

Hoidon aloittamisen viivästyisessä oli alueiden välillä melko suuriakin eroja: Pohjois-Pohjanmaalla aloitus viivästyi vain 3 %:lla vastaajista, kun Kanta-Hämeessä luku oli jo 15 %. Syitä lääkehoidon aloituksen viivästyymiseen ei eritellä alueittain vähäisen kokonaisvastaajamäärän vuoksi. Samasta syystä aluevertailussa ei käsitellä myöskään muita, pientä vastaajamäärää (n<30) koskevia, tarkentavia kysymyksiä.

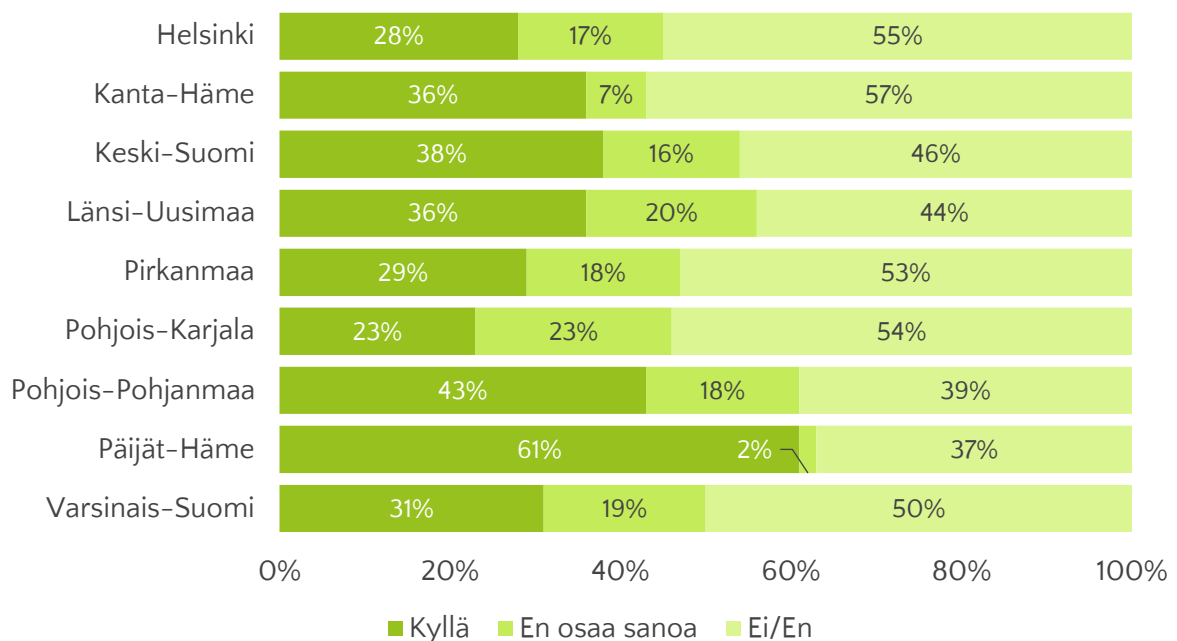
Lääkäri tai hoitaja kertoi, miksi minulle määrättiin luulääkehoito



Kaavio 18. Hoidon tarpeen perustelu (n=583).

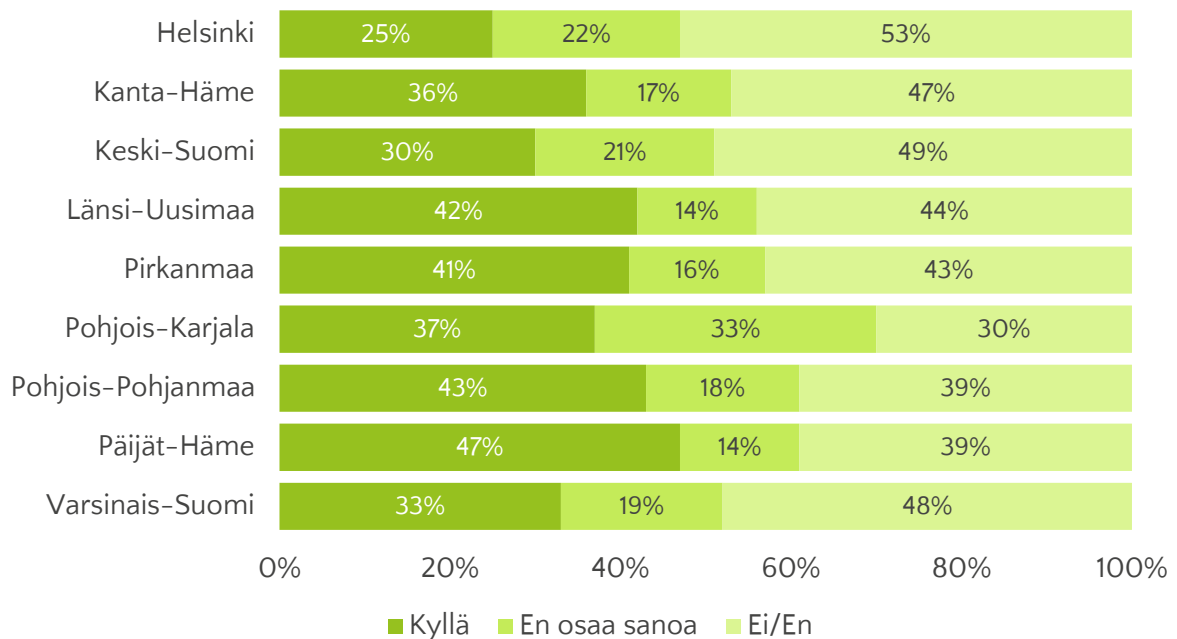
Lääkehoidon tarve perusteltiin kaikilla alueilla valtaosalle. Erytisen hyvin perustelut annettiin Länsi-Uudellamaalla, jossa lääkemääräyksen perustelut kerrottiin 97 %:lle. Varsinais-Suomessa 9 % vastaajista ei saanut lainkaan tietoa siitä, miksi lääke oli määrätty.

Sain vaikuttaa itselleni sopivan lääkkeen valintaan



Kaavio 19. Mahdollisuudet vaikuttaa sopivan lääkkeen valintaan (n=583).

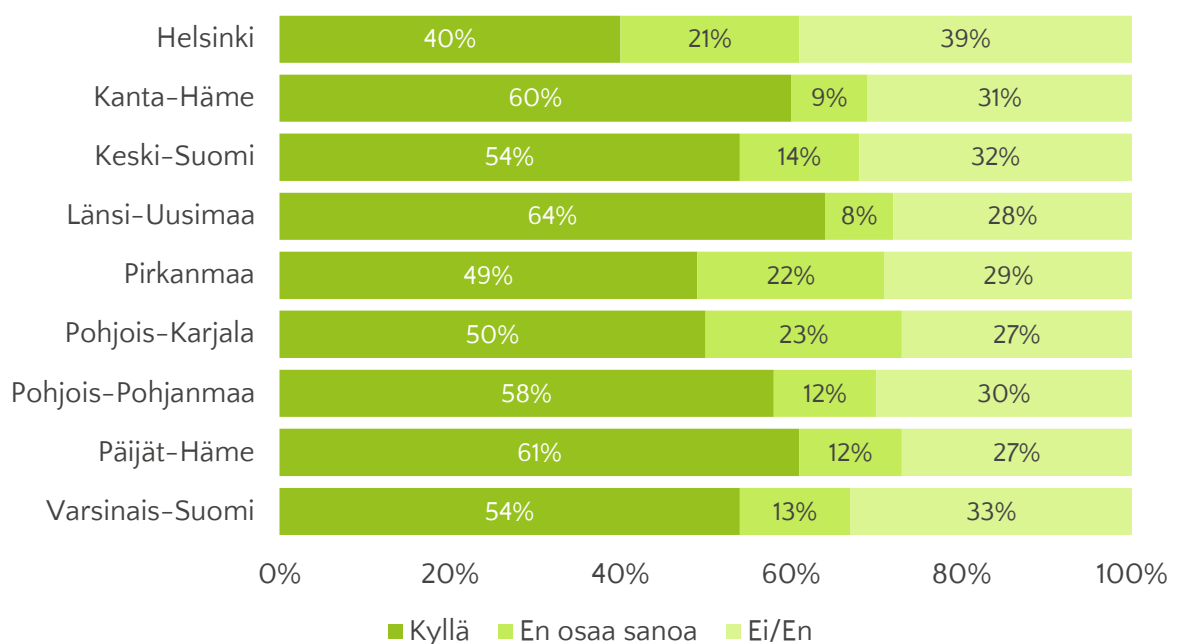
Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkkeen vaikutusmekanismista



Kaavio 20. Tiedonsaanti lääkkeen vaikutusmekanismista (n=583).

Useimmiten lääkkeen valintaan sai osallistua Päijät-Hämeessä (61 %), jossa kerrottiin useimmin myös lääkkeen vaikutusmekanismista. Pohjois-Karjalassa lääkkeen valintaan sai osallistua alle neljäsosa (23 %). Lääkkeen vaikutusmekanismista kerrottiin vähiten puolestaan Helsingissä.

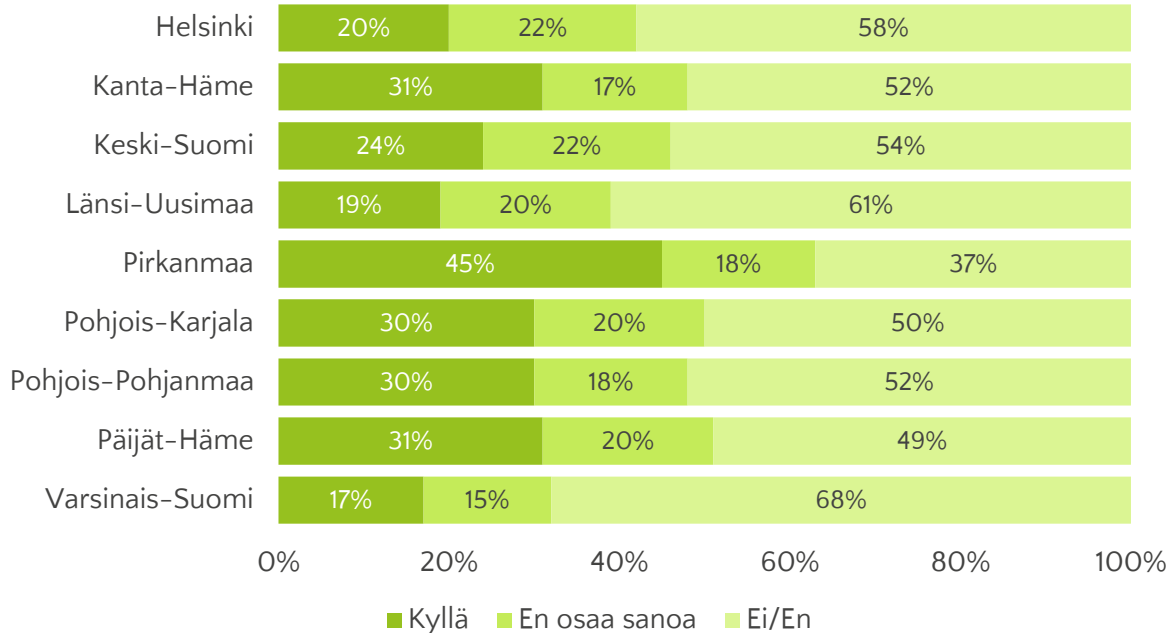
Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkkeen hyödyistä luustolle



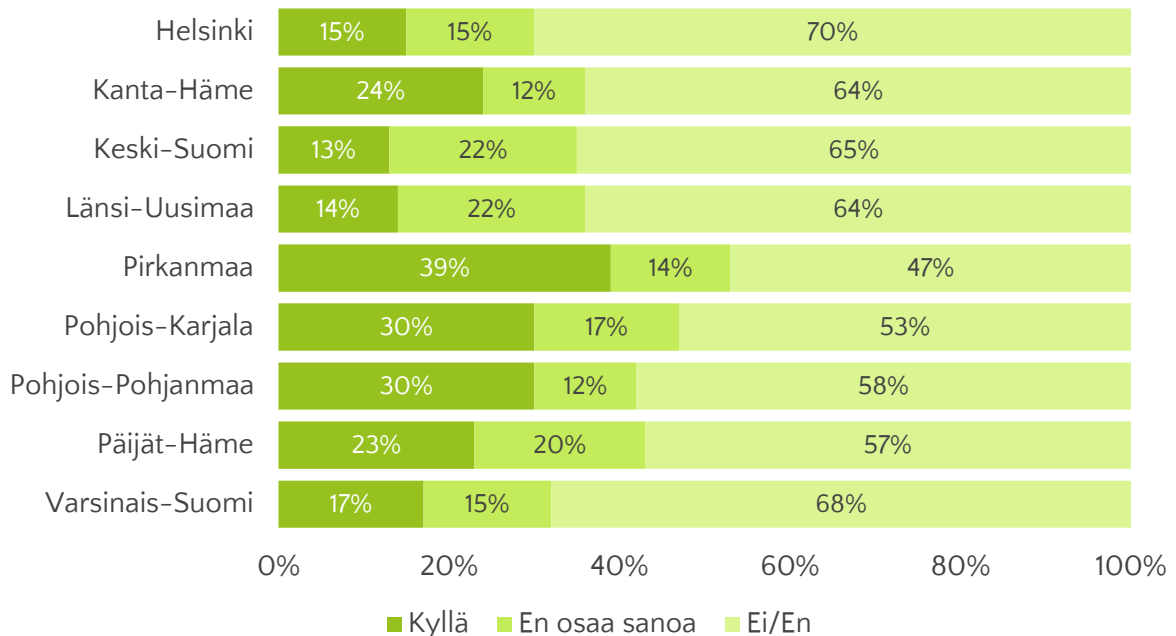
Kaavio 21. Tiedonsaanti lääkkeen hyödyistä (n=583).

Lääkkeen hyödyistä kerrottiin lähes kaikilla alueilla yli puolelle. Helsingissä tiedon sai kuitenkin ainoastaan 40 % vastaajista. Länsi-Uudellamaalla lääkkeen hyödyistä kerrottiin todennäköisimmin (64 %).

Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista



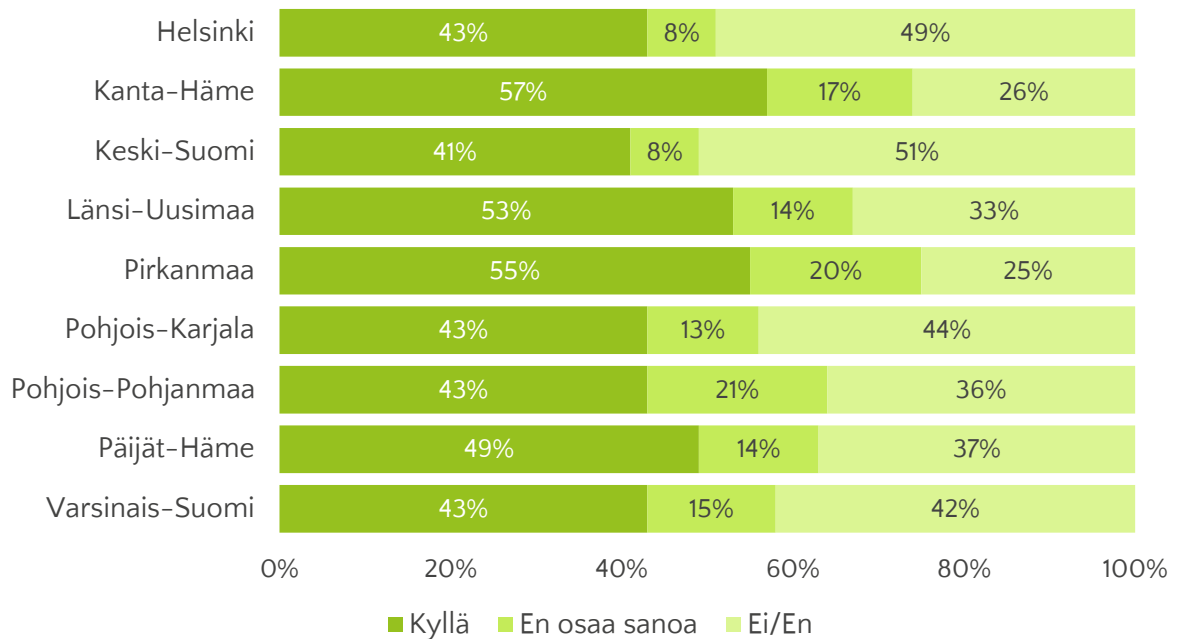
Lääkäri tai hoitaja kertoi, miten tulee toimia, jos epäilen lääkehoidolla olevan haittavaikutuksia



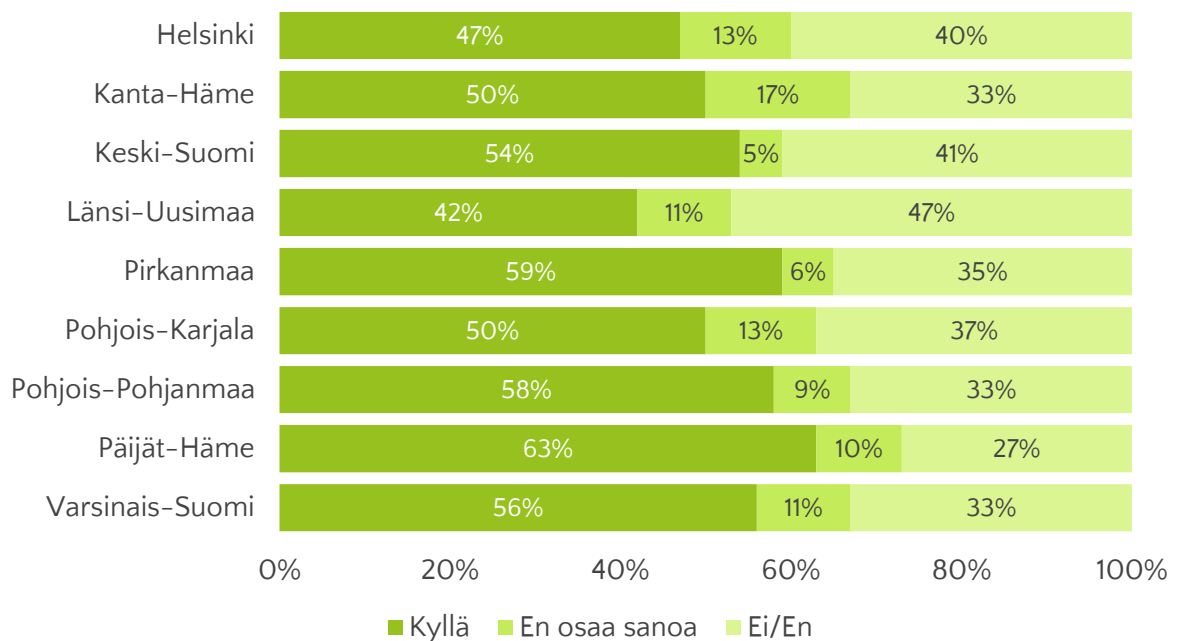
Kaaviot 22–23. Tiedonsaanti mahdollisista haittavaikutuksista (n=583).

Lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista kerrottiin kokonaisuudessaan erittäin heikosti. Tietoa mahdollisista haittavaikutuksista sai Varsinais-Suomessa vain 17 % vastaajista. Eniten mahdollisista haittavaikutuksista kerrottiin Pirkanmaalla, jossa tietoa sai silti vain 45 % vastaajista. Toimintaohjeet mahdollisten haittavaikutusten varalle annettiin Keski-Suomessa vain 13 %:lle. Pirkanmaalla myös toimintaohjeet saatiin todennäköisimmin.

Lääkäri tai hoitaja kertoi lääkehoidon kestosta



Lääkäri tai hoitaja kertoi, miten lääkehoidon vaikuttavuutta tai tehoa seurataan



Kaaviot 24–25. Tiedonsaanti lääkehoidon kestosta ja seurannasta (n=583).

Myös lääkehoidon kestosta sai tietoa vain noin puolet vastaajista. Keski-Suomessa vain 41 %:lle kerrottiin, kauanko lääkehoito jatkuu. Parhaiten asiasta muistettiin kertoa Kanta-Hämeessä, jossa tietoa sai silti vain 57 %. Lääkehoidon vaikuttavuuteen ja hoidon tehon seurantaan liittyvä tiedon-saanti jäi myös kaikilla alueilla tasaisen heikoksi. Länsi-Uudellamaalla vain 42 %:lle kerrottiin, miten lääkehoidon vaikuttavuutta tai tehoa seurataan. Päijät-Hämeessä luku oli selvästi korkeampi: seurannasta kerrottiin jo 63 %:lle vastaajista.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Kyselyn tulokset osoittavat, että osteoporoosin lääkehoito perustuu Suomessa pääosin suosituksiin ja että lääkehoidot ovat valtaosalla potilaista asianmukaisesti kohdennettuja. Samanaikaisesti tulokset tuovat kuitenkin esiin merkittäviä kehittämiskohteita hoitopolun toteutuksessa, erityisesti potilasohjauksessa, hoidon seurannassa sekä potilaan roolissa osana hoitoa.

Keskeisin havainto liittyy potilasohjauksen puutteisiin. Vaikka suurin osa vastaajista oli saanut tiedon lääkehoidon tarpeesta, merkittävä osa ei ollut saanut riittävää tietoa lääkkeen haittavaikutuksista, hoidon kestosta tai siitä, miten toimia mahdollisissa ongelmatilanteissa. Myös potilaiden mahdollisuus osallistua lääkevalintaan toteutui vaihtelevasti. Tämä heikentää hoitoon sitoutumista ja lisää epävarmuutta erityisesti hoidon alkuvaiheessa.

Toinen keskeinen kehittämiskohde on hoidon seuranta. Vaikka osa potilaista oli säännöllisen seurannan piirissä, tulokset osoittavat, että seuranta ei toteudu yhdenmukaisesti. Moni potilas ei tiennyt, miten hoidon tehoa seurataan tai koki joutuvansa itse huolehtimaan seurantatutkimusten järjestymisestä. Vastuunjaon epäselvyys hoitopolussa heikentää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta.

Lisäksi tulokset osoittavat, että haittavaikutukset sekä niihin liittyvä epävarmuus vaikuttavat lääkehoidon kokonaisuuteen. Puutteellinen tieto haittavaikutuksista ja niiden hallinnasta voi johtaa hoidon keskeyttämiseen tai aloittamatta jättämiseen.

Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat keskeiset kehittämissuosituksiset:

- Potilasohjauksen vahvistaminen: Potilaille tulee antaa systemaattisesti ymmärrettävää ja kattavaa tietoa lääkehoidon tavoitteista, hyödyistä, haittavaikutuksista, kestosta sekä seurannasta.
- Potilaan osallistaminen hoitopäätöksiin: Lääkehoidon valinnassa tulee vahvistaa potilaan osallisuutta ja yhteistä päätöksentekoa.
- Hoidon seurannan toteutus hoitosuosituksen mukaisesti: Seurannan vastuut tulee määrittellä selkeästi, ja potilaille tulee tarjota ennakoiva suunnitelma hoidon seurannasta.
- Alueellisen yhdenvertaisuuden varmistaminen: Hyvinvointialueille suositellaan yhtenäisiä ja vastuutettuja hoitopolkuja, jotka tukevat hoidon jatkuvuutta. Myös osteoporoosin Käypä hoito -suositusta on tärkeää noudattaa.
- Tieto haittavaikutuksista ja niiden hallinnasta: Potilaille tulee tarjota konkreettiset toimitaohjeet mahdollisten haittavaikutusten varalle. Mahdollisista haittavaikutuksista on myös tärkeää kertoa.
- Apteekkien roolin vahvistaminen: Henkilöstöä tulee kouluttaa osteoporoosin lääkehoidon erityispiirteistä ja rinnakkaisvalmisteiden saatavuus tulee varmistaa.

Kokonaisuutena osteoporoosin lääkehoidon kehittäminen edellyttää hoitoketjun vahvistamista potilaslähtöisemmäksi, selkeämmäksi ja yhdenvertaisemmäksi. Näiden kehittämistoimenpiteiden avulla voidaan parantaa hoitoon sitoutumista, lisätä hoidon vaikuttavuutta ja edesauttaa potilaiden turvallista ja toimintakykyistä ikääntymistä. Näin saavutetaan paremmin myös lääkehoidon ensisijainen tavoite: murtumien ehkäisy.

KIITOKSET

Kiitämme lämpimästi kaikkia lääkehoitokyselyymme vastanneita henkilöitä.

LÄHTEET

1. Osteoporoosi. [Käypä hoito -suositus](#). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Endokrinologiyhdistyksen, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Geriatriit ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025.
2. Suomen Luustoliitto ry 2025. [Raportti Osteoporoosin hoidon toteutumisesta uusilla hyvinvointialueilla 2024–2025](#). Potilaskyselyn tuloksia.
3. Kanis JA, et al. [SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe](#). Arch Osteoporos 2021 Data from SCOPE 2021 resources, International Osteoporosis Foundation.