

Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Maksimainen Anna, Niemelä Pyry, Koukkula Lari, Torvinen Anna, Mulari Mikko, Välimaa Norma, Rimpelä Matti

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi

Lokakuu 2016

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016

KUVAILULEHTI

Julkaisija ja julkaisuaika	Valtioneuvoston kanslia, 19.10.2016		
Tekijät	Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Maksimainen Anna, Niemelä Pyry, Koukkula Lari, Torvinen Anna, Mulari Mikko, Välimaa Norma, Rimpelä Matti		
Julkaisun nimi	Sote-palveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016		
Asiasanat	Sosiaali- ja terveyspalvelut, kehittäminen, kustannukset, säästöpotentiaali		
Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot	Väliraportti 5/2016		
Julkaisuaika	Lokakuu, 2016	Sivuja 55	Kieli suomi

Tiivistelmä

Tämä selvitys on tehty valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) vuoden 2016 tutkimushankkeessa Sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden muodostamisen tukemista koskevat selvitykset. Selvitys liittyy käynnissä olevaan SOTE-uudistukseen, mutta SOTE-uudistuksen vaikutusarviointi on mahdollista vasta, kun lakimuutosten sisällöt ovat tarkentuneet. Raportissa on käyty osa-alueittain läpi mahdollisuuksia kehittää sosiaali- ja terveyspalveluita siten, että kustannuksia voidaan keventää, mutta säilyttää vähintään nykyisen tasoinen palveluvalikoima, palveluiden laatu ja vaikuttavuus. Analyseissa käsitellään toimeksiannon rajauksista johtuen vain kuntien tällä hetkellä rahoittamia sosiaali- ja terveyspalveluita.

Kehittämis- ja säästöanalyysin pohjana on käytetty pääosin nykyisten käytössä olevien parhaiden käytäntöjen hyödyntämismahdollisuuksia sekä tutkimus- ja selvitystietoa erilaisten interventioiden tai mekanismien vaikutuksista. Parhaiden käytäntöjen vaikutuksia on arvioitu numeerisesti, ja lisäksi osa-alueittain on kuvattu niitä mekanismeja, jotka vaikuttavat kustannusten kertymiseen. Kokonaisuutena tunnistettu säästöpotentiaali on yli 3 miljardia euroa suhteessa perusuran mukaiseen kasvuennusteeseen vuoteen 2029 mennessä.

Liite 1 Analyysi SOTE-palveluiden kehittämispotentiaalista

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2016 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokaytoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare & utgivningsdatum	Statrådets kansli, 19.10.2016		
Författare	Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Maksimainen Anna, Niemelä Pyry, Koukkula Lari, Torvinen Anna, Mulari Mikko, Välimaa Norma, Rimpelä Matti		
Publikationens namn	Evaluering av utvecklings- och inbesparingspotential inom social- och hälsovården		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 42/2016		
Nyckelord	Social- och hälsovårdstjänster, utveckling, kostnader, inbesparingspotential		
Publikationens delar /andra producerade versioner	Lägesrapport 5/2016		
Utgivningsdatum	Oktober, 2016	Sidantal 55	Språk finska

Sammandrag

Denna utredning har utförts inom ramen för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet/projekt för år 2016. Utredningen tillhör en utredningsserie vars syfte är att utgöra underlag och stöd för social- och hälsovårdsreformen samt inrättandet av självstyrande områden. Även om utredning är associerad med social- och hälsovårdsreformen, är en evaluering av reformens effektivitet möjlig först då de nya lagförslagets innehåll har klargjorts på en mer detaljerad nivå. Rapporten behandlar utvecklingsmöjligheter inom social- och hälsovårdens olika delområden. Målsättningen är att reducera kostnaderna samtidigt som man bevarar minst det befintliga tjänsteutbudet, samt minst den nuvarande nivån på tjänsternas kvalitet och effektivitet. På grund av uppdragets avgränsningar behandlar analysen endast sådana social- och hälsovårdstjänster som för nuvarande finansieras av kommunerna.

Analysen av utvecklings- och inbesparingsmöjligheter är huvudsakligen baserad på möjligheter att utnyttja bästa praxis, samt på vetenskapliga studier eller utredningar om effektiviteten av diverse interventioner och mekanismer. Verkan av bästa praxis har evaluerats numeriskt. Rapporten beskriver även de mekanismer som påverkar ackumuleringen av kostnader inom social- och hälsovården olika delområden. Den identifierade inbesparingspotentialen överskrider i sin helhet 3 miljarder euro, i förhållandet till den nuvarande tillväxtprognosen för social- och hälsovårdskostnaderna fram till år 2029.

Bilaga 1 Analys av utvecklingspotential inom social- och hälsovårdstjänster

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2016 (tietokayttoon.fi).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

DESCRIPTION

Publisher and release date	Prime Minister´s Office , 19.10.2016		
Authors	Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Maksimainen Anna, Niemelä Pyry, Koukkula Lari, Torvinen Anna, Mulari Mikko, Välimaa Norma, Rimpelä Matti		
Title of publication	The Cost Saving Mechanisms of Social and Healthcare Services		
Name of series and number of publication	Publications of the Government´s analysis, assessment and research activities 42/2016		
Keywords	Social and healthcare services, development, productivity, cost savings		
Other parts of publication/ other produced versions	Preliminary report 5/2016		
Release date	October 2016	Pages 55	Language Finnish

Abstract

This study was conducted for as a part of the 2016 research program of the Prime Minister's Office related to the support of the social and health care reform and creation of autonomous regions. The study is related to the ongoing social and health care reform, but the actual evaluation of the outcomes of the reform can be conducted only after the contents of the new legislation are more detailed. The report is divided into subsections each covering the possibilities to develop a particular social or health care service so that costs can be decreased without affecting range of services, the quality or the effectiveness of the services. The analyses are restricted to services currently funded by the municipalities due to the focus of the original assignment.

The analysis of the development and cost saving possibilities is based on current best practices and the effects of interventions and mechanisms identified in previous research. The effect of the best practices is evaluated numerically, but the mechanisms affecting costs in each service are also described. The total savings potential defined relative to the estimated cost increase up until 2029 is over € 3 billion.

Appendix 1 Analysis of development potential in social and healthcare services


This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2016 (tietokaytoon.fi).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



SISÄLLYS

1. Johdanto	1
2. Päivystyksellinen toiminta ja synnytykset	4
2.1 Tausta ja nykytila	4
2.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	4
3. Elektiivinen, konservatiivinen hoito	9
3.1 Tausta ja nykytila	9
3.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	9
4. Leikkaustoiminta	12
4.1 Tausta ja nykytila	12
4.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	13
5. Perusterveydenhuollon avohoito	18
5.1 Tausta ja nykytila	18
5.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	19
6. Suun terveydenhuolto	23
6.1 Tausta ja nykytila	23
6.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	23
7. Vanhuspalvelut	28
7.1 Tausta ja nykytila	28
7.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	29
8. Vammaispalvelut	34
8.1 Tausta ja nykytila	34
8.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	34
9. Lasten ja perheiden palvelut	37
9.1 Tausta ja nykytila	37
9.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	38



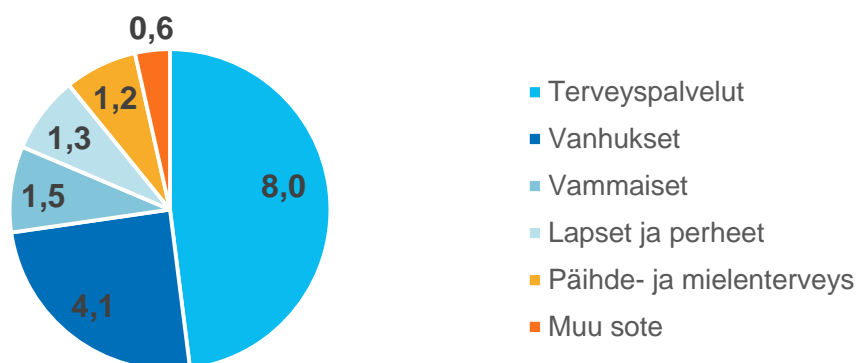
10. Päihde- ja mielenterveyspalvelut	42
10.1 Tausta ja nykytila	42
10.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset.....	43
11. Säästöjen realisointi	47

1. JOHDANTO

Tämä selvitys on tehty valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) vuoden 2016 tutkimushankkeessa Sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden muodostamisen tukemista koskevat selvitykset. Selvitys liittyy käynnissä olevaan SOTE-uudistukseen, mutta SOTE-uudistuksen vaikutusarviointi on mahdollista vasta, kun lakimuutosten sisällöt ovat tarkentuneet. Mm. valinnanvapauden vaikutukset kustannuksille voivat olla merkittävät ja ne tulee arvioida, kun mallin yksityiskohdat ovat selvillä. Säästöpotentiaalia on lähestytty pääosin nykyisten, tunnistettujen parhaiden käytäntöjen kautta. Seuraavassa vaiheessa tulee selvittää, miten SOTE-uudistus tukee näiden parhaiden käytäntöjen leviämistä ja käyttöönottoa. Raportissa on käyty osa-alueittain läpi mahdollisuuksia kehittää sosiaali- ja terveyspalveluita siten, että kustannuksia voidaan keventää, mutta säilyttää vähintään nykyisen tasoinen palveluvalikoima, laatu ja vaikuttavuus.

Tässä dokumentissa on esitetty analyysit sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästömahdollisuuksista. Tarkemmat analyysit, viitteet, lähteet ja laskelmat ovat raportin liitteenä olevassa Powerpoint-muotoisessa esityksessä. Analyysin rakenne pohjautuu kuvassa 1. esitettyyn kustannusjakaumaan. Analyyseissa käsitellään toimeksiannon rajauksista johtuen pääosin kuntien rahoittamia sosiaali- ja terveyspalveluita. Näiden palveluiden nettokustannukset vuonna 2014 olivat 16,7 mrd€. Joiltakin osin analyysihin on sisällytetty myös muita kustannuksia, kuten sairauspoissaoloista aiheutuvia tai matkakustannuksia, osaoptimoinnin välttämiseksi. Näitä ei kuitenkaan ole otettu huomioon kokonaiskustannussäästöjä arvioitaessa.

Kuva 1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntien rahoittamat nettomenot vuonna 2014



- Palvelukokonaisuuksien sisällöt
 - Terveyspalvelut = Somaattinen ESH + PTH avopalvelut (ei päihde) + PTH vuodeosastojen akuuttihoito (ei päihde)
 - Vanhukset = Vanhuspalvelut + PTH vuodeosastojen pitkäaikaishoito yli 75-vuotiailla
 - Vammaiset = Vammais- ja kehitysvammapalveluiden kustannukset sisältäen asumispalvelut
 - Lapset ja perheet = Lastensuojelun sijoitukset + Muut lasten ja perheiden palvelut + Lasten- ja nuorisopsykiatria
 - Päihde- ja mielenterveys = Päihdepalvelut + Psykiatrinen hoito + Asumispalvelut + PTH:ssa tapahtuva avo- ja vuodeosastohoito
 - Muu sote = Muut sosiaalipalvelut + Sote-hallinto

Kehittämis- ja säästöanalyysin pohjana on käytetty pääosin nykyisten käytössä olevien parhaiden käytäntöjen hyödyntämismahdollisuuksia sekä tutkimus- ja selvitystietoa erilaisten interventoiden, toimintamallien tai skaalamekanismien vaikutuksista. Parhaiden käytäntöjen arviota ei ole tehty pelkästään numeerisella analyysillä, vaan osa-alueittain on myös kuvattu niitä mekanismeja, jotka vaikuttavat eroihin kustannusten kertymisessä.

Kokonaisuutena tunnistettu säästöpotentiaali on hieman yli 3 miljardia euroa (Taulukko 1) suhteutettuna perusradan mukaiseen kasvuun vuoteen 2029 mennessä. Käytännössä säästöpotentiaali tarkoittaa siis kustannusten kasvun hillitsemistä. Ylivoimaisesti suurin osa SOTE-kustannuksista muodostuu henkilöstökustannuksista ja siten myös suurin osa säästöistä voidaan saavuttaa tuottamalla palvelut suhteellisesti aikaisempaa vähemmällä henkilöstömäärällä. Keskeisimmät mekanismit liittyvät 1) laitusrakenteen vähentämiseen yhtäältä ennaltaehkäisevillä integroiduilla palveluilla (esim. lastensuojelu) ja toisaalta kevyemmällä avomuotoisilla palveluilla (esim. vanhus- tai vammaispalvelut), 2) perustason palveluiden tuottavuuden kasvattamisella (esim. kotihoito, vastaanotto- ja suun terveydenhuolto), 3) laadun, vaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamiseen osaamisen kokoamisella, työnjaolla ja integraatiolla erikoistuneissa terveystoimissa (esim. päivystys, operatiiviset toiminnot) sekä 4) resurssitarpeen vähentämiseen sähköisten palveluiden ja telelääketieteen avulla.

Taulukko 1 Säästöpotentiaali suhteessa perusradan mukaiseen kasvuun vuoteen 2029 mennessä sekä potentiaalien kohdentuminen SOTE-palveluissa

Osa-alue	Säästöpotentiaali palvelutuotannossa	Säästöjen kohdentuminen
Terveyspalvelut	1730 M€	Päivystyksellinen toiminta 246-250 M€ Synnytykset ja yökirurgia 20 M€ Konservatiivinen, elektiivinen toiminta 364 M€ Leikkaustoiminta 420 M€ Perusterveydenhuollon avohoito 530 M€ Suun terveydenhuolto 150 M
Vanhuspalvelut	690 M€	Ympäri vuorokautisen hoivan vähentäminen lisäämällä "kotihoivaa" 500 M€ Kotihoidon tuottavuuden kasvattaminen 147 M€ Terveyskeskuksen akuuttivuodeosastohoito 42 M€
Vammaispalvelut	210 M€	Laitoshoidon korvaaminen kevyemmällä palvelulla 70 M€ Muun asumisrakenteen kehittäminen 140 M€
Lasten nuorten ja perheiden palvelut	410 M€	Kodin ulkopuoliset sijoitukset lisäämällä avohuollon palveluita 360 M€ Lasten- ja nuortenpsykiatrian vuodeosastohoito 50 M€
Päihde- ja mielenterveyspalvelut	100 – 200 M€	Vuodeosastohoidon kustannukset vähenevät 129 M€, avopalvelut kasvavat 20 M€.

Alla olevassa kuvassa on esitetty säästöjen jaksottuminen vuosittain. Vuoteen 2021 mennessä vuosittainen säästövaikutus olisi n. 1,7 miljardia euroa suhteessa perusuraan, vuoteen 2025 mennessä n. 2,6 miljardia euroa ja kokonaisuudessaan n. 3 miljardin vuosittainen säästövaikutus saataisiin vuoteen 2029 mennessä. Laskelma perustuu myöhemmin raportissa esitettäviin osa-aluekohtaisiin analyyseihin ja sisältää esim. toiminnan kehittämiseen liittyvät investointikulut.

Kuva 2 Perusuran ja laskennallisen säästöskenaarion vuosittaiset kokonaiskustannukset 2016-2029



2. PÄIVYSTYKSELLINEN TOIMINTA JA SYNNYTYKSET

Päivystyksellisellä tarkoitetaan tässä yhteydessä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautista päivystystä, jota tuotetaan tällä hetkellä yliopistollisissa sairaaloissa, keskussairaaloissa ja joissain aluesairaaloissa. Myös perusterveydenhuollon puolella on päivystyksellistä toimintaa etenkin virka-ajan ulkopuolella, mutta sen kustannuksia ei ole otettu mukaan tarkasteluun, koska siihen ei liity samanlaisia keskittämissuunnitelmia kuin erikoissairaanhoidon päivystykseen. Erikoissairaanhoidon päivystyksen kustannuksiksi on arvioitu n. 300 M€ vuodessa. Päivystyksestä alkavan, konservatiivisen erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän perusterveydenhuollon jatkohoidon kustannukset puolestaan ovat n. 1,5 mrd€. Synnytystoiminnan kustannukset ovat arviolta 300M€, josta synnytyssalien osuus on n. 100M€. Päivystyksellisen toiminnan ja synnytysten analyysit on esitetty liitteen dioilla 8-39.

2.1 Tausta ja nykytila

Suomessa yksittäinen päivystys vastaa laajasta erilaisten potilasryhmien hoidon tarpeesta käytännössä ”yhdeksi luukulta”. Ovella saattaa olla samaan aikaan lapsi flunssaoireiden kanssa, iäkäs aivohalvauspotilas ambulanssihenkilöstön tuomana sekä vahvasti päihtynyt keski-ikäinen traumapotilas. Potilaiden hoidon ja kiireellisyys tarpeen arvio ja kuhunkin tarpeeseen tarkoituksenmukainen hoito edellyttää päivystysyksiköltä laajaa osaamis pohjaa. Yhteispäivystyksen on varauduttava myös yöaikaan, jolloin potilaita saapuu lukumääräisesti vähän, tarjoamaan hoitoa kaikkien eri erikoisalojen vaativille potilaille. Suomessa on 2000-luvulla alettu organisoida päivystystoimintaa yhteispäivystystyyppisesti, jossa pääosin keskus- ja yliopistosairaaloiden erikoissairaanhoidon yhteyteen on integroitu joko keskuskaupungin tai laajemmin koko sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollon päivystys.

Yhteispäivystykset ovat kuitenkin suhteessa väestöön monin paikoin pieniä. Alle 250 000 väestöpohjan päivystyksessä ei saavuteta eri erikoisosajien jatkuvan läsnäolon näkökulmasta riittävää, tasaista potilasmäärää kuin vuorokauden vilkkaimpina aikoina (/NHG Benchmarking). Jos halutaan ylläpitää laadukas päivystysvalmius, aiheuttaa se pienissä yksiköissä alhaista tuottavuutta ja kuormittavuuden vaihtelua. Myös esimerkiksi laboratorio- tai kuvantamisyksiköiden osalta kuormittavuudet jäävät alhaisiksi.

Päivystystoiminnassa hoidon vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta oleellista on tarkastella kokonaisia päivystyksestä alkaneita episodeja. Päivystyspoliklinikka muodostaa päivystyspotilaiden hoidossa tärkeän, mutta kokonaisuhoitoon ja -kustannusten näkökulmasta vain pienen osan. Päivystyspoliklinikoiden kustannukset ovat n. 300 miljoonaa euroa, mutta esimerkiksi konservatiivisen hoidon, josta suuri osa on päivystyksellistä vuodeosastohoitoa, kustannukset ovat erikoissairaanhoidossa n. 2,2 miljardia euroa, minkä lisäksi siihen liittyy n. 400 miljoonan euron arvosta perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoa.

2.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Erikoissairaanhoidon päivystyksen käytössä suhteessa väestöön on merkittäviä eroja sairaanhoitopiirien välillä: matalin käyttö on n. 30 % keskimääräistä pienempää ja korkein puolestaan 60 % keskimääräistä korkeampaa. Ikärakenne ei selitä eroista kuin vain pienen

osan. Ikävakiointunakin erot sairaaloiden välillä säilyvät. Väestön etäisyydellä päivystykseen on tutkitusti vaikutusta käyntimääriin, mutta ensisijaisesti perusterveydenhuollon päivystykseen (JYVÄ-hanke). Erikoissairaanhoidon käyntien määrään vaikuttavat triage-käytännöt sekä päivystävien PTH-lääkäreiden osaaminen sekä heidän käytettävissään olevat diagnostiikkamahdollisuudet. Erikoissairaanhoidon käyntimäärien arvioitu vähentymispotentiaali on 13 %. Käyntimäärän vähenemä vaikuttaa suoraan päivystyksen muuttuviin kustannuksiin (tarvikkeet, diagnostiikka), sekä melko suoraan hoitohenkilöstön tarpeeseen, mutta lääkäreiden määrään sillä ei ole suoraa vaikutusta.

Etenkin Iso-Britanniassa on suuri määrä suosituksia päivystyspisteen koosta ja liittyvistä palveluista/erikoisaloista, joskaan kiistatonta tieteellistä näyttöä usealle suosituksesta ei ole. Tietynlaiseksi de facto standardiksi on kuitenkin haarukoitunut väestöpohjaltaan noin 250 000 – 300 000 ihmisen palvelualue perustuen eri sairauksien/tapaturmien esiintyvyyteen. Useat suositukset painottavat etenkin kokeneen lääkäriresurssin (consultant) saatavuuden merkitystä, jolla on todettu olevan yhteys pienempään kuolleisuuteen. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että päivystyksen koolla on vaikutusta palvelun laatuun (Nathens ym. 2001, Brar ym. 2013, Schull ym. 2006, Shin ym. 2011).

Yhteispäivystykset vaativat useiden eri erikoisosaajien läsnäoloa päivystyksessä, jotta ne voivat varautua diagnosoimaan ja hoitamaan alueen eri potilastapaukset 24/7. Esimerkiksi päivystysasetuksen ja yhtenäisen päivystyshoidon perusteet -raportin (STM 2010) laatuvaatimukset tarkoittavat, että tuottavaan ja kustannuksiltaan optimaaliseen tilanteeseen voidaan päästä virka-ajan ulkopuolella vähintään 250 000 väestöpohjalla. Tämän alle kysynnän vähäisyys ja vaihtelu aiheuttavat jonkun erikoislääkäriresurssin tyhjäkäyntiä, ellei tehtävänkuvaan ole sisällytetty muita tehtäviä. Yöaikaan vaadittava väestöpohja on vielä huomattavasti suurempi käyntien vähäisyyden vuoksi, mutta Suomen väestötiheyksillä on huomioitava saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvät näkökulmat. Sovellettaessa Venesmaan (2011) lokaatiomallia: mikäli päivystystoiminta järjestettäisiin 10 yksikköön, 96 % asuisi 120 kilometrin ja 72 % 60 kilometrin etäisyydellä päivystyksestä. Keskitämisen vaikutusta tarvittavaan lääkäriyöpanokseen arvioitiin laskennallisella mallilla, jossa väestöpohjan suhteen arvioitiin eri vuoroissa tarvittava lääkärimäärä olettaen jaettu etupäivystys. Lääkäriyöpanos perustuu vuorotasolla toteutuneisiin käyntimääriin eri väestöpohjilla (NHG Benchmarking). Mikäli päivystystoiminta keskitettäisiin 12 yksikköön, tarvitaan päivystyspoliklinikoille 30 % vähemmän lääkäriresurssia verrattuna nykytilaan edellyttäen, että erikoissairaanhoidon tasoista päivystystä ei muissa sairaaloissa ole. Päivystyksen keskitäminen kasvattaisi ensihoidon tarvetta. Tehtävien määrä ei muutu, mutta kuljetusmatkat pitenevät. Ensihoidon kustannusten kasvun arviointi on kuitenkin haastavaa, sillä osa lisääntyneestä kysynnästä kääntyy kapasiteetin käyttöasteen kasvuksi ja vain osa edellyttää lisäkapasiteetin hankkimista. Myös enenevässä määrin potilaita hoidetaan kohteessa. Kapasiteetin lisäystä tarvitaan arviolta 7-11 M€:n verran, mikä pienentää päivystyksen keskitämisen säästöpotentiaalia.

Keskeisintä alueellisen kustannusvaikuttavuuden kannalta on kuitenkin päivystyksen ohjausvaikutus: kuinka laadukkaasti ja tuottavasti ensivaiheen diagnostiikka ja hoidon ohjaus toimivat ja ohjautuvatko potilaat nopeasti oikeisiin hoitolinjoihin. Esimerkiksi yhteispäivystysjärjestelyissä päivystyksen kustannukset ja päivystyskäyntien hinnat ovat saattaneet nousta, mutta säästö on tullut siitä, kun potilaita on otettu vähemmän vuodeosastoille jatkotutkimukseen nopean vasteen diagnostiikan ja hoidon keinoin (NHG Benchmarking). Toisaalta päivystyksen yhteyteen kehitetyt nopean diagnostiikan ja hoidon päivystysosasto ovat vähentäneet vuodeosastojen käyttöä selvästi.

Suuremman väestöpohjan yksiköissä päivystyksen sisäänottojen määrä sairaalaan suhteessa väestöön on keskimäärin selvästi pienempi. Pienen väestöpohjan sairaaloissa

vaihtelu on kuitenkin suurta: joissain sairaaloissa sisäänottoja on yhtä vähän kuin suuren väestöpohjan sairaaloissa, mutta toisissa yli 50 % enemmän. Iän ja sairastavuuden vaikutukset ovat hyvin pieniä eikä perusterveydenhuollon akuuttijaksojen huomioiminenkaan muuta lopputulosta. Esimerkiksi yhteispäivystysten kehittämisen ja käyttöönoton myötä on saavutettu joissakin sairaaloissa päivystyksellisten hoitajaksojen ja -päivien vähenemää. Tähän on liittynyt päivystyksen resursoinnin ja diagnostiikan vahvistamista. Laskelmista voidaan olettaa, että päivystyksen keskittäminen 12 yksikköön vähentäisi päivystyksellisiä hoitajaksoja n. 17 % kansallisella tasolla. Tämä tarkoittaisi n. 150 M€ säästöä erikoissairaanhoidon vuodeosastojen kustannuksissa.

Osassa tapauksista vuodeosastojakso jatkuu perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Näissä nykyinen palvelujärjestelmä aiheuttaa haasteita ja erot kokonaisuutena kestossa sairaanhoitopiirien välillä ovat merkittäviä esimerkiksi sydäninfarktin ja aivoinfarktin hoidossa (THL Perfect). Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkuvien vuodeosastojaksojen säästöpotentiaalia on arvioitu THL:n Perfect-hankkeen tulosten avulla. Tulokset osoittavat, että sydäninfarktissa lyhimpien hoitoketjujen sairaanhoitopiireissä episodien kestot ovat 17 % maan keskiarvon alapuolella ja aivoinfarktissa 27 %, eli keskimäärin ero parhaimman piirin ja keskiarvon välillä on 22 %. Kun huomioidaan, että erikoissairaanhoidon konservatiivisista, päivystyksellisistä hoitopäivistä n. 25 % kuuluu episodeihin, joissa hoito jatkuu PTH:n vuodeosastolla ja PTH:ssa puolestaan n. 50 % hoitopäivistä tulee ESH:n jatkohoidosta, on säästöpotentiaali yhteensä melkein 200 000 hoitopäivää. Kustannuksia säästyisi 73 M€. Tässä laskelmassa on huomioitu se, että päivystyksestä alkavien hoitajaksojen määrä vähenee 17 %. Laskelman hoitajaksojen lyhenemän myötä vähenevistä hoitopäivistä perustuu nykyistä 17 % pienemmälle hoitajaksumäärälle.

Synnytystoiminnan säästöpotentiaalin mekanismi on sama kuin päivystyksessä: varalla olevan henkilöstön tehokas käyttö. Venesmaan (2011) tutkimuksen mukaan suuremmat yksiköt ovat tuottavampia. Lisäksi kirjallisuudessa on näyttöä suurempien yksiköiden paremmasta laadusta. Synnytystoiminnan keskittäminen kuitenkin kasvattaa matkakustannuksia, mikä tulee huomioida säästöpotentiaalia laskettaessa. Venesmaan (2011) laskelmien pohjalta on arvioitu, että synnytystoiminnan keskittäminen 12 sairaalaan tuottaisi vuositasolla 6,5M€ säästöt. Synnytysvalmiuteen läheisesti liittyvä yöaikainen leikkaustoiminta tuottaa säästöjä, mikäli se lakkautetaan niistä sairaaloista, joissa ei ole synnytystoimintaa. Näissä sairaaloissa on kuitenkin pääsääntöisesti vain varallaolopäivystystä, jolloin säästöä kertyisi n. 13 M€, josta 2 M€ on varallaolokorvauksia ja 11 M€ korvausta aktiivitunneista.

Päivystystoiminnan (mukaan lukien synnytykset ja yöaikaiset leikkaukset) keskittämisellä 12 sairaalaan voitaisiin saavuttaa n. 270 miljoonan euron säästöt, josta suurin osa syntyy päivystyksellisten hoitajaksojen tarkoituksenmukaisemman ohjauksen kautta (kuva 3). Keskitetyissä yhteispäivystyksissä on potilasohjausta voitu kehittää siten, että ensivaiheen nopean diagnostiikan ja hoidon aloituksen keinoin sairaalahoidon hoitajaksojen määrää ja kestoa on voitu vähentää. Osa säästöistä tulee resurssien skaalautumisen kautta: päivystyspalvelut vaativat asetusten mukaan usean eri erikoislääkärin saatavuutta joko läsnäolo- tai varallaoloperiaatteella ja vasta yli 200 000-300 000 asukkaan väestöpohjissa saavutetaan riittävän tasaiset kuormittavuudet toiminnan taloudellisuuden näkökulmasta. Joidenkin resurssien osalta vaaditaan tätäkin suurempia väestöpohjia. Suuremmissa yksiköissä on lisäksi mahdollisuus varautua paremmin eritasoisiiin hoitotarpeisiin 24/7 -periaatteella ja toisaalta voidaan varmistaa nopea diagnostiikka ja hoidon aloitus viiveettä potilaille, joiden osalta ei ole tarvetta päivystyksellisille toimenpiteille tai laajemmille tutkimuksille.

Kuva 3 Yhteenveto päivystyksellisen toiminnan mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Parempi triage-ohjaus	ESH-päivystyskäyntien määrä (käynnit/väestö) vähenee 13%	Hoitajien henkilöstökustannukset päivystyksessä	7,5
Jakamattomien resurssien tehokas käyttö	Tarvittavat lääkärin työvuorot vähenevät 30 % (Yksikkökustannus)	Muuttuvat kustannukset päivystyksessä	11,6
Päivystyksen henkilöstön osaaminen ja tutkimismahdollisuudet	Synnytysyksiköissä tarvittava kätilömäärä vähenee 7 %	Lääkärin henkilöstökustannukset päivystyksessä	15
Päivystyksen toimintamallit ja rakenteet (mm. päivystysosasto)	Yöleikkausten varallaolo ja aktiivitunnit vähenevät	Ensihoidon kustannukset kasvavat	-7 -11
Vuodeosastojen toimintamallit	Matkakustannukset kasvavat ja ensihoitoyksiköitä tarvitaan lisää	Synnytysyksiköiden kustannukset	6,5
	ESH-päivystyksestä vuodeosastolle otettujen potilaiden määrä (jaksot/väestö) vähenee 17 %	Yöleikkausten kustannukset	13
	ESH-päivystyksestä alkaneiden ESH → PTH – episodien kesto lyhenee 22 %	ESH-vuodeosastojen kokonaiskustannukset (vähemmän jaksoja)	150
		ESH+ PTH-akuuttivuodeosastojen kokonaiskustannukset (lyhyempi episodi)	73
		Yhteensä	266-270

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Brar S., McAlister FA, Youngson E, Rowe BH. Do outcomes for patients with heart failure vary by emergency department volume?. *Circulation: Heart Failure* 2013, 6(6):1147-1154.

Do Shin S, Suh GJ, Ahn KO, Song KJ. Cardiopulmonary resuscitation outcome of out-of-hospital cardiac arrest in low-volume versus high-volume emergency departments: an observational study and propensity score matching analysis. *Resuscitation* 2011, 82(1):32-39.

Nathens AB, Jurkovich GJ, Maier RV, Grossman DC, MacKenzie EJ, Moore M, Rivara FP. Relationship between trauma center volume and outcomes. *Jama* 2001, 285(9):1164-1171.

Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume. *Annals of emergency medicine* 2006, 48(6):647-655.

3. ELEKTIIVINEN, KONSERVATIIVINEN HOITO

Konservatiiviseen erikoissairaanhoidon toimintaan lasketaan kuuluvaksi konservatiivisten erikoisalojen toiminnan lisäksi perusterveydenhuollosta ne avopalvelut ja vuodeosastohoito, jotka kuuluvat samaan episodiin erikoissairaanhoidon käyntien tai hoitajaksojen kanssa. Elektiivisellä toiminnalla tarkoitetaan ajanvarauksellista, tyypillisesti virka-aikaista toimintaa. Analyysit on esitetty liitteen dioilla 40-44.

3.1 Tausta ja nykytila

Konservatiiviseen erikoissairaanhoidon toimintaan liittyvän toiminnan kokonaiskustannukset ovat arviolta 2 760 M€. Konservatiivinen toiminta jakautuu päivystykselliseen toimintaan (käytännössä vuodeosastohoitoa), jonka osuus kustannuksista on yli puolet (1 460 M€), elektiiviseen avopalveluun n. 40 % (1 070 M€) ja elektiiviseen vuodeosastotoimintaan vajaa 10 % (230 M€). Elektiivisestä avopalvelusta erikoissairaanhoidon osuus on 86 % (930 M€). Elektiivistä vuodeosastotoimintaa on käytännössä vain erikoissairaanhoidossa. Päivystyksellinen, konservatiivinen toiminta käsiteltiin edellisessä luvussa päivystyksen yhteydessä, joten tässä luvussa käsitellään elektiiviset vuodeosasto- ja avopalvelut.

3.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Konservatiivisen toiminnan kehittämiskohteet liittyvät toisaalta hoitoketjujen parantamiseen ja toisaalta avopalveluiden toimintamallien kehittämiseen ja sitä kautta tuottavuuden kasvattamiseen.

Elektiivisessä hoidossa kehittämistä on hukan ja päällekkäisen toiminnan poistamisessa episodeissa järkevöittämällä lähetekäytäntöjä ja hyödyntämällä digitalisaation tuomia mahdollisuuksia kommunikaatiossa potilaiden kanssa sekä ammattilaisten välillä. Lisäksi elektiivisessä toiminnassa on merkittävästi kehittämistä toiminnan organisoinnissa sekä työajan kohdentamisessa arvoa tuottaviin tehtäviin. Vertailuissa nähdään esimerkiksi, että eri erikoisaloilla sairaaloiden välillä on merkittävästi eroa resursoinnissa suhteessa potilasmääriin. Eri erityisen paljon eroja on avustavan henkilöstön, kuten hoitajien ja sihteerien määrissä, mutta myös lääkäreiden määrissä on eroja sekä suhteutettuna väestöön että potilasmääriin. Eri selvityksissä on myös todettu, että poliklinikalla yhtä käyntiä kohti 2-4h muuta työtä. Tässä taustalla tapahtuvan työn tehostamisessa on suuri potentiaali, ja siinä digitalisaatiolla on suuret mahdollisuudet.

Avopalveluissa tarkasteltiin sekä käyntimääriä suhteessa väestöön että käynti- ja potilasmääriä suhteessa henkilöstön määrään eri konservatiivisilla erikoisaloilla. Käyntimäärissä suhteessa väestöön matalimman sairaanhoitopiirin ja keskiarvon välinen ero vaihtelee 15 – 27 % välillä. Kun suhteutetaan potilas- tai käyntimääriä resursseihin, on tuottavimman yksikön ero keskiarvoon 26 – 75 %. Avopalveluissa resursoinnissa on havaittu suurempia eroja sairaaloiden välillä kuin potilasprosesseissa tai hoitokäytännöissä (Leskelä ym. 2016). Koska eri alueilla on hieman erilaiset työnjaot joko ESH:n ja PTH:n välillä ja myös erilaiset työnjaot erikoisalojen välillä, on käyntimäärän vähennyspotentiaaliksi oletettu 15 %. Tuottavuuden kasvuksi on samalla periaatteella oletettu 25 %. Tällöin elektiivisen avohoidon säästöpotentiaali on 336 M€ (kuva 4). Elektiivisen vuodeosastohoidon säästöpotentiaali arvioitiin sen perusteella, että elektiivisten hoitajaksojen kestoissa on havaittu 12-35 % eroja

suhteessa keskiarvoon saman erikoisalalan sisällä eri sairaaloissa. Mikäli elektiivisten hoitajaksojen hoitopäivät vähenisivät 12 %, olisi säästöpotentiaali n. 28 M€ (kuva 4).

Kuva 4 Yhteenveto elektiivisen, konservatiivisen toiminnan mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€
Vuodeosastojen toimintamallit	Elektiivisten hoitajakson kesto lyhenee 12 %	ESH-vuodeosastojen kokonaiskustannukset (lyhyemmät jaksot) 28
Avopalvelutarjonnan ja lääketieteen kehittyminen	Elektiiviset käynnit / resurssi (Vastaanotto toiminnan tuottavuus) kasvaa 25 %	Vastaanottojen kustannukset pienenevät 336 M€ 336
Toimintamallit poliklinikoilla	Käyntien määrä vähenee 20 %	
ESH-PTH -yhteistyö		Yhteensä 364

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Leskelä RL, Silander K, Pennanen P, Turpeenniemi-Hujanen T, Klintrup K, Lehtinen T, Kellokumpu-Lehtinen PL, Minn H, Tyynelä-Korhonen K, Kolhonen V, Saarto T, Mattson J, Bono P.
Vertaiskehittäminen - keino kehittää syöpätautien hoitokäytäntöjä ja resursointia yliopistosairaaloissa.
Suom Lääkäril 2016;71(5):325–34.

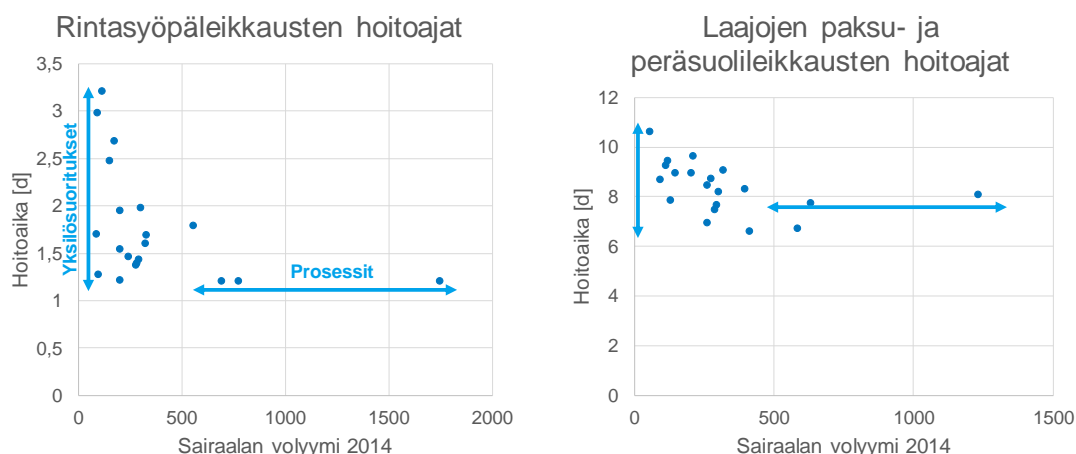
4. LEIKKAUSTOIMINTA

Tässä luvussa käsitellään niiden erikoisalojen toimintaa, joilla leikkaukset muodostavat keskeisen osan toiminnasta (esim. kirurgian erikoisalot, naistentaudit, silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit). Analyysi keskittyy pääsääntöisesti elektiivisen, eli suunnitelmaan perustuvaan leikkaustoimintaan, joka muodostaa arvion mukaan 75 % leikkaustoiminnan kustannuksista. Päivystysleikkaukset, jotka muodostavat loput 25 % kustannuksista, on rajattu tarkastelun ulkopuolelle, koska niiden määrään on vaikea vaikuttaa (esim. traumat) ja näin ollen päivystysleikkausten määrät suhteessa väestöön ovat melko vakiot. Leikkaustoiminnan analyysit on kuvattu liitteen dioilla 45-73.

4.1 Tausta ja nykytila

Suomen kirurginen ja operatiivinen toiminta on varsin hajautunutta. Palvelutuotanto perustuu pitkälti siihen, että yksiköt tekevät lähes kaikkia mahdollisia toimenpiteitä pyrkiessään vastaamaan alueensa väestön tarpeisiin. Sairaanhoidopiirit tuottavat kustannuksilla mitattuna n. 80 % operatiivisesta tuotannosta itse (THL tuottavuusaineistot). Hajautunut toiminta aiheuttaa pieniä toimenpidekohtaisia volyymeja sairaalaa kohden, jolloin riski tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden vaihteluista kasvaa (Kuva 5.). Pienissä yksiköissä saattaa toiminnan vaikuttavuus, laatu ja tuottavuus olla yksittäistapauksissa hyvällä tasolla, mutta vaihtelut ovat suuria.

Kuva 5. Esimerkki sairaaloiden vuosittaisesta volyyymista ja hoitoajan keskiarvosta valituissa toimenpideryhmissä. (THL / Tuottavuusaineisto 2014)



Leikkaustoiminnan kustannukset olivat vuonna 2014 n. 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi leikkaustoimintaan liittyvän perusterveydenhuollon osuus oli n. 0,7 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon osalta kustannukset jakautuvat karkeasti n. 20 % poliklinikalle, 40-50 % vuodeosastolle ja 30-40 % leikkausyksiköihin. Henkilöstökulujen osuus on n. 60 % ja materiaalikulujen osuus n. 25 % kustannuksista.

Operatiivisesta toiminnasta volyymeilla mitattuna n. 40 % hoidetaan päiväkirurgisesti, 35 % elektiivisesti vuodeosastohoidon tuella ja 25 % päivystyksenä vuodeosastojen kautta. Päiväkirurgian osuus on jatkuvasti kasvanut; joissain yksiköissä osuus on jo nykyisin n. 50 % toimenpiteistä ja joillain erikoisaloilla selvästi enemmän. Elektiivisistä potilaista valtaosa voidaan ottaa sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja valtaosa myös voidaan kotiuttaa suoraan

leikkauksesta sairaalasta. Vuodeosastohoidon osalta jatkohoitotarve kuntouttavissa yksiköissä koskee lähinnä päivystyskirurgiaa ja erityisesti lonkkamurtumia, mutta osittain myös muita murtumia ja elektiivisiä tekonivelleikkauksia.

4.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että operatiivisessa toiminnassa sairaalan ja kirurgin toimenpidekohtaisella volyyymilla on merkitystä paitsi tuottavuuden, myös vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta (kirjallisuutta liitteessä). Tutkimuksia löytyy laajasti esimerkiksi tekonivelkirurgiasta, syöpäkirurgiasta ja muista vaativaan erikoissairaanhoidon kuuluvista toimenpideryhmistä. Sairaalan volyyymilla ei ole havaittu selvää yhteyttä laatuun, vaikuttavuuteen tai tuottavuuteen. Leikkaustoiminnan skaalamekanismit tulevat erityisesti työnjaon ja erikoistumisen sekä oppimiskäyrän kautta. Kun saman toimenpideryhmän volyyymi kasvaa, voidaan tähän erikoistuneen henkilöstön toistojen määrää kasvattaa, prosesseja standardoida sekä kehittää ja ottaa käyttöön edistyksellisempää teknologiaa. Osittain myös hankintavoima esimerkiksi materiaalien osalta kasvaa, kun yksikön materiaali-kohtainen volyyymi kasvaa ja siitä tulee merkittävämpi asiakas toimittajan näkökulmasta.

Miten skaalamekanismit näkyvät käytännössä? Hoidon tarpeen arvioissa ja hoitomenetelmien valinnassa suuren toimenpidevolyymin yksikössä on laajempi osaaminen käytössä toisaalta ajantasaisen tutkimustiedon soveltamiseen ja toisaalta yhtenäisten hoitokäytäntöjen sopimiseen ja valvontaan. Tämä edesauttaa vaikuttavien hoitomuotojen valinnassa ja laadunvalvonnassa ja siten parantaa toiminnan laatua ja vaikuttavuutta.

Leikkaustoiminnassa korkea toimenpidevolyyymi mahdollistaa toimintatapojen ja -prosessien standardoinnin. Esimerkiksi tekonivelkirurgiassa suuren volyymin yksiköissä havaittiin n. 20 % korkeampi tuottavuus kuin pienempien volyymien yksiköissä (Torkki 2012). Ajan myötä oppimiskäyrä mahdollistaa prosessien ja jopa toimenpiteiden nopeutumisen ja useissa tutkimuksissa havaittu kirurgikohtaisen toimenpidevolyymin yhteys parantuneeseen laatuun ja vaikuttavuuteen liittyy juuri näihin mekanismeihin.

Arvioitaessa nykyistä leikkaustoimintaa tulisi vuodeosastoa vaativa kirurgia keskittää pääosin enintään 12 yksikköön ja tietyt toimenpiteet vielä harvempiin yksiköihin. Nykyisin sairaala- ja etenkin tekijäkohtaiset volyymit jäävät hyvin alhaisiksi. Esimerkiksi syöpäkirurgiassa keskussairaaloitten tekijäkohtaiset volyymit ovat vuositasolla tyypillisesti alle 30 leikkausta per vuosi. Polven tekonivelkirurgiassa taas yli puolet uusintaleikkauksia tekevästä sairaaloista tekee alle 10 uusintatoimenpidettä vuositasolla. Vuodeosastoa vaativan kirurgian osalta periaatteesta voitaisiin poiketa vain tiettyyn toimenpideryhmään erikoistuneiden yksiköiden osalta, jolloin voidaan varmistaa, että yksikkö- ja tekijäkohtaiset volyymit ovat riittäviä vaikuttavuuden ja laadun näkökulmasta. Päiväkirurgiassa voivat pienetkin yksiköt toimia vaikuttavasti ja laadukkaasti, mikäli ne ovat erikoistuneet tiettyyn potilasryhmään ja toimenpidespesifit volyymit ovat riittävällä tasolla.

Vuodeosastohoidossa korkea toimenpidevolyyymi mahdollistaa prosessien standardoinnin. Harvinaisista erityistapauksista tulee yleisempiä tapauksia ja kun samankaltaisia potilastapauksia on vuodeosastolla enemmistö, on prosessimaisen toiminnan implementointi ja johtaminen helpompaa. Käytännössä tämä johtaa hoitoaikojen lyhenemiseen ja parantuneeseen laatuun. Elektiivisen vuodeosastokirurgian osalta fokus tulee olla kokonaisepisodeissa, mutta kustannusmekanismit ovat osin erilaisia. Esimerkiksi valtaosa tekonivelpotilaista ei ole työikäisiä. Toisaalta vuodeosastohoito, kivunhoito, kuntoutus, ym., muodostaa merkittävän osan hoidosta ja kehittäminen edellyttää kokonaisuhoitoketjun standardointia leikkaustoimintafokuksen sijaan. Päivystyskirurgiassa keskeisemmäksi nousee hoitoketjun integrointi kotoa kotiin. Ensihoidon, päivystyspoliklinikan, leikkaustoiminnan,

vuodeosastojen ja jatkokuntoutuksen saumattomalla yhteistoiminnalla voidaan jopa puolittaa kokonaisläpimenoaika. Tällöin on mahdollista samanaikaisesti parantaa laatua ja vaikuttavuutta sekä alentaa kustannuksia.

Suurimmat säästöpotentiaalit ovatkin vuodeosastohoidossa. Päivystyskirurgiassa esimerkkinä hyvästä käytännöstä voidaan käyttää HYKS:ssä käyttöön otettua lonkkaliukumäki-mallia, jossa lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoaika kotoa-kotiin lyhennettiin 24 vuorokauteen. THL:n Perfect-aineistojen mukaan Suomen keskiarvo vuonna 2013 oli 42 vuorokautta. Lonkkaliukumäkimallissa läpimenoajat lyhenivät kaikissa vaiheissa: ennen leikkausta, erikoissairaanhoidon vuodeosastolla sekä kuntoutusosastolla. Tekonivelkirurgian osalta Perfect- ja THL:n tuottavuusaineiston perusteella suuret yksiköt ovat n. 16 % tehokkaampia kuin pienet yksiköt, potilaat kotiutuvat nopeammin ja esimerkiksi uusintaleikkauksia on vähemmän. Monissa muissa elektiivisissä toimenpideryhmissä on havaittavissa samansuuntaisia tuloksia. THL:n aineistojen perusteella elektiiviset toimenpiteelliset vuodeosastojaksot ovat suuren toimenpidevolyymien yksiköissä n. 15-20 % lyhyempiä kuin keskimäärin. Mikäli sairaaloiden hoitoketjut ja -prosessit toimisivat kokonaisuudessaan parhaiden käytäntöjen mukaisesti, voidaan säästää yli 200 miljoonaa euroa vuodeosastohoidon osalta vuositasolla. Tämä kohdentuisi valtaosin erikoissairaanhoidon, mutta pitkien hoitoketjujen osalta osittain myös perusterveydenhuollon vuodeosastoille.

Päiväkirurgian osalta laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten näkökulmasta on oleellista, että kokonaisepisodi jää mahdollisimman lyhyeksi, koska potilaat ovat usein työikäisiä ja työkyvyttömyyden kustannukset ovat moninkertaiset verrattuna hoidon kustannuksiin. Pelkästään tuki- ja liikuntaelinten sairauksien sairauspäivärahat olivat vuonna 2014 n. 300 miljoonaa euroa ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä arviolta n. 700 miljoonaa (Kelan tilastollinen vuosikirja 2014, Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. 2014). Vaikka tässä raportissa on kiinnitetty huomiota vain kuntien maksamiin palveluihin, on toimintaa kehitettäessä ensiarvoisen tärkeää, ettei se johda palvelutuotannon kustannusten osioptimointiin. Työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen vähentämiseen voi liittyä suuruusluokaltaan yhtä suuri säästöpotentiaali kuin itse palvelutuotannon kehittämiseen. On siis oleellista, että hoitomenetelmien valinnassa ja toiminnanohjauksessa kiinnitetään huomiota erityisesti toiminta- tai työkyvyn palauttamiseen.

Erityisesti päiväkirurgiaan liittyvien terveysongelmien kohdalla on viime vuosina saatu yhtä hyviä tai parempia tuloksia kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta hoitamalla suurempi osa potilaista konservatiivisesti leikkaushoidon sijaan (Sihvonen ym. 2013). Päiväkirurgiassa referenssinä voidaan pitää Pohjolan Omasairaalaa (Jyvä-hankkeen loppuraportti, Aalto-yliopisto 2016), koska siinä on monia elementtejä, jotka on sovellettavissa tulevaisuuden julkiseen SOTE:een. Ensinnäkin rahoituksellisesti toimintaa ohjaa yksikanavamalli, toisaalta toimintaa on alettu tarkastella vaikuttavuusperustaisesti terveysongelmien ja diagnoosien kautta eikä suorite- eli toimenpidelähtöisesti. Päiväkirurgiassa erot potilasaineuksessa työtapatuumapotilaiden ja esimerkiksi julkisissa hoidettavien ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden välillä ovat pieniä ja voidaan olettaa, että vastaava tuottavuus- ja kustannusparannus on suurelta osin saavutettavissa myös julkisesti järjestetyn päiväkirurgian osalta. Työkyvyttömyysjaksojen osalta voitaisiin säästää n. 100 miljoonaa euroa järjestettäessä potilaiden hoitoketjut vaikuttavasti ja laadukkaasti.

Leikkausyksiköiden väliset tuottavuuserot ovat Suomessa n. 30 % parhaan ja huonoimman välillä. Tuottavuuserot liittyvät pitkälti toimintakäytäntöihin: miten leikkaustiimit on resursoitu, miten leikkauksia aikataulutetaan, mitkä ovat päivystystiimien järjestelyt, miten leikkaussalin vaihdot toimivat. Päivystysleikkausvolyymien kasvaessa tuottavuus on ollut parempaa, mikä liittyy päivystysleikkaustiimin käyttöasteen paranemiseen kysyntävaihtelujen pienentyessä.

Pienissä keskussairaaloissa päivystysleikkauksia tehdään 4-6 vuorokaudessa ja resursointi tehokkaasti ja laadukkaasti on vaikeaa, erityisesti virka-ajan ulkopuolinen resursointi. Leikkaussalien ulkopuolisen valmistelun on havaittu parantavan tuottavuutta. Suomessa leikkaustoiminnan tuottavuutta rajaa varsin lyhyt toiminta-aika. Ongelma ei niinkään ole leikkaussalien alhaiset käyttöasteet vaan se, että 7,5 tunnin työpäivään on vaikea aikatauluttaa tehokkaasti leikkauksia, jolloin iltapäivälle jää herkästi tyhjää sali- ja tiimiäikää. Mikäli leikkaustoiminnassa toimittaisiin nykyisten parhaiden käytäntöjen mukaisesti, olisivat säästöt n. 100 miljoonaa euroa vuodessa. Laskelma pohjautuu eroihin henkilöstön tuottavuudessa.

Nykyinen elektiivinen poliklinikkatoiminta sisältää useita kohtia, jotka lisäävät kustannuksia suhteessa integroituun hoidon tarpeeseen arvioon. Nykyisin terveyskeskuksiin varataan aikoja puhelimella, ensikäynnistä seuraa lisätutkimuksia, minkä jälkeen monivaiheinen läheteprosessi, potilaan kuukausien odotusaika, erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynti, kuukausien odotusaika ja hoito. Integroidussa hoitoketjussa ainakin osa näistä vaiheista voidaan poistaa kokonaan ja odotusaikaa sekä siitä aiheutuvia kustannuksia vähentää merkittävästi. Tehokkaammilla sähköisillä konsultaatioketjuilla ja sähköisellä kommunikaatiolla potilaan kanssa voidaan vähentää ylimääräisiä käyntejä ja niiden välillä olevaa odotusta. Nykyinen lähete- ja ajanvarauskäytäntö aiheuttaa useita turhia työvaiheita tai kontakteja jokaisen potilaan kohdalla. Jo 10 % säästö tässä ketjussa aiheuttaa 70 miljoonan euron säästön palvelutuotannon osalta, minkä lisäksi vaikuttaisi esimerkiksi sairauspoissaoloihin ja odotusaikaisiin muihin kuluihin vähentävästi.

Kuva 6 Yhteenveto leikkaustoiminnan mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Yhtenäisemmät hoitokäytännöt	Leikkausmäärä	Muuttuvat kustannukset suoraan, osittain kiinteät kustannukset	100
Vaikuttavuusperustainen ohjaus	Vuodeosasto- ja jatkohoidon kesto	Henkilöstökustannukset ESH-osastoilla	100
Toimenpidekohtaisen volyymin kasvu standardoi käytäntöjä ja lyhentää läpimenoaikoja	Leikkaussaliprosessin nopeutuminen (yksikkökustannukset)	Henkilöstökustannukset TK-osastoilla	50
Päivystysleikkausten keskittäminen	Leikkaustiimien käyttöasteiden kasvu (yksikkökustannukset)	Leikkausyksikön henkilöstökustannukset	90
Integroidut avopalvelut	Käynnit per episodi	Muut kustannukset (materiaalit, tilat ym)	
	Sairauspoissaolot	Henkilöstökustannukset PTH-avo	50
		Henkilöstökustannukset PKL	30
		Sairauspäivärahat	
		Laadusta aiheutuvat kustannukset	
		Yhteensä	420

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

- Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of Hospital Volume on Operative Mortality for Major Cancer Surgery. *JAMA* 1998;280(20) 1745-51.
- Billingsley, KG, Morris, AM, Dominitz, JA, Matthews, B, Dobie, S, Barlow, W, Wright GE, Baldwin, LM. Surgeon and hospital characteristics as predictors of major adverse outcomes following colon cancer surgery: Understanding the volume-outcome relationship. *Archives of Surgery*, 2007;142(1) 23-31
- Birkmeyer JD, Lucas FL, Wennberg DE. Potential benefits of regionalizing major surgery in Medicare patients. *Eff Clin Pract* 1999;2(6) 277- 283
- Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;349(22) 2117- 2127
- Finks JF, Osborne NH, Birkmeyer JD. Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery. *N Engl J Med* 2011; 364:2128-2137
- Gordon TA, Bowman HM, Tielsch JM, Bass EB, Burleyson GP, Cameron JL. Statewide regionalization of pancreaticoduodenectomy and its effect on in-hospital mortality. *Ann Surg*. 1998;228(1) 71- 78
- Harmon JW, Tang DG, Gordon TA et al. Hospital volume can serve as a surrogate for surgeon volume for achieving excellent outcomes in colorectal resection. *Ann Surg* 1999;230(3) 404- 413
- Ho V, Aloia T. Hospital volume, surgeon volume, and patient costs for cancer surgery. *Med Care* 2008;46;18-25
- Ho V, Heslin MJ, Yun H, Howard L. Trends in hospital and surgeon volume and operative mortality for cancer surgery. *Ann Surg Oncol* 2006;13:851-858
- JYVÄ-hanke loppuraportti. https://jyvahanke.files.wordpress.com/2016/03/jyvc3a4raportti_2016.pdf
- Järvelin J, Häkkinen U, Rosenqvist G, Remes V. Factors predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2012;83:190–6.
- Kaneko T, Hirakawa K, Fushimi K. Relationship between peri-operative outcomes and hospital surgical volume of total hip arthroplasty in Japan. *Health Policy* 2014;117:48–53.
- Lillrank P, Chaudhuri A, Torkki P. Economies of scale in cardiac surgery. *Journal of Hospital Administration*. 2015;4: 78-86.
- Losina E, Walensky RP, Kessler CL, ym. Cost-effectiveness of total knee arthroplasty in the United States: patient risk and hospital volume. *Arch Intern Med* 2009;169:1113–21.
- Pamilo KJ, Peltola M, Paloneva J, Mäkelä K, Häkkinen U, Remes V. Hospital volume affects outcome after total knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2015;86:41–7.
- Peltokorpi A. Improving efficiency in surgical services: a production planning and control approach. Espoo 2010, Helsinki University of Technology, Department of Industrial Engineering and Management. pp. 156. Doctoral dissertation.
- Peterson ED, Coombs LP, DeLong ER, Haan CK, Ferguson TB. Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004;291:195-201
- Porter GA, Soskolne CL, Yakimets WW, Newman SC. Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Ann Surg* 1998;227(2) 157- 167
- Rainio J, Perälä A, Pelanteri S. Lonkka- ja polviproteesit 2000-2013. THL 2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014112746627>
- Ravi B, Jenkinson R, Austin PC, ym. Relation between surgeon volume and risk of complications after total hip arthroplasty: propensity score matched cohort study. *BMJ* 2014;348:g3284.
- Roohan ym. Hospital Volume Differences and Five-Year Survival from Breast Cancer. *AJPH* 1998

Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, Kalske J, Järvinen T. Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a Degenerative Meniscal Tear N Engl J Med 2013; 369:2515-2524

Singh JA, Kwok CK, Boudreau RM, Lee GC, Ibrahim SA. Hospital volume and surgical outcomes after elective hip/knee arthroplasty: a risk-adjusted analysis of a large regional database. Arthritis Rheum 2011;63:2531–9.

Schrag D, Panageas KS, Riedel E et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictors of outcome following rectal cancer resection. Ann Surg 2002;236(5) 583- 592

Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. Tietoa tule-kustannuksista ja niiden vähentämisestä. <http://www.suomentule.fi/wp-content/uploads/2015/11/LIITE-1-tiedote-241115.pdf>

Torkki P. Käypä prosessi - mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Helsinki: Aalto University, 2012. 182 s. (Aalto University publication series DOCTORAL DISSERTATIONS 104/2012).

Van Citters AD, Fahlman C, Goldmann DA, ym. Developing a pathway for high-value, patient-centered total joint arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2014;472:1619–35.

<http://www.terveytemme.fi/perfect/tulokset/index.html>

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus/raportointi/tietokannat>

5. PERUSTERVEYDENHUOLLON AVOHOITO

Perusterveydenhuollon avohuolto käsittää kuntien terveyskeskusten avomuotoisen toiminnan sisältäen vastaanotto toiminnan lisäksi neuvolatoiminnan ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon. Terveysasemilla toteutetut päihde- ja mielenterveyspalvelut sitä vastoin on pyritty siirtämään osaksi päihde- ja mielenterveyspalveluita. Perusterveydenhuollon analyysit on esitetty liitteen dioilla 74-110.

5.1 Tausta ja nykytila

Perusterveydenhuollon avohoidon nettokustannukset ovat yhteensä 1,8 mrd €. Perusterveydenhuollon nykytilan haasteista merkittävimmät ovat pitkät jonot lääkärin kiireettömälle ajalle ja potilaalle aiheutuvat useat kontaktit ja terveysasemakäynnit ennen kuin oikea ja tarpeellinen hoito on saatu annettua. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotoista tarpeettoman suuri osa on ajanvarauksellisia, mikä pidentää jonoa kiireettömälle lääkärin vastaanotolle ja aiheuttaa kasvanutta resurssitarvetta. Hoitajien työajasta suuri osa menee puhelintyöskentelyyn, mutta sillä ei ole useassa paikassa pystytty vähentämään vastaanottoja tuottavuuden näkökulmasta riittävästi. Potilaat päätyvät puhelun jälkeen hoitajavastaanottoon, ja tämän jälkeen lääkärivastaanottoon. Tässä tapauksessa potilaalla on ollut jo kolme kontaktia ennen kuin hän saa tarvitsemansa diagnoosin tai hoidon. Kun tarvitaan erikoislääkärikonsultaatiota, kontaktien määrä kasvaa vielä huomattavasti, ennen kuin hoito on saatu käyntiin. Palveluketjut tulisi suunnitella asiakaslähtöisemmin, asiakkaan tarpeista ja tavoitteista lähtien.

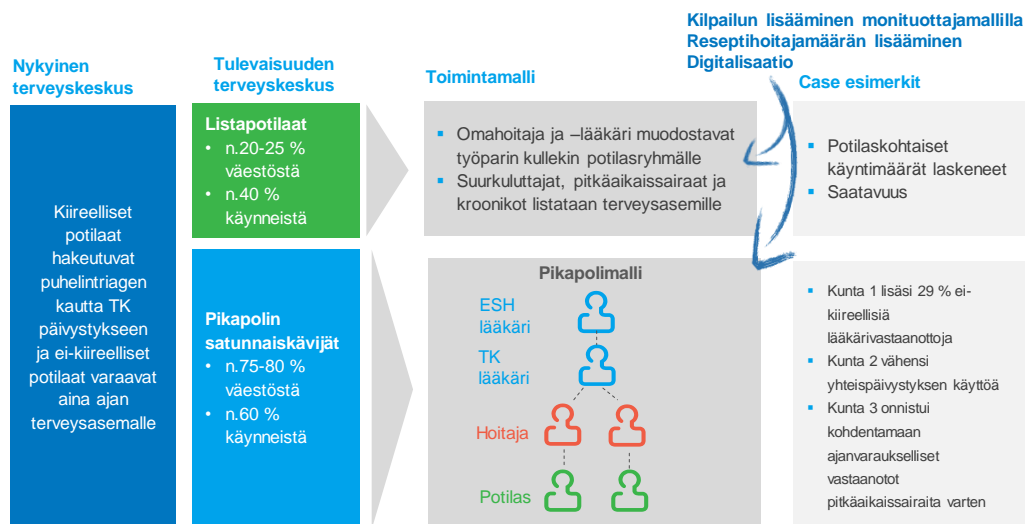
Työnjaossa eri ammattiryhmien välillä ei ole täysin onnistuttu. Useimmiten hoitajavastaanottojen lisääminen ei ole vähentänyt lääkärivastaanottojen määrää vaan muodostanut käyntien kokonaismäärän kasvua. Itsenäisen hoitajavastaanoton haasteena on hoitajan rajallinen mahdollisuus antaa potilaalle tämän tarvitsemaa hoitoa (esim. diagnosointi ja reseptin kirjoittaminen), minkä takia potilaalle tarvitaan vielä usein lääkärin vastaanotto. Lääkärille myös varataan tarpeettoman usein ja kestoaltaan pitkiä vastaanottoaikoja terveysasemapalveluiden satunnaiskäyttäjille, vaikka potilaan oireet viittaisivat nopeasti hoidettaviin banaaleihin infektioihin mm. korvatulehdus ja flunssa. Samalla lääkärivastaanoton todellisessa tarpeessa olevien pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitaminen saattaa kärsiä, kun jonot lääkärin vastaanotolle kasvavat pitkiksi. Riskinä on, että tämä heikentää heidän hoitotasapainossa pysymistä ja vakavampien komplikaatioiden ehkäisemistä. Jonojen kasvaessa ja itsenäisen hoitajavastaanoton riittämättömyydestä johtuen potilaat saattavat hakeutua päivystykseen, mikä tarpeettomasti kuormittaa päivystystä ja on kokonaiskustannusten kannalta kallista.

Terveysasemien toimintaa ei ole segmentoitu potilaiden tarpeista lähtien. Jo vuonna 2004 tehdyssä diplomityössä on ehdotettu omalääkäriresurssin suuntaamista paljon palveluita käyttäville asiakkaille ja eriyttämistä akuuttitoiminnasta (Alho 2004), mutta tähän suuntaan on palveluita alettu kehittää vasta viime vuosina. Satunnaisesti terveyspalveluita käyttävillä akuuttipotilailta tarpeena on hoitaa yksittäinen terveysongelma laadukkaasti ja nopeasti, kun taas pitkäaikaissairaiden osalta tulisi keskittyä hoidon jatkuvuuteen ja tasapainoon. Nykyinen toimintamalli aiheuttaa tehottomuutta mm. työnjaossa ja toimintaprosesseissa. Terveysasemien toimintamallit tulee suunnitella asiakaslähtöisesti potilaan hoidon vaikuttavuuden parantamiseksi.

5.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Terveysasemilla on otettu käyttöön erilaisia toimintamalleja, joilla pyritään takaamaan tehokas hoitaja-lääkäri -työskentely. Tiimimalli ja työparimalli ovat tunnetuimpia toimintamalleja. Toimintamallien tavoitteista huolimatta ongelmaksi on jäänyt töiden siirtäminen lääkäriltä hoitajalle. Sekä työpari- että tiimimallissa hoitaja joutuu vastaanottamaan potilaita liian itsenäisesti, rajaten vastaanoton tuomaa arvoa potilaalle. Potilas siirtyy usein kuitenkin lääkärin vastaanotolle. Muutamissa kunnissa uusimpana toimintamallina on otettu käyttöön pikapolimalli (akuuttivastaanottomalli) (Rieppo, J., Pohjola, O. 2014, Medi uutiset 2014). Pikapolimallilla on pyritty hyödyntämään hoitajaresurssia kevyellä lääkärin konsultaatiotuella. Pikapolimallissa ideana on, että sairaanhoitajat ottavat ajanvarauksettoman terveysasemalle tulevia akuuttipotilaita vastaan tulojärjestyksessä ja heillä on käytettävissään lääkärin konsultaatiotuki jatkuvasti (Kuva 4). Tyypillisesti mitoitus on 1 lääkäri 2-3 sairaanhoitajaa kohden.

Kuva 7 Potilaiden segmentointi ja toimintamallit tulevaisuuden terveyskeskuksessa



Potilaille ei tehdä enää puhelimitse hoidontarpeenarviota hoitajan toimesta, vaan potilaat saapuvat suoraan terveysasemalle hoitajan vastaanotolle. Riskinä on, että käyntimäärät kasvavat ja sellaiset potilaat, jotka voitaisiin hoitaa ilman fyysistä käyntiä tulevat tässä mallissa vastaanotolle. Tätä riskiä voidaan vähentää toimivilla sähköisten oirearvio-, hoidon tarpeen arvio- ja asioinnin ratkaisujen avulla. Kysynnän hallinta kokonaisuudessaan on keskeinen tekijä segmentoinnin onnistumiseksi.

Mikäli potilaan tila vaatii lääkärin vastaanottoa, tulee pikapolissa konsultoivana lääkärinä toimiva mukaan vastaanottotilanteeseen. Näin potilas saa tarvitsemansa hoidon yhdellä terveysasemakäynnillä. Toimintamalliin voidaan integroida myös erikoislääkärikonsultaatio. Pikapolimallin palvelussa erityisesti satunnaiskäyttäjiä, usein palveluita käyttävät potilaat, kuten pitkäaikaissairaat, listataan omahoitajalle ja/tai -lääkärille, jotta heidän kohdallaan taataan hoidon jatkuvuus, hoitosuunnitelmassa pysyminen ja riittävät kontrollikäynnit. Mallin avulla voidaan kohdentaa pitkäaikaiset, kokeneet resurssit jatkuvan palvelutarpeen potilaille, joille siitä on myös eniten arvoa. Tässä potilasryhmässä korostuu myös potilaan tarpeista ja toimintakyvystä lähtevän tavoitteellisen hoitosuunnitelman merkitys.

Toimenpiteillä saavutettuihin hyötyihin kuuluu lääkärivastaanottojen saatavuuden parantuminen, oikea-aikaisen ja oikeanlaisen terveyspalvelun tarjoaminen potilaalle sekä

resurssien käytön tehostuminen. Pikapolimallin myötä mm. ulkopuolisen yhteispäivystyksen käyttö on vähentynyt, lääkärin kiireettömien vastaanottojen saatavuus on parantunut, hoitajien puhelintyön määrä on vähentynyt, lääkäreiden työaika on saatu suunnattua potilastapauksiin, missä lääkärin ammattitaidolla saadaan tuotua suurin lisäarvo mm. pitkäaikaissairaat, hoitajien työnkuva on monipuolistunut ja lisäksi potilaiden ja henkilöstön tyytyväisyys on parantunut (Liiteaineisto). Pikapolimallin avulla jono lääkärin kiireettömälle vastaanotolle on lyhentynyt, kun satunnaiskäyttäjien vastaanottoja on saatu siirrettyä kevyellä lääkärin konsultaatiotuella hoitajille. Satunnaiskäyttäjien siirryttyä ajanvarauksettomille hoitajavastaanoitoille, on lääkärin ajanvarausvastaanottoja ollut mahdollista varata pitkäaikaissairaita varten.

Potilassegmentoinnin avulla kysynnän hallinta helpottuu. Ensinnäkin jo seurannassa voidaan mitata erikseen satunnaiskävijöiden tarpeita ja kontaktimääriä ja listapotilaiden palvelukäyttöä. Listapotilaiden osalta omahoitajan, -lääkärin tai -tiimin tehtävänä on tukea potilasta hoitosuunnitelman tavoitteiden saavuttamisessa siten, että potilaan kontaktien määrä terveyspalveluihin pysyy tarkoituksenmukaisella tasolla. Satunnaiskävijöiden osalta, jos kontaktit per asiakas kasvavat, käydään läpi listaamisarviossa, onko asiakas syytä listata, vai onko kyseessä tilapäinen palvelutarpeen kasvu.

Kustannussäästöpotentiaali pikapolimallin avulla on n. 35 % avosairaanhoidon kustannuksista. Säästö syntyy, kun yhtäältä hoitajavastaanoitoilla voidaan hoitaa 60 % vastaanotoista nykyisen 40 % sijaan. Toisaalta resurssien ajankäyttö tehostuu erityisesti lääkäreiden osalta ja potilasmäärää voidaan siten kasvattaa työpäivää kohden. Usein palveluita käyttävien potilaiden, kuten pitkäaikaissairaiden, kroonikoiden ja iäkkäiden potilaiden, listaamisella taataan heille parempi hoidon jatkuvuus, hoitosuunnitelmassa pysyminen ja ennaltaehkäistään vakavampia komplikaatioita. Kustannussäästö listapotilaiden kohdalla syntyy erityisesti kontrollikäyntivälejä pidentämällä paremman asiakkuuden hallinnan ja tavoitteellisten hoitosuunnitelmien avulla, millä arvioidaan olevan n. 10 % kustannussäästöpotentiaali.

Pikapolimallin ja potilassegmentoinnin lisäksi sähköiset palvelut mahdollistavat terveysasematoiminnan tehostamisen (HS 11.11.2015). Terveysasemavastaanotto toimintaa tehostavia sähköisiä palveluita on tutkittu ODA -hankkeessa. ODA -hankkeessa arvioituihin sähköisiin palveluihin kuuluu sähköinen hyvinvointitarkastus- ja valmennus, älykkäät oirearvioinnit ja palvelutarpeenarvio ja hyvinvointisuunnitelman liittäminen omahoitoon ja terveystaltioratkaisuun. Osa potilaista hoidetaan sähköisten itsearvioinnin avulla, jolloin terveysasemavastaanottoa ei tarvita. Lisäksi vastaanottokäynnit tehostuvat, kun oirearvioinnin tekeminen helpottuu potilaan tarjoamien sähköisten esitietojen myötä. Samalla puhelintyötä voidaan vähentää kommunikaation siirryttyä sähköisiin kanaviin puheluiden sijaan. Sähköisillä palveluilla on mahdollista säästää n. 15 % sekä pikapoli- että listapotilasvastaanotto toiminnassa.

Yhteensä kustannussäästöpotentiaali perusterveydenhuollon avohoidon vastaanotto toiminnan osalta on kunnan itse tuottamien palveluiden osalta n. 450 M€. Erikoissairaanhoidon palveluiden kanssa integroitujen hoitoketjujen vaikutuksia on arvioitu mm. operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan yhteydessä.

Kuva 8 Yhteenveto perusterveydenhuollon avopalveluiden mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€
Hoitajavetoisen akuuttivastaanottomallin käyttöönotto	Vastaanoton kesto	TK lääkäri henkilöstökustannusten väheneminen 250
Suurkuluttajien ja kroonikoiden listaaminen ja hoidon jatkuvuus Hoito- ja palvelusuunnitelmat	Kontaktien määrä (kontaktit / väestö)	TK hoitohenkilöstön henkilöstökustannusten väheneminen 200
Sähköisten palveluiden laajempi käyttöönotto	Käynnit per resurssi (Yksikkökustannus)	Neuvola ja kouluth henkilöstökustannusten väheneminen 38
Paremmat ESH konsultaatiomahdollisuudet	PTH päivystyskäyntien määrä (käynnit / väestö)	Ostopalveluista säästäminen 47
Kilpailun luominen monituottajamallilla	Puheluiden määrä	
		Yhteensä 530

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Alho A. Kysynnän hallinta suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Diplomityö 2004. Teknillinen korkeakoulu, Otaniemi, Espoo.

Mediuutiset. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/iisalmen-pikavastanotto-laajenee-lappiin-6082715>

ODA-hanke. http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/akusti/akustiprojektit/omahoito/Documents/ODA%20esitys%20nettisivuille_Akusti.pdf

Pohjola O. Pikapoli - uusi vastaanoton toimintamalli saatavuuden parantamiseksi 28.11.2014.
https://asiakas.kotisivukone.com/files/gpfinland.kotisivukone.com/tiedostot/Esitykset/2014/pikapoli_esittely_28112014_rovaniemi.pdf

Rieppo J. Vastaanottorakenteen kehittäminen. 194.100.180.50/dynwebsote/kokous/2013133-6-1.PPT

Helsingin Sanomat 11.11.2015. "Helsingin johtaja-lääkärin mielestä terveyskeskus on rikki:
"Vastaanotto-huone on peräisin keskiajalta" <http://www.hs.fi/kaupunki/a1447139093638>

6. SUUN TERVEYDENHUOLTO

Suun terveydenhuolto sisältää kuntien järjestämän suun terveydenhuollon palvelut lapsille ja aikuisväestölle. Sairaanhoidopiirien tuottamat hammas-, suu- ja leukasairauksien palvelut on laskettu osana erikoissairaanhoidon leikkaustoimintaa. Suun terveydenhuollon analyysit on esitetty liitteen dioilla 111-130.

6.1 Tausta ja nykytila

Kuntien kustantaman suun terveydenhuollon nettokustannukset ovat yhteensä n. 440 M€. Suun terveydenhuollon nykytilan ongelmista näkyvimpiä ovat pitkät jonot kiireettömille käynneille. Työnjaossa eri ammattiryhmien välillä ei ole täysin onnistuttu ja episodit hoidetaan tarpeettoman monilla kontakteilla ja lääkäripainotteisesti. Toiminnan laadullisissa vertailuissa esimerkiksi paikkojen pysyvyydessä tai juurihoidettujen hampaiden selviytymisessä on isoja eroja alueiden välillä (NHG Suun terveydenhuollon laaturekisteri). Esimerkiksi paikkojen kolmen vuoden pysyvyys vaihteli vertailualueissa 80 %:sta 85 %:iin.

Lisäksi toiminnassa korostuu korjaavien toimenpiteiden osuus verrattuna ennaltaehkäisevään toimintaan. Suomi on jäljessä muuta Eurooppaa esimerkiksi päivittäin kahdesti hampaansa harjaavien osuudessa. (WHO 2010). Myös kohdennettua terveyden edistämistä voitaisiin tehdä nykyistä enemmän. Esimerkiksi jo nyt voidaan tunnistaa kariesriskissä olevat potilaat varhaisdiagnostiikan avulla (nk. i-indeksillä), mutta varhaisdiagnostiikan toimintatavat eivät ole levinneet laajamittaiseen käyttöön. Tällä hetkellä yli puolella riskipotilaista ei kyetä estämään hampaiden reikiintymistä (NHG Suun terveydenhuollon laaturekisteri). Lasten ja nuorten hampaiden paikkaustarpeen vähentäminen varhaishoidon keinoilla tulee jo muutaman vuoden aikajänteellä taloudellisesti tehokkaammaksi kuin paikkaushoito (Hietasalo, 2010). Varhaishoidon avulla on saavutettu Tanskassa huomattavia terveysparannuksia alle 19-vuotiaiden hoidossa (Fejerskov et al., 2013), ja on odotettavissa, että lapsuudessa saavutetut terveystottumukset vähentävät korjaavan hoidon tarvetta myös aikuisiällä.

Korjaava hoito kohdistuu pääasiassa karieksen hoitoon (pääosin paikkaukseen), vaikka 64% yli 30-vuotiaista sairastaa parodontiittia (Terveys 2000 & 2011). Parodontiitti aiheuttaa palautumatonta hampaan kiinnityskudoskatoa, ja on merkittävä yleisterveydellinen riskitekijä, sillä se suurentaa riskiä muun muassa diabetekselle, sydän- ja verisuonisairauksille (valtimokovettumatauti, sydän- ja aivoinfarkti) sekä laitospotilaiden alahengitystieinfektioille (Humphrey et al., 2008) (Christiakov et al., 2016) sekä on myös ateroskleroottisten sydän- ja verisuonitautien itsenäinen riskitekijä (Beukers et al., 2015).

6.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Toimintaa voidaan tehostaa huomattavasti muuttamalla vastaanottomallia kokonaisvaltaisesti ns. kerralla kuntoon -malliin. Tähän liittyy useita eri yksityiskohtia, kuten työnjaon kehittäminen siten, että hoitajien ja suuhygienistien roolia kasvatetaan ja heille siirretään tehtäviä. Lääkärien kannalta toimitaan monihuonemallilla, jolloin lääkäriyöpanosta käytetään tehokkaasti vain niihin vaiheisiin, joissa se on välttämätöntä tai tuo eniten lisäarvoa. Toimintamalli edellyttää potilaiden segmentointia: n 80-85 % potilaista sopii kerralla kuntoon -mallin mukaiseen toimintaan ja 15-20 % voidaan hoitaa joko perinteisellä toimintamallilla, tai

vaihtoehtoisesti pelkkää työnjakoa edistävällä monihuonemallilla tai potilaspuskuriin perustuvalla joustavalla ajanvarauksella (Taulukko 2).

Taulukko 2. Asiakkaiden jakautuminen toimintamalleittain suun terveydenhuollossa

Ikäryhmät	Kerralla kuntoon	Joustava ajanvaraus	Monihuonemalli	Perinteinen toimintamalli
0-6v	50 %	20 %		30 %
7-17v	50 %		40 %	10 %
18-74v	90 %			10 %
75+v	75 %	10 %		15 %
P. keskiarvo	78 %	1 %	10 %	11 %

Työnjaon kehittämisen ja toimintamallien muuttamisen kerralla kuntoon –periaatteen mukaisesti säästäisi vuosittain n. 130 M€ mukaan lukien toimenpidepohjaisten asiakasmaksujen joustamattomuudesta kunnille ja valtiolle aiheutuva hyöty. Mallin säästöt perustuvat siihen, että potilaan ongelmat hoidetaan yhdellä käynnillä (80-85 % potilaista), suuhygienistien ja hammashoitajien roolia kasvatetaan, toimintaa ohjataan toiminnanohjausjärjestelmällä ja potilaiden ajanvarausta muutetaan viitteelliseksi, jolloin resursseja voidaan käyttää tehokkaammin, kun esimerkiksi tulematta jääneet potilaat eivät aiheuta tyhjäkäyntiä.

Verrattaessa Jyväskylän ja Espoon kunnallista palvelutuotantoa yksityisen Megaklinikan palvelutuotantoon, havaittiin että toimintamallin avulla voidaan saavuttaa laskennallisesti jopa lähes kaksinkertainen määrä toimenpiteitä verrattuna kuntien perinteiseen toimintamalliin, kun toimenpidemäärä suhteutetaan suoraan kliinisen henkilöstön määrään ilman ammattiryhmäkohtaisia painotuksia (Nenonen 2015). Käytännössä toimintamallin taloudellinen hyöty ei kasva aivan näin korkeaksi, sillä toimintamalli edellyttää muutoksia hammaslääkäreiden, hammashoitajien ja suuhygienistien osuuksissa. Hammaslääkäreiden suhteellinen osuus toimintamallissa vähenee 15 %, ja toisaalta suuhygienistien osuus kasvaa. Suuhygienistien laskennallista tarvetta voitaisiin paikata esimerkiksi kouluttamalla kolmannes hammashoitajista suuhygienisteiksi.

Toimintamallista aiheutuu investointi- ja käyttökustannuksia muun muassa lisääntyneen tilantarpeen sekä tarvittavan toiminnanohjausjärjestelmän myötä. Tila- ja laitekustannukset ovat kuitenkin alle 10 % suun terveydenhuollon kustannuksista (NHG Suun terveydenhuollon benchmarking), joten lisätilantarpeesta aiheutuvat kustannukset jäävät rajallisiksi. Tilakustannusten nousua tasapainottaa toimintamallin edellyttämä hoituhuoneiden keskittäminen, jolloin tilat saadaan muutenkin hajautettua toimintaa tehokkaampaan käyttöön.

Suurin hyöty toimintamallista saavutetaan, kun sitä sovelletaan ennalta segmentoituihin asiakasryhmiin. Toimintamallin avulla voidaan saavuttaa kuitenkin merkittäviä hyötyjä myös keskenään erityyppisten asiakasryhmien hoidossa. Tästä esimerkkinä Jyväskylässä toteutettu toimintamallin pilottijakso, jossa saavutettiin ensimmäisen vuoden aikana 26 % enemmän toimenpiteitä henkilötyövuosiin nähden kuin muissa alueen yksiköissä, joissa toimintamalli ei ollut käytössä. Toimintamallin ansiosta pilottialueen jonot lyhentyivät ja asiakastyytyväisyys säilyi samalla hyvällä tasolla kuin aikaisemmin. Jyväskylän pilotissa toimintamallissa hoidettiin vuoden aikana melko runsaasti myös ns. vaativampaa hoitoa, eikä

potilaita täten pystytty aina hoitamaan kerralla valmiiksi. Yksikössä toteutettiin myös lähes kaikkia aikuispotilaille tehtäviä toimenpiteitä, jolloin asiakassegmentoinnista saavutettavat hyödyt jäivät rajallisiksi. (Malmström & Nenonen 2016)

Toimintamallin avulla sama toimenpidemäärä voidaan saavuttaa huomattavasti pienemmällä henkilöstömäärällä kuin perinteisessä toimintamallissa. Kun huomioidaan toimintamallin investointi- ja käyttökustannukset (n. 4 %), voidaan toimintamallilla saavuttaa n. 29 % säästö. Toimintamallin soveltuvuus vaihtelee ikäryhmittäin. Asiakasmaksut määräytyvät suurelta osin toimenpiteiden perusteella, jolloin toimintamallista aiheutuvat säästöt eivät näy asiakasmaksujen kautta kerättävässä rahoituksessa yhtä paljon kuin kuntien ja valtion rahoitusosuudessa. Täten kokonaisrahoituksella tuotetun palvelun säästöpotentiaali kohdentuu painokkaammin julkiseen rahoitukseen, ja lisää julkisen toimijan säästöjä. Maltillinen arvio heikosti joustavien asiakasmaksujen aiheuttamasta julkisen rahoituksen säästön vipuvaikutuksesta on noin 20 M€.

Vastaavasti episodinäkökulmasta tulisi potilaat segmentoida tarkastusväleihin yksilöllisesti. NHG:n suun terveydenhuollon benchmarking-analyysien perusteella nykyisin tarkastusvälit ovat ”rutiinomaisia”, jolloin esimerkiksi lasten suun terveydenhuollossa yli kolmannes tarkastuksista kohdistuu potentiaalisesti terveisiin lapsiin. Yksilöllisten tarkastusvälien avulla käyntimääriä per episodi olisi mahdollista vähentää n. 10 %, jolloin säästöä kertyisi vuodessa n. 20 M€. Tämä perustuu yksilöllisten tarkastusvälien käyttöönottoon, jossa edellisen tarkastuskerran löydösten perusteella määritetään seuraavan tarkastuskerran ajankohta. Arvio on maltillinen, kun huomioidaan, että nykyisin yli kolmannes tarkastuskäynneistä kohdistuu potentiaalisesti terveisiin ja alueiden välillä on huomattavia eroja tarkastusvälien pituudessa ja potilasjakaumissa.

Oleellista tuottavuushyötyjen maksimoimiseksi on toimintaa varten suunniteltu toiminnanohjausjärjestelmä ja sen käytettävyys. Esimerkiksi kirjaamiseen kuluu suun terveydenhuollossa suuri osa työajasta ja eri järjestelmien välillä on havaittu useiden kymmenien prosenttien eroja kirjaamisnopeudessa. Toiminnanohjausjärjestelmän on tuettava myös joustavaa ajanvarausta perinteisen kiinteän mallin ohella ja ajanvaraus tulee siirtää sähköisten palveluiden välityksellä suoraan asiakkaan tekemäksi.

Ennaltaehkäisevien ja laadullisten tekijöiden säästövaikutuksia ei ole arvioitu tässä raportissa.

Kuva 9 Yhteenveto suun terveydenhuollon mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Terveyttä edistävien toimintamallien käyttöönotto	Korjaavaa hoitoa vaativien sairauksien väheneminen	Hammaslääkärien henkilöstökustannukset (ml. laskennallin. osuus yleiskustannuksista)	90
Hoitajavetoisen monihuonemallin käyttöönotto	Vastaanoton kesto	Muun henkilöstön henkilöstökustannukset (ml. laskennallin. osuus yleiskustannuksista)	60
Sähköisten palveluiden laajempi käyttöönotto	Kontaktien määrä (kontaktit / väestö)		
Hammashoidon kiinteän ajanvarausjärjestelmän purkaminen	Käynnit per resurssi (Yksikkökustannus)		
Hoidon laadun seuranta (mm. paikkaus, juurihoidot)			
Kilpailun luominen monituottajamallilla		Yhteensä	150

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Beukers N., Heijden J., Wijk A., Loos B., Periodontitis is an independent risk indicator for atherosclerotic cardiovascular diseases among 60 174 participants in a large dental school in the Netherlands. J Epidemiol Community Health doi:10.1136/jech-2015-206745.

Chistiakov DA, Orekhov AN, Bobryshev YV. Links between atherosclerotic and periodontal disease. Exp Mol Pathol. 2016 Feb;100(1):220-35. doi: 10.1016/j.yexmp.2016.01.006. Epub 2016 Jan 14.

Fejerskov O, Escobar G, Jøssing M, Baelum V. A functional natural dentition for all--and for life? The oral healthcare system needs revision. J Oral Rehabil 2013 Sep;40(9):707-22.

Hietasalo P., Behavioral and economic aspects of caries control. University of Oulu, Faculty of Medicine, Institute of Dentistry 2010.

Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2008 Dec;23(12):2079-86. doi: 10.1007/s11606-008-0787-6. Epub 2008 Sep 20.

Malmström & Nenonen, Aalto-yliopisto. Jyväskylän Jyme-pilotin tuloksia. Ajalta 3-12/2015. Julkaisematon raportti. 2016

Nenonen T, Single visit model in Finnish municipal dental care – A more efficient service model for low-complexity patients. Aalto University. School of Business. Master's thesis 2015.

WHO, Social determinants of health and well-being among young people : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey / edited by Candace Currie et al. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf

7. VANHUSPALVELUT

Vanhuspalveluilla tarkoitetaan tässä raportissa kunnan tuottamia, 65 vuotta täyttäneille tarkoitettuja palveluita, joiden tehtävänä on tukea vanhusten arjessa pärjäämistä. Tarkasteltavia palveluita ovat kotihoito ja sen tukipalvelut, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä pitkäaikaisvuodeosastot. Lisäksi tarkastellaan omaishoitajille myönnettävää etuutta omaishoidon tukea ja siihen liittyviä kustannuksia. Vanhuspalveluihin liittyvät analyysit on kuvattu liitteen dioilla 131-154.

7.1 Tausta ja nykytila

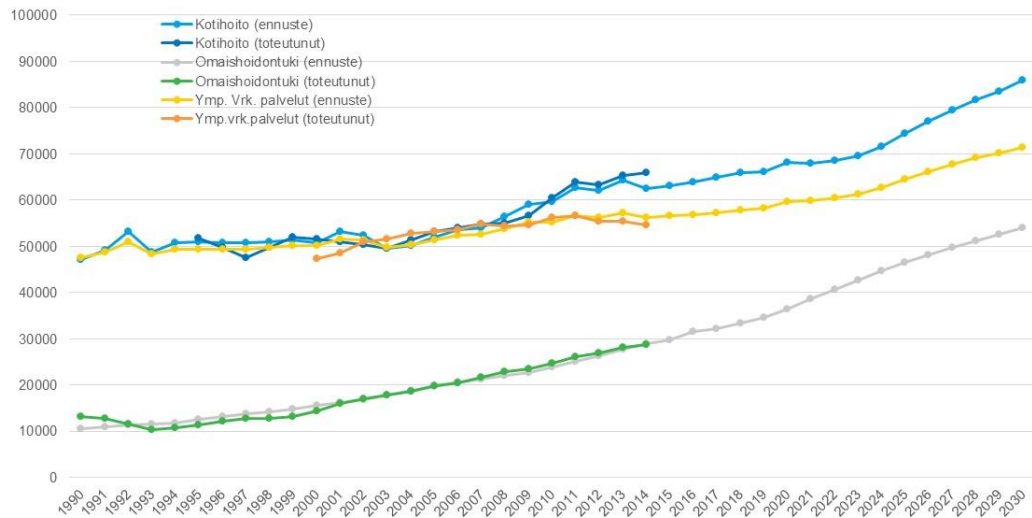
Ikääntynyt väestö käyttää merkittävän osan sosiaali- ja terveyspalveluista. Oulussa vanhuspalveluasiakkaiden (ml. alle 75-vuotiaat asiakkaat) sekä muiden 75 vuotta täyttäneiden asukkaiden yhteenlaskettujen kustannusten osuus tässä tutkimuksessa tarkasteltavista sote-kustannuksista on kolmannes. Vanhuspalveluasiakkaiden osuus tästä kokonaisuudesta on 80 %. Myös eniten palveluita tarvitsevan 10 %:n kerryttämistä kustannuksista vanhuspalveluasiakkaiden osuus on noin kolmannes (Leskelä ym. 2016). Vanhuspalveluasiakkaiden kunnan rahoittamista kokonaiskustannuksista vanhuspalveluiden osuus on n. 63 %, terveyspalveluiden 36 % (Leskelä ym. 2016). Tämän vuoksi yhteistyö ja hoitoketjut vanhuspalveluiden ja terveyspalveluiden välillä ovat keskeisessä asemassa vanhuspalveluiden kehittämisessä. Erikoissairaanhoidon kustannukset sekä erikoissairaanhoidon liittyvät perusterveydenhuollon hoitajakset ja avokäynnit on tarkasteltu osana päivystyksellistä, operatiivista ja konservatiivista toimintaa, joten tässä yhteydessä arvioidaan säästöpotentiaalia vain vanhuspalveluissa. On kuitenkin huomioitava, että osa erikoissairaanhoidossa arvioiduista säästöistä edellyttää toteutuakseen kehittämistä vanhuspalveluissa ja vanhus- ja terveyspalveluiden rajapinnassa, kuten esimerkiksi päivystyskäyntien ja hoitajaksojen määrän väheneminen, potilasohjauksen muuttuminen päivystyksestä eteenpäin tai jakson keston lyheneminen vuodeosastolla.

Vanhuspalveluiden kokonaiskustannuksiksi vuonna 2014 on arvioitu 4 140 M€. Vanhuspalveluihin on tässä tarkastelussa laskettu mukaan vanhusten omaishoidon tuki, kotihoito, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä pitkäaikaishoito terveyskeskusten vuodeosastolla. Lisäksi vanhuspalveluiden yhteydessä on tarkasteltu sitä osaa tk-lyhytaikaishoidosta, joka ei liity erikoissairaanhoidon jatkohoitoon. Tämän hoidon kustannus on arviolta 163 M€ vuodessa.

Vanhuspalveluiden suurin haaste on, miten saada resurssit riittämään väestön ikääntyessä ja erityisesti suurten ikäluokkien tullessa enemmän palveluita tarvitsevaan ikään. Tätä selvitystä varten laadittiin ennustemalli vanhuspalveluasiakkaiden määrän kehitykselle sekä kustannusten kasvulle (nk. perusskenaario). Asiakasmääriä eri vanhuspalveluissa kunakin vuonna selittää parhaiten seuraavana vuonna kuolevien määrä eri ikäluokissa. Poikkeuksena omaishoidon tuki, jossa ikäluokkien koko oli paras selittäjä. Perusskenaarion mukaiset asiakasmäärät eri palveluissa on esitetty kuvassa 10.

Kuva 10 Toteuma vanhuspalveluiden 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määristä 1995-2014 sekä ennuste asiakasmäärälle vuoteen 2030 saakka

Toteutunut ja mallin pohjalta ennustettu 65v+ asiakasmäärä



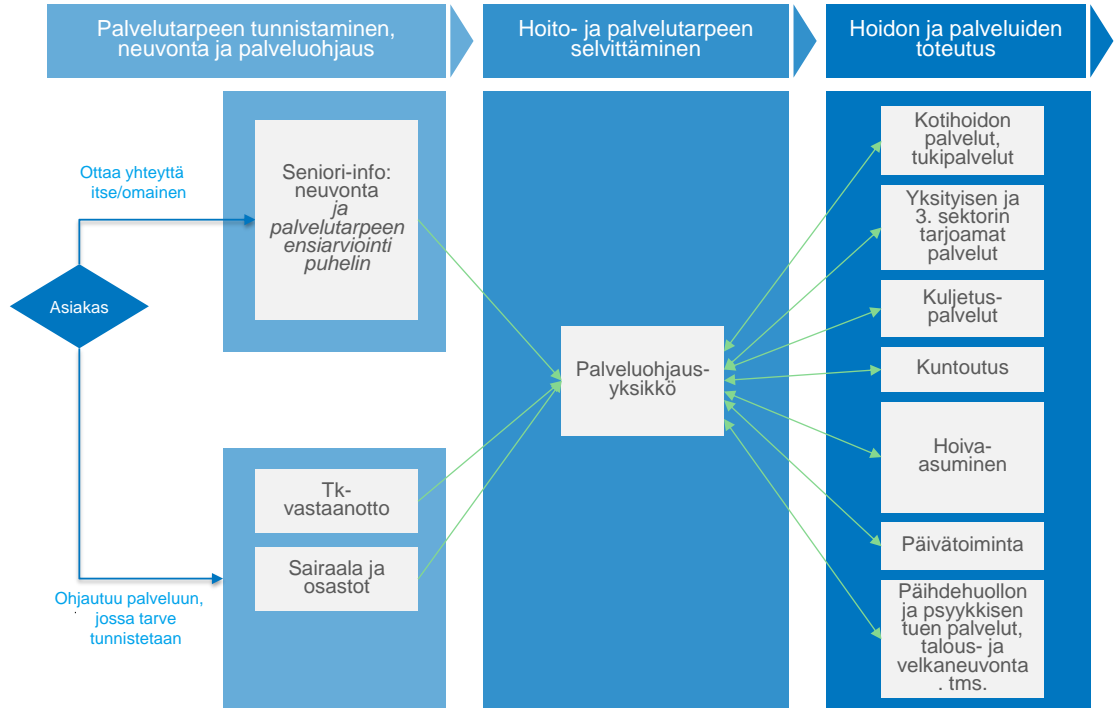
Mallin ennustama asiakasmäärä perustuu siten historia-aineistolla todennettuun riippuvuuteen eri-ikäisenä kuolevien ihmisten määrän ja saman ikäryhmän asiakasmäärän välillä. Historiassa tapahtuneet rakennemuutokset huomioitiin mallissa niputtamalla yhteen kaikki ympärivuorokautiset palvelut. Kuten kuva osoittaa, mallissa toteutunut ja ennustettu asiakasmäärä noudattelevat tarkasti toisiaan. Asiakasmäärien kasvu 2015-2029 johtaa keskimäärin 1,8 %:n vuotuisen kustannusten kasvuun vanhuspalveluissa, mikäli eri ympärivuorokautisten palvelumuotojen suhteelliset osuudet säilyisivät vuoden 2014 tasolla. Kuvasta nähdään, että asiakasmäärien (ja kustannusten) kasvu on kuitenkin vuosina 2015-2024 hitaampaa (n. 1,3 % vuosittain), ja kiihtyy tämän jälkeen n. 2,5 %:iin.

7.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Vanhuspalveluissa keskeiset, tunnistetut kehittämiskohteet ovat toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisy ja kuntoutus sekä asiakkaiden palveluiden koordinointi ja ohjaus. Monissa kunnissa palvelutarpeen arvion tekeminen on hajautunut usealle taholle ja joka palvelua varten on oma arviointiprosessi. Myöskään toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyyn ei panosteta riittävästi, sillä interventioden tarpeessa olevia asiakkaita ei aina osata tunnistaa. Kehittämällä näitä osa-alueita on mahdollista vähentää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta sekä parantaa vanhusten elämänlaatua. Toisaalta myös palvelutuotantoa voidaan tehostaa monella tavalla, joista tärkeimmät ovat asiakkaan palveluiden joustava räätälöinti (tuotetaan palvelu tarpeen mukaan, eikä perustuen mitoitussääntöihin tai jäykkään kriteeristöön ja palveluvalikoimaan) yhdistäen sekä kunnan että asiakkaan itse maksamia palveluita sekä välittömän työajan kasvattaminen mm. kotihoidon henkilöstön työpanoksessa.

Viime vuosina muutamissa kunnissa on rakennettu keskitettyjä palveluohjausyksiköitä, joiden tavoitteena on yksinkertaistaa palvelutarpeen arviota sekä tehdä prosessi ja yhteyden ottaminen asiakkaan näkökulmasta yksikertaiseksi (kuva 11).

Kuva 11 Keskitetyn palveluohjausyksikön toimintaperiaate



Palveluiden paremman koordinaation ja tarpeenmukaisen kohdentamisen hyödyistä on useita esimerkkejä. Kotitori on Tampereen kaupungissa toimiva vanhusten palveluintegraattori. Lisäksi Kotitori vastaa yhden alueen julkisen kotihoidon asiakkaiden palvelutuotannon kilpailutuksesta ja tuottajien laadunvarmistuksesta. Kotitorin alueella kotihoidon asiakkaiden erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt (säästöä vuositasolla n. 0,5 M€) ja lisäksi SAS-hakemuksia tulee vähemmän kuin muilla alueilla (Heinonen ym. 2014). Vastaavanlaisia hyötyjä on saatu vanhuspalveluiden lääkärituen parantamisesta, jonka seurauksena vanhuspalveluasiakkaiden päivystyskäynnit ja vuodeosastojaksot ovat vähentyneet merkittävästi ja vuodeosastojaksot myös lyhentyneet (Lindh 2015).

Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali perustuu kahteen mekanismiin: palvelurakenteen keventämiseen ja henkilöstön tuottavuuden kasvattamiseen. Kaikissa laskelmissa kokonaisasiakasmäärän oletetaan noudattavan perusskenaariota. Laskelmissa ei siten oleteta ikäihmisten toimintakyvyn paranevan enempää kuin mitä se luonnollisesti on parantunut eliniän pidentyessä. Mikäli paremmalla ennaltaehkäisyllä ja toimintakyvyn ylläpitoa tukevilla toimilla voidaan parantaa ikäihmisten toimintakykyä paremmin kuin tähän mennessä, on mahdollista, että asiakasmäärät ovat pienemmät kuin perusskenaariossa. Esimerkiksi Ruotsin Landskronassa tehdyssä kokeilussa on viitteitä siitä, että intensiivinen kuntoutus kotiutumisen yhteydessä vähentää myös ympärivuorokautisiin palveluihin siirtymistä. Myös Göteborgissa on hyviä kokemuksia systemaattisen, räätälöidyn kuntoutuksen toteuttamisesta vanhuksille. Asiantuntijat arvioivat, että 80 % niistä vanhuksista, jotka aikaisemmin olisivat siirtyneet ympärivuorokautisiin palveluihin, selvisivät vielä 2-3 vuotta kotona kotihoidon turvin. Kuitenkin jotta voisi laskea säästöpotentiaalia paremmasta toimintakyvystä ja pidempään kestävästä itsenäisestä asumisesta, tulisi saada tietoa, kuinka paljon kuolemaa edeltävä ympärivuorokautisen hoidon tarpeen jakso tämän seurauksena lyhenee. Tämän tiedon puuttuessa oletamme laskelmissa, että jakso pysyy nykyisen mittaisena ja siten asiakasmääräkin ennusteen mukaisena.

Yksi merkittävä säästöpotentiaali on laitoshoidon vähentämisessä ja korvaamisessa tehostetulla palveluasumisella. Tehostetun palveluasumisen vuosikustannus (netto) on n. 37 % edullisempi kuin pitkäaikaishoidon. Kuitenkin on huomioitava, että tehostetun palveluasumisen asiakkaat käyttävät enemmän kunnan maksamia muita palveluita kuin hoiva-asiakkaat, jolloin n. 35 % säästöä joudutaan käyttämään näiden kustannusten kattamiseen (Leskelä ym. 2016). Vuonna 2014 vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon hoitopäivien perusteella laskettu peittävyys oli 3 % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Mikäli 2/3 pitkäaikaishoidosta korvattaisiin tehostetulla palveluasumisella, koko soten tasolla säästöä saavutetaan siten n. 256 M€.

Toinen merkittävä säästön lähde on uuden palvelumuodon kehittäminen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen väliin. Vantaan kaupungin kehittämän kotihoiva-konseptin ajatuksena on, että asiakkaat asuvat samassa kiinteistössä (sekä vuokra- että omistusasuminen mahdollista), joissa huomioitu ikääntyvien henkilöiden erityistarpeet sekä rakennettu yhteisiä tiloja. Toimintamallin avulla saavutetaan kustannustehokkuutta resurssien tehokkaan käytön (palvelun määrä on tarpeeseen eikä mitoituksiin perustuva) sekä kotihoidon välittömän työajan osuuden kasvattamisen kautta. Lisäksi yhteisöllisyys tukee asiakkaiden aktiivista elämää ja mahdollistaa kotona asumisen elämän loppuun asti. Vantaalla tehdyssä selvityksessä arvioitiin, että kotihoivaan soveltuisi n. 2/3 niistä tehostetun palveluasumisen asukkaista, joiden CPS-toimintakyky mittari on alle 4. Tämä on arviolta 40 % nykyisistä tehostetun palveluasumisen asukkaista. Kotihoivassa arvioitu resurssinkulutus / asukas (= vuosikustannus) on n. 33 % vähemmän kuin tehostetussa palveluasumisessa. Kokonaissäästö tehostetun palveluasumisen korvaamisesta osittain kotihoivalla koko maassa olisi siten 244 M€.

Merkittävää säästöpotentiaalia on saavutettavissa myös kotihoidon tuottavuuden kasvattamisessa. Kotihoidon tuottavuutta tarkasteltaessa huomataan merkittäviä eroja henkilöstön asiakkaalla viettämän työajan (=välittömän työajan) osuudessa kokonaistyöajasta. Kuntien omassa tuotannossa välittömän työajan osuus on keskimäärin 49 %, kun parhaimmissa kunnissa se oli jopa 57 % (NHG Benchmarking). Välittömän työajan osuus on merkittävä tekijä tuottavuuden taustalla, mutta myös muut tekijät, kuten palkkataso ja sairauspoissaolojen määrä vaikuttavat tuottavuuteen. Kun tarkastellaan eroja asiakkaan luona tehdyn työtunnin kustannuksissa, ovat erot pienempiä kuin välittömän työajan osuuksissa. NHG Benchmarkingin analyysin mukaan kuntien keskimääräinen kotihoidon ja kotisairaanhoidon asiakastyötunnin kustannus oli 87,3 €/asiakastunti, kun tuottavimmassa 10%:ssa kunnista kustannus oli 78,0 €/asiakastunti. Keskimääräisen tuntikustannuksen ero matalimpaan on n. 11%, jolloin tuottavuuden kasvattamisen potentiaali olisi 147 M€. On myös varmistettava, että kasvanut tuottavuus ei heikennä palveluiden laatua ja vaikuttavuutta.

Terveyskeskuksen vuodeosaston lyhytaikaishoitopäivien määrä suhteessa 75 vuotta täyttäneeseen väestöön vaihtelee merkittävästi, vaikka huomioitaisiin myös erikoissairaanhoidon hoitopäivät, jotka voivat olla substituuttina tk-vuodeosastohoidolle. Matalimman 10 %:n kunnissa hoitopäiviä on jopa 30 % vähemmän kuin keskimäärin, ja matalimmassa neljänneksessäkin n. 12 % keskiarvoa vähemmän. Tämä tulos on linjassa ESH-PTH –hoitoketjun säästöpotentiaaliksi kanssa (potentiaali 22 %), joka arvioitiin konservatiivisen akuuttihoiton yhteydessä. Tällöin pelkän tk-vuodeosastohoidon säästöpotentiaali olisi arviolta 42 M€.

Vanhuspalveluiden säästöpotentiaaliksi suhteessa perusskenaarioon arvioitiin 690 M€ suhteessa aikaisemmin esitettyyn perusskenaarioon (kuva 12). Lisäksi terveyskeskuksen vuodeosaston lyhytaikaishoidon vähentämispotentiaaliksi arvioitiin 42 M€. Perusskenaariossa kustannukset kasvavat vuositasolla 1,8 % ja kasvu vuodesta 2014 vuoteen 2029 on 31 %.

Mikäli kaikki säästöpotentiaali saataisiin realisoitua, hidastuisi vanhuspalveluiden kustannusten vuotuinen kasvu 0,9 %:iin ja kokonaiskasvu 15 %:iin.

Kuva 12 Yhteenveto vanhuspalveluiden mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Palveluiden tarpeen mukainen kohdentaminen (keskitetty palveluohjaus, palveluseteli/henk.koht.budjetointi)	Asiakasmäärä pitkäaikaishoivassa pienenee suhteessa perusskenaarioon	TK-pitkäaikaishoidon, vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen kustannukset pienenevät	995
Kotona asumista tukevan palveluvalikoiman laajuus (ml. lääkäri- ja kuntoutuspalvelut)	Asiakasmäärä tehostetussa palveluasumisessa pienenee suhteessa perusskenaarioon	Kotihoivan kustannukset kasvavat	-495
Digitaaliset palvelut ja sovellukset	Asiakkaita siirtyy välimallin asumiseen, eli kotihoivaan	Kotihoidon henkilöstökustannukset pienenevät	147
Esteettömät ja turvalliset asunnot sekä yhteisölliset välimallin asumisratkaisut	Henkilöstön välitön työaika kasvaa → yksikkökustannus pienenee	Tk-lyhytaikaishoidon kustannukset pienenevät	42
Palveluntuotannon tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen	Tk-lyhytaikais-osastojen hoitopäivät vähenevät	Yhteensä	689
Yksityisen ja 3. sektorin palvelutuotannon ja hyödyntäminen julkisen tuotannon rinnalla			
Tavoitteellinen, kuntouttava toiminta osastoilla, kotikuntoutus sekä kotiutushoitaja/ kotiutustiimi			

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Aalto-yliopisto, 2016. Jyvä-hankkeen loppuraportti.

https://jyvahanke.files.wordpress.com/2016/03/jyvc3a4raportti_2016.pdf

Aalto-yliopisto, 2010. PARETO-hankkeen loppuraportti

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P., Partanen, S. (2014). Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen Lääkärilehti 50-52/2014 vsk 69, 3467-3473.

Groop J. Theory of Constraints in Field Service, Factors limiting Productivity in Home care Operations. Väitöskirja, Aalto-yliopisto 2012 <http://lib.tkk.fi/Diss/2012/isbn9789526045948/isbn9789526045948.pdf>

Heinonen T, Hostikka M, Tuominen-Thuesen M. Aktiivinen kansalainen – kaiken ikäisenä. KPMG raportti 15.8.2014

Karlberg N. Voiko vanhustalvvelu olla kustannustehokasta? Esitys Valvanne-symposiumissa 31.8.2015, Lahti. http://www.dila.fi/files/1342/Doctagon-Voiko_vanhustalvvelu_olla_kustannustehokasta.pdf

Leskelä RL ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveystalvveluissa. Suom Lääkäril 2016;71(11):809–15

Lindh M. Performance assessment of nursing home medical practice services. Diplomityö, Aalto-yliopisto, 2015.

Mulari M. Kysynnän ja tarjonnan yhteen sovittaminen kotihoidossa: tarvepohjainen resursointimalli. Diplomityö, Aalto-yliopisto, 2014.

Nordic Innovation, VABPRO-projekti, Loppuraportti 2/2015

<http://nordicinnovation.org/Documents/Programmes/2015%2003%2009%20P%2012077%20VABPRO%20Final%20Report.pdf>

Talouselämä 2013. Voiko vanhustenhuollossa säästää ja parantaa palvelua?

<http://www.talouselama.fi/uutiset/voiko-vanhustenhuollossa-saastaa-ja-parantaa-palvelua-voi-kirjoittaa-professori-erkki-vauramo-3448509>

Tekes, 2014. Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon.

<http://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/kotihoito2020.pdf>

8. VAMMAISPALVELUT

Vammaispalvelut sisältävät vammaispalvelulain mukaiset kehitysvammaisille ja vaikeavammaisille tarkoitetut palvelut. Analyysit on esitetty liitteen dioilla 155-171.

8.1 Tausta ja nykytila

Suomessa on arviolta n. 40 000 kehitysvammaista henkilöä (Karinen et al 2016). Vammaispalveluiden kokonaiskustannukset ovat n. 1,5 miljardia euroa, josta n. puolet muodostuu asumispalveluista. Henkilökohtainen apu, kuljetuspalvelut, työllistämistoiminta ja laitospalvelut muodostavat kukin n. 200 miljoonaa euron kustannukset. Vammaispalveluiden järjestämisestä ja toteuttamisesta vastaavat pääosin kunnat.

Valtioneuvoston periaatepäätös ohjelmasta kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi (2010) ja Valtioneuvoston periaatepäätös kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta (2012) ovat asettaneet tavoitteeksi vammaisten laitoshoidon purkamiseksi. Laitoshoidon purkaminen ei ole kuitenkaan edennyt tavoitteiden mukaisesti. Laitoksissa olevien asiakkaiden määrä on vähentynyt, mutta vuonna 2014 laitoksissa oli yli 1 000 pitkäaikaisasiakasta ja kokonaisuhoitopäivät laitoksissa olivat n. 50 000 vuorokautta (SotkaNet).

8.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Keskeisin kehittämiskohde on laitoshoidon purkaminen. Analyysien mukaan laitosvaltaisuus selittää alueellisten kustannusten eroja, mutta ei korreloi suoraan muiden asumismuotojen kustannusten kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että alueet, joissa on suhteellisesti paljon laitospalvelua, käyttävät enemmän rahaa vammaispalveluihin, mutta alueilla, joissa on suhteellisesti enemmän asumispalveluita, asumispalvelut ovat saman hintaisia kuin muualla. Olettaen, että vammaisten toimintakyvyssä ei ole systemaattisia eroja alueiden välillä, toimintakyky ei siten näyttäisi suoraan määrittävän kustannustasoa, vaan palvelumuodolla on myös merkitystä.

Laitoshoidon purkamisen keinoina ovat mm. asuntojen hankkiminen sekä lähiyhteisön palvelujen kehittäminen. Tämän edellytyksenä on se, että tulevien asukkaiden tarpeet ovat tiedossa ennen kuin uusien asuntojen suunnittelu käynnistetään.

Lievästi kehitysvammaisten asumiseen ja tukeen kehitetään erilaisia uusia palveluratkaisuja. Ratkaisujen avulla on mahdollista vähentää säännöllisen tuen määrää ja toisaalta laajentaa tuetun asumisen asiakaskuntaa myös hieman enemmän tukea tarvitseviin. Uudet palveluratkaisut voivat perustua esimerkiksi kuvapuheluyhteyden ja muun teknologian hyödyntämiseen, sosiaaliseen isännöintiin ja yhteisölliseen asumiseen, tuetun asumisen, kotihoidon ja henkilökohtaisen avun kombinaatoratkaisuihin, kotihoidon hyvien käytäntöjen soveltaminen tuettuun asumiseen ja henkilökohtaiseen budjetointiin (Konola et al 2011, Mietola et al 2013).

Vammaisten laitoshoidossa oli 1117 pitkäaikaisasiakasta vuonna 2014 (SotkaNet). Laitoshoidon hoitopäivän keskihinta oli 347 € (SotkaNet). Mikäli palvelu järjestettäisiin avopalveluina (esim. autetun asumisen ja muiden palveluiden yhdistelmänä), on arvio hoitopäivän keskihinnasta 187 €. Tämä koostuu keskimääräisestä autetun asumisen hinnasta

(156 €, Kuusikkokunnat), johon on lisätty muiden palveluiden tarve (n. 20 %). Tällöin syntyisi säästöä 65,2 M€ vuositasolla.

Perhehoidon määrässä on suuria alueellisia eroja (NHG:n erityishuoltopiirien benchmarking). Keskeinen haaste on perhehoitajien rekrytoinnissa, johon eri erityishuollon kuntayhtymät ovat etsineet erilaisia ratkaisuja: palkkioiden nostaminen, tukipalveluiden kehittäminen ja markkinointikampanjat. Perhehoito sopii hyvin kehitysvammaisten lasten lyhyt- tai pitkäaikaiseksi hoitomuodoksi silloin, kun hoitojaksolla ei ole erityisiä kuntoutuksellisia tavoitteita.

Vammaissosiaalityö on tapahtunut suurelta osin kuntatasolla. Vammaispalvelut sisältävät runsaasti erilaisia palveluita, joista osa edellyttää usean lainsäädäntöalan tuntemusta, asiakaskunta on erittäin heterogeeninen ja asiakastilanteisiin vaikuttaa monenlaiset tekijät. Kuntatasolla pienet volyymit eivät ole mahdollistaneet osaamisen, prosessien ja tietojärjestelmien asianmukaista kehittymistä. Tämä on johtanut epätarkoituksenmukaisiin toimintatapoihin, tehottomuuteen ja laatuongelmiin.

Alueiden väliset erot kustannuksissa KELA:n vammaisetuuden saajaa kohti merkitsevät valtakunnan tasolla n. 370 miljoonan euron eroa kokonaiskustannuksissa. Kun verrataan pelkästään asumiseen ja perusavustamiseen liittyviä palveluita, alueiden väliset kustannuserot merkitsevät n. 300 miljoonaa euroa kansallisesti. Tarkempien analyysien pohjalta on päädytty, että tästä n. 210 miljoonaa euroa liittyy erilaisiin toimintatapoihin liittyviin rakenteellisiin ja käytäntöeroihin ja loppuosaa eroista selittyy alueiden luontaisiin eroihin ja esimerkiksi subjektiivisten palveluiden käyttöön. Valtaosa kokonaissäästöpotentiaalista liittyy asumispalvelurakenteen kehittämiseen.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Karinen R., Laitinen L., Noro K., Ekholm E. & Tuokkola K. 2016. Yksilölliseen ja monimuotoiseen asumiseen: Kehitysvammaisten asumisen ohjelman arviointi asumisratkaisujen osalta. Ympäristöministeriön raportteja 18/2016.

Konola K., Kekki S., Tiihonen P., & Marjamäki K. 2011. Tulevaisuus omissa käsissä: Miten päämies itse johtaa oman elämänsä ja palvelujensa suunnittelua. Teoksessa Ripatti P. (toim.). Kehitysvammaisten asuminen: Uusi reformi 2010–2015. THL – Raportti 10/2011.

Mietola R., Teittinen A. & Vesala H. T. 2013. Kehitysvammaisten ihmisten asumisen tulevaisuus: Kansainvälisiä esimerkkejä ja vertailu Suomeen. Suomen Ympäristö 3/2013.

Sillanpää, V. 2012. Yksi naapureista – yhteisöllisen asumisen kustannusvaikuttavuuden arviointi. Kehitysvammaisten palvelusäätiö. <http://www.kvps.fi/images/tiedostot/Julkaisut-Raportit/yksi-naapureista-2012.pdf>

9. LASTEN JA PERHEIDEN PALVELUT

Lasten ja perheiden palvelut sisältävät lapsille ja lapsiperheille tarjotut sosiaalipalvelut sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelut. Lapsiperheiden terveyspalvelut (ml. lasten- ja äitiysneuvolat sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto) on analysoitu osana terveyspalveluita. Lasten ja perheiden palveluiden analyysit on esitetty liitteen 1 dioilla 172-202.

9.1 Tausta ja nykytila

Lasten ja perheiden palveluiden kokonaiskustannuksiksi on arvioitu yhteensä 9-10 miljardia euroa vuonna 2013. Lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannuksiksi ilman opiskelija- ja kouluterveydenhuoltoa ja lasten ja nuorten somaattista hoitoa on arvioitu 1,3 miljardia euroa, joka muodostuu lastensuojelun laitos- ja perhehoidosta (640 miljoonaa euroa), lasten- ja nuorisopsykiatriasta (270 miljoonaa euroa) sekä muista palveluista (390 miljoonaa euroa). Muita palveluita ovat mm. lastensuojelun avopalvelut sekä muut perheiden palvelut. Nordic Healthcare Group Oy:n laatimien analyysien perusteella pääosa kustannuksista muodostuu näiden palveluiden, erityisesti lastensuojelun ja psykiatrian, kustannuksista. Analyyseissa opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveyspalveluita.

Lasten ja perheiden palveluiden palvelujärjestelmä on siiloutunut, raskas ja hajanainen. Palvelut ovat irtautuneet perheiden arjesta omiin tiloihinsa, ongelmalähtöisiä ja ammattikuntajohtoisia. Painopiste on korjaavissa palveluissa, kuten huostaanotot ja laitoshoido, ennaltaehkäisevien ja pärjäämistä tukevien palveluiden, kuten kotipalvelu, perhetyö, sosiaaliohjaus, sijaan. Palvelut eivät kohdennu asiakkaiden yksilöllisiin ja kokonaisvaltaisiin tarpeisiin, jolloin asiakkaan voimavarat, perhe ja lähipiiri jäävät usein huomioimatta palvelutarvetta arvioitaessa sekä palvelu- ja hoitosuunnitelmia laadittaessa. Potilas- ja asiakastiedot hajautuvat lukuisiin eri rekistereihin ja asiakirjoihin, joten esimerkiksi kokonaispalvelunkäytön, asiakasmäärien ja kustannusten seuranta on vaikeaa ja osin jopa mahdotonta. Tämä aiheuttaa paitsi väliinpuutoamista myös päällekkäistä työtä ja päällekkäisiä palveluita.

Lastensuojelun asiakkaat ovat yksi kalleimmista asiakasryhmistä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen alle 18- vuotiaiden osuus on kasvanut koko 2000-luvun ja kasvu on saatu pysähtymään vasta viime vuosina. Lastensuojelun Keskusliiton vuonna 2012 laatiman selvityksen perusteella kodin ulkopuolelle sijoittaminen on kustannuksiltaan hyvin kallis vaihtoehto ja saattaa tarkoittaa yhden lapsen kohdalla jopa 900 000 euron kustannuskertymää 10 vuoden ajanjaksolla mitattuna. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuuden kasvu ei ole toivottava kehityssuunta lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden vaikuttavuuden näkökulmasta.

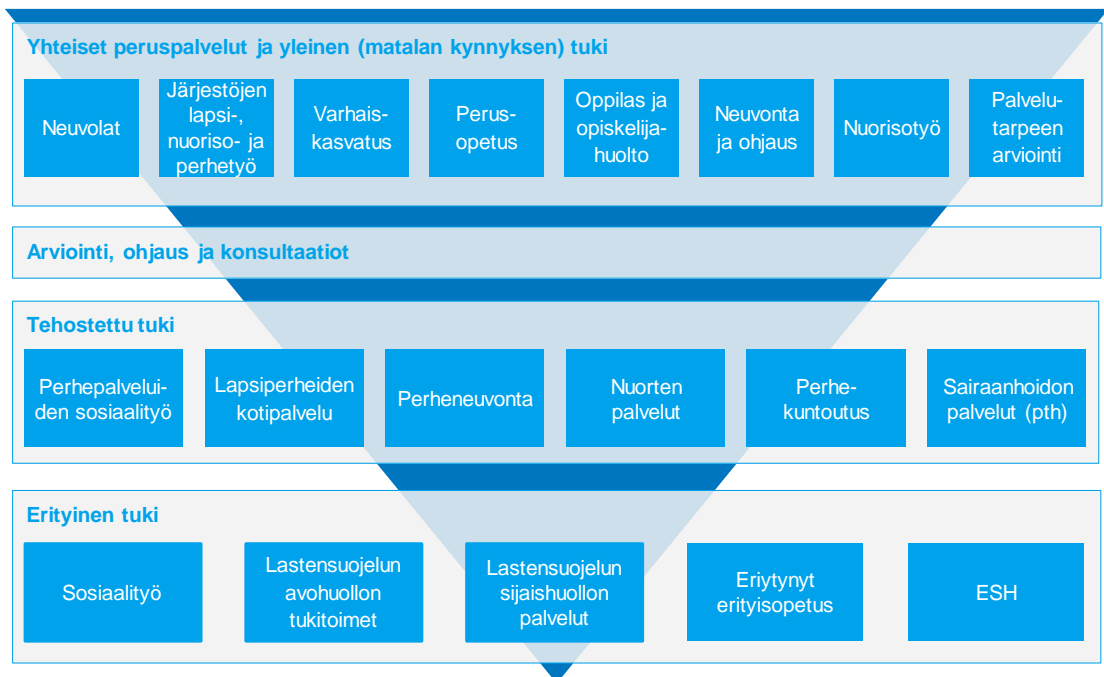
Suomessa on suuria alueellisia ja kuntien välisiä eroja lasten ja perheiden palveluiden palvelurakenteissa ja kokonaiskustannuksissa. Eroista osaan voidaan löytää selityksiä demografiasta, mutta suuri osa kustannusvaihtelusta selittyy erilaisilla toimintamalleilla. Viime vuosina on useissa kunnissa saatu näyttöä siitä, että aktiivisella toiminnan kehittämisellä ja palveluiden integroinnilla on saatu aikaan laskua kustannuksissa parantamalla samanaikaisesti palvelun laatua.

9.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Lasten ja perheiden palveluiden keskeinen kehittämisen kohde on hajallaan olevan palvelujärjestelmän yhteensovittaminen vertikaalisesti ja horisontaalisesti integroiduksi kokonaisuudeksi. Integraatiolla tarkoitetaan mm. sosiaali- ja terveystalouden, varhaiskasvatuksen, perusopetuksen, harrastusten sekä lapsiperheen elinolojen (asuminen, toimeentulo, työn ja perheen yhteensovittaminen) sekä vanhempien palveluiden yhteensovittamista. Palveluiden integraatio tukee nykyisen palvelurakenteen keventämistä (kuva 13) ja auttaa siirtämään painopistettä lastensuojelun sisällä sijaishuollosta avohuoltoon ja lastensuojelusta (lastensuojelulain mukaiset palvelut) perhepalveluihin (sosiaalihoitolain mukaiset palvelut) ja muihin varhaisen vaiheen palveluihin, joita tarjoavat myös kolmannen sektorin toimijat ja esimerkiksi seurakunnat.

Painopisteen siirtäminen korjaavista palveluista kaikille yhteisiin ja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä varhaiseen tukeen edellyttää mm. palveluiden saatavuuden ja lapsi- ja perhelähtöisyyden parantamista, varhaisen vaiheen palveluiden kehittämistä, sujuvia palvelu- ja hoitopolkuja sekä digitalisaation hyödyntämistä.

Kuva 13 Palvelurakenteen keventäminen edellyttää panostusta erityisesti yhteisiin perustason palveluihin ja yleiseen (matalan kynnyksen) tukeen



Hallituksen lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma tähtää hajanaisen palvelujärjestelmän uudistamiseen. Muutosohjelman tavoitteena on aikaansaada kokonaisvaltainen pysyvä muutos kohti lapsi- ja perhelähtöisiä, vaikuttavia, kustannustehokkaita ja yhteen sovitettuja palveluita. Muutosohjelman kautta tuetaan kunnissa tehtävää muutostyötä, jonka tavoitteena on edistää lasten ja nuorten hyvinvointia siirtämällä tuen painopistettä korjaavista ehkäiseviin palveluihin.

Varmistamalla palveluiden oikea-aikainen kohdentuminen ja saatavuus sekä parantamalla palveluiden laatua ja vaikuttavuutta voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi asiakkaiden tarvitsemien palveluiden määrään sekä asiakasmääriin eri palveluissa. Painopisteen siirtämisellä on jo saatu aikaan kustannussäästöjä. Esimerkiksi Imatran kaupungissa on saatu aikaiseksi yli viidenneksen kustannussäästöjä.

Palveluiden vaikuttavuutta voidaan parantaa myös hankintojen kehittämisen kautta. Siirtämällä ostopalveluiden kilpailuttamisen painopistettä puhtaista suoritteista, kuten hoitovuorokausi tai lääkärikäynti, kohti kuntouttavia ja vaikuttavia palveluita on myös mahdollista saada kustannussäästöjä.

Digitalisaatio tarjoaa kustannustehokkaita ratkaisuita varhaisen vaiheen palveluihin ja palveluihin ohjautumisen tueksi, mutta myös korjaavien palveluiden tuottamisen tueksi (esim. etätuki ja -ohjaus) parantaen samalla tiedonkulkua.

Suurin säästöpotentiaali lasten ja perheiden palveluissa kohdistuu huostaanottoihin ja laitoshoitoon sekä lasten ja nuorisopsykiatrian osastojaksoihin. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus alle 18-vuotiaista on noussut yli 50 % 2000-luvulla, mutta viime vuosina kasvu on saatu pysähtymään. Mikäli sijoituksissa päästäisiin ns. parhaiden kuntien nykyiselle keskiarvotasolle (0,9 sijoitettua per 100 alle 18-vuotiaasta) on laskennallinen säästöpotentiaali noin 150 miljoonaa euroa. Tämä edellyttää kuitenkin noin 50 miljoonan euron investointia avomuotoisiin ja sosiaalihuoltolain mukaisiin palveluihin. Tällöin oltaisiin samalla tasolla kuin vuonna 2000.

Lasten- ja nuorisopsykiatrian osalta näkyy jo kehitys kohti avomuotoisia palveluita ja vuodeosastohoidon määrän lasku yleisesti. Osassa alueita myös erikoissairaanhoidon resurssien käyttö ja kustannukset ovat laskeneet. Järjestelmätasolla on kuitenkin yhä paljon potentiaalia vähentää vuodeosastohoidon kustannuksia.

Integroidun palvelujärjestelmän myötä on kuitenkin oletettu voitavan saavuttaa tätäkin parempi taso. Oletusta tukevat tulokset esimerkiksi Imatralta ja Raisiosta. Arviot perustuvat oletukseen, että muutokset alkavat näkyä 2-3 vuoden kuluessa. Kestää kuitenkin 5-10 vuotta ennen kuin integraation hyödyt tullaan kokonaisuudessaan saavuttamaan. Mikäli integroidun mallin hyödyt tullaan saavuttamaan kokonaisuudessaan, on säästöpotentiaaliksi arvioitu 50 miljoonan euron investointi avohuollon ja sosiaalihuoltolain mukaisiin palveluihin huomioiden yhteensä noin 250 miljoonaa euroa vuoteen 2025 mennessä ja noin 420 miljoonaa euroa vuoteen 2029 mennessä (Kuva 14). Arviot perustuvat oletettuun tavoitteeseen vähentää sijoituksia noin 0,7%:iin vastaavan ikäisistä vuoteen 2025 mennessä ja 0,5 %iin vuoteen 2029 mennessä.

Kuva 14 Yhteenveto lasten ja perheiden palveluiden mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€
Lapsi- ja perhepalveluiden integraatio	Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä	Kodin ulkopuolisten sijoitusten kustannukset 420
Rakenteen keventäminen: lastensuojelussa avohuollosta sijaishuoltoon ja lastensuojelusta perhepalveluihin	Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten palvelumuotojen jakauma (perhe, perhekoti, laitos)	Lastensuojelun avohuollon henkilöstökustannukset -30
Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kohdentaminen ja koordinaatio	Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä	SHLn mukaisten palveluiden henkilöstökustannukset -20
Ennaltaehkäisevät ja varhaisen puuttumisen palvelut ja toimintamallit	SHLn mukaisten palveluiden asiakasmäärä	Vuodeosastojen henkilöstökustannukset 50
Digitaalisaatio ja tiedon hyödyntäminen	Lasten- ja nuorisopsykiatrian hoitopäivät	
Työn tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen	Hoitopäivät per resurssi tai hoitopäivän yksikkökustannus	
Ostopalveluiden kilpailuttaminen ja vaikuttavuuden hankinta	Avopalveluiden kontaktien määrä (kontaktit / väestö)	
		Yhteensä 420

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Heinonen H., Väisänen A. & Hipp T. 2012. Miten lastensuojelun kustannukset kertyvät. Lastensuojelun keskusliitto. https://www.lskl.fi/materiaali/lastensuojelun-keskusliitto/Miten_lastensuojelun_kustannukset_kertyvat.pdf

Imatran kaupungin tilastot häiriöpalvelumenoista v. 2005-2015 ja niiden muutoksesta

Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla. Liiteraportti: Kuntien kuvaukset lapsiperheiden palvelujen kehittämisestä. http://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/11/LIITERAPORTTI_1.pdf

Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE). <http://stm.fi/hankkeet/lapsi-ja-perhepalvelut>

Leskelä ym. 2016 Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. *Suom Lääkäril* 2016;71(11):809–15)

Rimpelä M ja Rimpelä M. Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla. Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 93.

Valtiovarainministeriön julkaisu – 18/2015. Lapsiperheitä ja erityisesti yksin asuvia vanhuksia koskevien asioiden kokoaminen osana valtion talousarviota. Valtiovarainministeriö, Huhtikuu 2015.

10. PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSPALVELUT

Tässä tarkastelussa päihde- ja mielenterveyspalveluihin katsotaan sisältyvän perustason mielenterveyspalvelut, jotka tuotetaan tyypillisesti perusterveydenhuollossa, aikuispsykiatrian palvelut, päihdehuollon palvelut sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut. Analyysit on esitetty liitteen 1 dioilla 203-218.

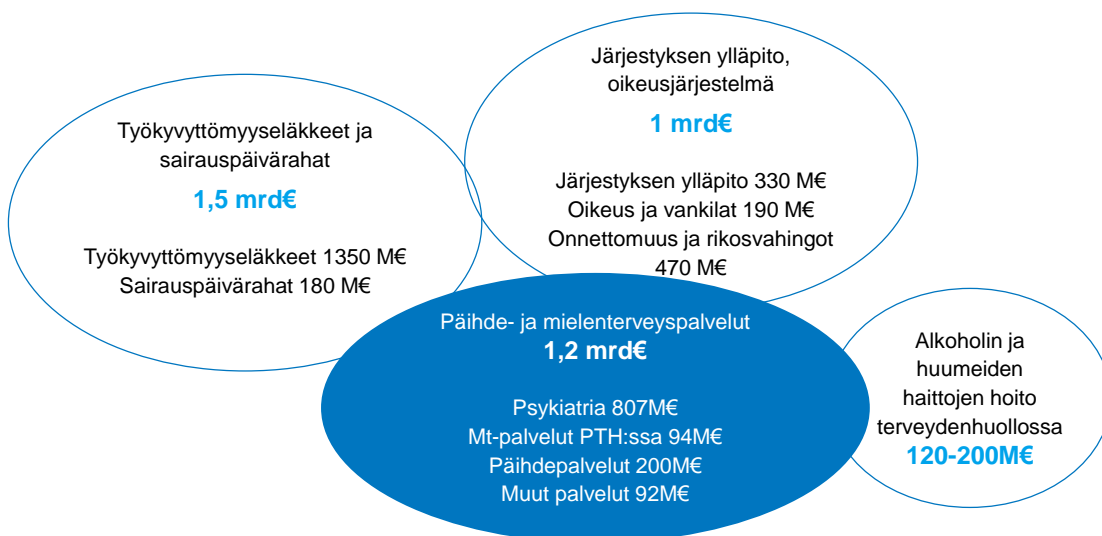
10.1 Tausta ja nykytila

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaiskustannuksiksi vuonna 2014 on arvioitu 1 200 M€, joka sisältää perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut, aikuispsykiatrian avo- ja vuodeosastohoidon sekä sekä asumispalvelut ja päihdehuollon laitoshoidon. Laitoshoidon osuus kaikista kustannuksista on arviolta 640 M€, asumispalveluiden 315 M€ ja avopalveluiden 240 M€, mikä tarkoittaa, että avopalveluiden, eli kevyiden ja ennaltaehkäisevien palveluiden osuus kokonaiskustannuksista on vain n. 20 %.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat nykyisin jakautuneet perusterveydenhuoltoon (esim. psyk. sairaanhoitajan vastaanotto, korvaushoito, päihdepalvelut), sosiaalipalveluihin (esim. asumispalvelut) ja erikoissairaanhoidon (aikuispsykiatria), jolloin myös asiakastiedot ja hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat hajallaan. Joissain kunnissa integraatiota on pyritty tekemään perustason palveluissa tai mielenterveyspalveluiden sisällä perus- ja erikoistason palveluissa, mutta edelleen monessa paikassa päihdepalvelut tuotetaan erillään mielenterveyspalveluista. Ostopalveluiden käyttö sekä avo- että asumispalveluissa tuo oman lisänsä pirstaleiseen kokonaisuuteen. Tutkimuksessa on myös havaittu, että päihde- ja mielenterveyspalveluihin kohdistetut resurssit eri alueilla eivät heijastele alueen palvelutarvetta, vaan perustuvat muihin tekijöihin (Ala-Nikkola ym. 2014). Tästä seuraa, että palveluiden saatavuus vaihtelee eri alueilla. Tästä seuraa myös, että muuttamalla resurssien allokointi tarpeenmukaiseksi, olisi todennäköisesti saavutettavissa merkittäviä säästöjä.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden suorat kustannukset ovat kuitenkin vain noin kolmannes päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien asukkaiden yhteiskunnalle aiheuttamista kokonaiskustannuksista (kuva 15). Päihde- ja mielenterveyspalveluita kehitettäessä ja interventoiden kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa tulee huomioida vaikutukset kokonaiskustannuksiin. Tässä raportissa kuitenkin rajaudutaan arvioimaan sote-palvelujärjestelmälle aiheutuvia kustannuksia.

Kuva 15 Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset



10.2 Kehittämiskohteet ja niiden vaikutukset

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden keskeiset kehittämiskohteet ovat palvelutuotannon integraatio sekä resurssien kohdentaminen jatkossa enemmän avopalveluihin ja kotiin vietäviin palveluihin kuin laitospalveluihin. Huomiota tulisi myös kiinnittää ongelmien varhaiseen havaitsemiseen ja niihin puuttumiseen. Tutkimuksen mukaan interventiot ovat vaikuttavampia, jos ne kohdistetaan yksilöön ennen ongelmien kärjistymistä ja syrjäytymistä, eli esimerkiksi työpaikalla ennen työelämästä putoamista. Aikaisempien tutkimusten perusteella avohuoltoa ja lähipalveluita painottava toimintamalli on myös parantanut palveluiden vaikuttavuutta: itsemurhien määrä on vähentynyt näillä alueilla Suomessa.

Palvelujärjestelmän ”käänteisen resurssipyramidin” kääntäminen toisin päin edellyttää useita kehittämistoimenpiteitä. Ensinnäkin palveluiden toimintalogiikka tulisi muuttaa asiakaslähtöiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokaiselle asiakkaalle määritetään yksilölliset tavoitteet, joiden pohjalta palvelusuunnitelma laaditaan ja palvelut tuotetaan. Palveluiden vaikuttavuutta arvioidaan suhteessa tavoitteiden saavuttamiseen. Toiseksi palveluita suunniteltaessa tulisi aina pyrkiä valitsemaan kevyin mahdollinen palvelumuoto. Vuodeosastolla hoidetaan vain sellaisia potilaita, joita ei voi hoitaa millään muulla tavalla. Palveluiden tarpeen mukainen räätälöinti myös mahdollistaa asumisen vähemmän tuetussa ympäristössä. Esimerkiksi Ympäristöministeriön selvityksen mukaan mielenterveyskuntoutujien asumiskustannuksia voidaan vähentää tarjoamalla tarpeen mukaan joustavia palveluita tukemaan arkea tavallisessa asunnossa.

Avopalveluiden toimintamalleissa ja prosesseissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa mm. hyvää saatavuutta. Palvelutarpeen arvioon on päästävä helposti ja milloin tahansa. Varsinaisia palveluitakin tulee olla saatavilla tarvittaessa nopeasti. Tällöin tilanteet eivät pääse kriisiytymään ja akuutti vuodeosastohoidon tarve vähenee. Kun asiakkaille syntyy luottamus palvelujärjestelmään ja siihen, että yhteyden saa tarvittaessa ja apua on tarjolla, pidemmällä aikavälillä myös kontaktien määrä vähenee.

Asumispalveluissa tavoitelähtöinen toimintamalli tarkoittaa, että asiakkaan kuntoutuminen otetaan keskeiseksi tavoitteeksi, johon myös ostopalveluiden palveluntuottajia kannustetaan sopimusohjauksen keinoin. Asumispalvelu on vain välivaihe matkalla kohti itsenäistä

asumista, ellei sitten ole kyseessä asiakas, jolla ei enää ole kykyä kuntoutua, jolloin tavoitteeksi nousee nykyisen toimintakyvyn ylläpito.

Digitalisaatio tukee jatkossa entistä paremmin asiakkaiden pysymistä avopalveluiden piirissä ja siirtymistä asumis- tai laitospalveluista itsenäiseen asumiseen, sillä kotiin voidaan antaa entistä monipuolisempaa ammattilaistukea psykiatrin etävastaanotoista lähtien. Esimerkiksi asiakkaat ovat pitäneet internetpohjaista Mielenterveystalo-palvelua hyödyllisenä (Hyppönen ym. 2014).

Englannissa tehdyissä tutkimuksissa on löydetty useita kustannusvaikuttavia interventioita, kuten alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-intervention tekeminen, depression varhainen tunnistaminen ja hoito työpaikoilla, sekä päihde- ja mielenterveysongelman velkaneuvonta. Osa interventioista tuottaa kustannushyötyä sote-palveluissa, osa muissa yhteiskunnallisissa kustannuksissa. Näitä ja muita vaikuttaviksi todettuja interventioita tulisi ottaa systemaattisesti käyttöön.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämistoimenpiteiden seurauksena kustannusvaikutus valtakunnallisesti on arviolta 100-200 M€. Arvio perustuu useisiin eri laskelmiin, jotka on tiivistetty alla.

Ala-Nikola ym. (2014) tutkivat HUS:n erva-alueen sairaanhoitopiirien ja –alueiden päihde- ja mielenterveyspalveluiden resursseja ja totesivat, että ne eivät korreloineet alueiden mielenterveysindeksin kanssa. Esimerkiksi Eksoten resurssit olivat 22 % matalammat kuin niiden olisi pitänyt olla mielenterveysindeksin perusteella, ja silti palveluilla on hyvä saatavuus ja asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä (Mirola ym. 2013). Jos valtakunnallisesti saataisiin alueiden resurssien kulutus 22 % alle mielenterveysindeksin ennusteen, olisi kustannussäästö 267 M€.

Suurin yksittäinen, tunnistettu säästöpotentiaali on psykiatrisen laitoshoidon vähentämisessä. Vuosina 2010-2014 psykiatrisen laitoshoidon on vähentynyt valtakunnallisesti n. 21 % (THL, SotkaNet), mutta muutamissa sairaanhoitopiirissä, joissa on tehty määrätietoista päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämistä, on laitoshoidon vähennetty 30-40 % (Etelä-Karjala, HUS ja Kanta-Häme). Mikäli muu maa olisi päässyt vähennyksissä samalle tasolle kuin nämä kolme aluetta, olisi kustannuksia säästynyt 79-129 M€.

Yleensä laitoshoidon purku edellyttää panostuksia asumis- ja avopalveluihin. Jos kuitenkin tarkastellaan asumispalveluiden määrän kehittymistä samalla ajanjaksolla, on Etelä-Karjalan, HUS:n ja Kanta-Hämeen alueella asumispalveluiden määrä kasvanut vähemmän (3-6 %) kuin maassa keskimäärin (7 %). Voidaan siis olettaa, että laitospalveluiden arvioitu vähentämispotentiaali voitaisiin saavuttaa lisäämättä asumispalveluita. Lisäksi on mahdollista, että asumispalveluissa voitaisiin toteuttaa siirtymää ympärivuorokautisesta asumispalvelusta ei-ympärivuorokautiseen, jolloin asumispalveluiden kustannukset pienenisivät. Tätä vaikutuksen suuruutta ei ole kuitenkaan voitu todentaa.

Avopalvelut ovat kasvaneet Etelä-Karjalassa ja HUS-alueella selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (n. 20 % vs. 9 %). Mikäli käyntimäärät kasvavat koko maassa tämän verran laitospaikkojen vähentämisen myötä, on arvioitu lisäpanostus 20 M€. On kuitenkin mahdollista, että lisäpanostuksia ei tarvita, sillä henkilöstön tuottavuutta on mahdollista kasvattaa työnkuvia selkeyttämällä ja toisaalta uudet, digitaaliset palvelut vähentävät käyntimääriä per potilas.

Toimivien päihde- ja mielenterveyspalveluiden tulisi tuottaa säästöjä myös aikuissosiaalityössä, jonka kokonaiskustannus on n. 600 M€. Kun päihde- ja

mielenterveyspalveluiden asiakas kuntoutuu takaisin osaksi yhteiskuntaa, myös työllistämispalveluiden ja toimeentulotuen tarve pienenee. Näiden säästöjen suuruuden arviointi on kuitenkin haastavaa.

Johtopäätöksenä voidaan siis todeta, että säästöpotentiaali päihde- ja mielenterveyspalveluissa sekä niihin läheisesti liittyvissä aikuissosiaalipalveluissa on jopa 200-300 M€, mutta nykytiedon valossa tunnistettua säästöpotentiaalia, jonka mekanismi voidaan kuvata, on n. 100 M€ (kuva 16). Vaikuttavilla päihde- ja mielenterveyspalveluilla voidaan kuitenkin saavuttaa vielä suuremmat säästöt muissa yhteiskunnallisissa kustannuksissa (ks. kuva 15).

Kuva 16 Yhteenvedo päihde- ja mielenterveyspalveluiden mekanismeista ja niihin liittyvästä säästöpotentiaalista

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Hoidon/palvelun tarpeen arvio ja oikea-aikainen palvelu (parempi saatavuus)	Kontaktien määrä (kontaktit / väestö) lisääntyy 11 %-yksikköä	Avopalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden kokonaiskustannukset kasvavat	-20
Digitaaliset palvelut ja etäpalvelut	Kontaktit per resurssi pysyy samana (Yksikkökustannus)	Asumispalveluiden kokonaiskustannukset pysyvät samana	0
Tavoitteellisuus asumispalveluissa ja tuottajan kannustimissa → tavoitteena siirtymä kevyempään	Ei-ympäri vuorokautinen asumispalveluasiakkaiden tai -paikkojen määrä pysyy samana	Vuodeosastojen ja laitosten kokonaiskustannukset vähenevät	79-129
Rakenteen keventäminen: ovatko asiakkaat oikeassa paikassa suhteessa toimintakykyyn?	Tehostettu palveluasuminen asiakkaiden tai -paikkojen määrä pysyy samana ja mahdollisesti vähenee	Tunnistamaton potentiaali	100
Hoitoketjujen johtaminen ja eri toimijoiden tavoitteiden yhdenmukaistaminen	Laitoshoitajaksojen määrä vähenee	Yhteensä	159-209
Kustannusvaikuttavien interventioiden systemaattinen hyödyntäminen	Laitoshoitajaksojen kesto lyhenee		

On esitetty arvioita, että nykyiset päihde- ja mielenterveyspalvelut saavuttavat vain osan palveluiden tarpeesta olevista. Arvioiden mukaan päihdepalveluita saa noin kolmasosa vakavasta päihderiippuvuudesta kärsijöistä ja mielenterveyspalveluiden piirissä puolet niitä tarvitsevista. Mahdollisia syitä tälle ovat palveluiden huono saatavuus sekä palveluiden käyttöön liittyvä stigma. Yllä esitetyt säästöpotentiaalilaskelmat osoittavat, että nykyiset asiakkaat olisi mahdollista palvella pienemmällä panostuksella kuin nykyään. Eksoten esimerkki osoittaa myös, että muuttamalla toimintamalleja asiakasmääriä on mahdollista jonkin verran kasvattaa ja asiakastyytyväisyyttä parantaa samalla, kun kustannuksia vähennetään. On kokonaan toinen kysymys, tulisiko tällä tavoin säästyneet rahat säästää, vai kohdentaa niille, jotka tällä hetkellä ovat palvelujärjestelmän ulkopuolella. Tällä todennäköisesti olisi merkittäviä säästövaikutuksia, mutta ensisijaisesti muissa yhteiskunnallisissa kustannuksissa.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G. ym. Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int J Environ Res Public Health* 2014, 11, 8456–74

Barbosa C ym. 2015. The Cost-effectiveness of Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Emergency and Outpatient Medical Settings. *J Substance Abuse Treatment* 53;1-8. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547215000173>

Centre for Mental Health 2015. Investing in children's mental health. A review of evidence in the costs and benefits of increased service provision. <https://www.centreformentalhealth.org.uk/investing-in-children-report>

Huotari K ym. 2015. Kustannussäästöjä asumisratkaisuja keventämällä? Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisujen kustannus selvitys. Ympäristöministeriön raportteja 20/2015. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/155102>

Hyppönen H, Hyry J, Valta K, Ahlgren S. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi - Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 33/2014.

Jääskeläinen M, 2012. Päihdehaittakustannusten laskennan menetelmät. THL 5/2012. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90813/URN_ISBN_978-952-245-742-4.pdf?sequence=1

Knapp M, McDaid D, Parsonage M, (eds.), 2011. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Dept. of Health, London. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215626/dh_126386.pdf

Mirola T, Nurkka N, Laasonen K. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin asiakastytyväisyystutkimus: mielenterveys- ja päihdepalvelut. Saimaan ammattikorkeakoulun julkaisuja, Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 34, 2013.

Mäkelä P, Pajjärvi T, 2015. Alkoholiongelmät ja työmarkkinoilla pysyminen: varhaista puuttumista tarvitaan. THL, Tutkimuksia tiiviisti, syyskuu 2015. <http://www.julkari.fi/handle/10024/126945>

OECD 2014. Fit Mind, Fit Hob: From evidence to practice in mental health and work, OECD Publishing. DOI:10.1787/9789264228283-en

Pirkola, S.; Sund, R.; Sailas, E.; Wahlbeck, K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *Lancet* **2009**, 373, 147–153.

Pirkola, S.; Sohlman, B.; Heilä, H.; Wahlbeck, K. Reduction in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. *Psychiatr. Serv.* **2007**, 58, 221–226.

STM, Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016 <http://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e>

Westman, J.; Gissler, M.; Wahlbeck, K. Successful deinstitutionalization of mental health care; Increase life expectancy among people with mental disorders in Finland. *Eur. J. Public Health* **2012**, 22, 604–606.

Westman, J.; Gissler, M.; Laursen, T.M. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *Br. J. Psychiatr.* **2011**, 199, 453–458.

11. SÄÄSTÖJEN REALISOINTI

Todellisuudessa parhaiden käytäntöjen käyttöönotto ja leviäminen edellyttävät useita samanaikaisia kehittämistoimenpiteitä:

- Rahoitusjärjestelmän tuki kokonaisepisodioiden hoitamiseen kustannusvaikuttavasti
- Jatkuvan ympärivuorokautisen palvelutarpeen ennaltaehkäisy
- Päivystys- ja toimenpideluonteisen toiminnan osaamisen kokoaminen ja työnjako
- Monista eri palveluista koostuvien episodien hoidon integrointi
- Digitalisaation tuomat mahdollisuudet
- Dynamiikka palvelutuotannon ohjauksessa → potilasvirrat hakeutuvat tai ohjataan kustannusvaikuttavimpiin palveluntuottajiin
- Kärkihankkeisiin liittyvät kehittämistoimenpiteet

Keskeisin vaikutus toiminnan kehittymiseen on rahoitusmallilla. Kokonaiskustannukset määräytyvät julkisissa SOTE-palveluissa sen mukaan, kuinka paljon resursseja on käytettävissä. Kun resursseja lisätään, lisääntyy palvelutuotanto, mutta suhteellinen kustannusvaikuttavuus vähenee koko ajan. Tämän vuoksi tarvitaan tiukempaa talousohjausta ja sen määrittämistä, mitä palveluita julkisesti tarjotaan ja ennen kaikkea, mitä palveluita ei tarjota. Käytettävissä olevalle rahamäärälle on asetettava sitova katto ja järjestäjien on tällä resurssilla kohdennettava palvelutarjoama mahdollisimman kustannusvaikuttavasti.

Palvelut tulee segmentoida asiakaslähtöisesti asiakkaan palvelutarpeesta lähtien. Karkealla tasolla asiakkaat ovat sote-palveluiden suhteen joko satunnaisia asiakkaita tai pitkäaikaisasiakkaita. Hienojakoisemmin satunnainen tarve voidaan jakaa kertaluontoisiin palvelutarpeisiin (käynnit, pientoimenpiteet) ja pidempikestoisiin palveluepisodeihin. Pitkäaikaisasiakkaiden osalta on syytä erottaa pärjääjäasiakkaat, joiden palvelutarve on vähäisempi ja huolenpitoasiakkaat, joiden palvelutarve on monipuolista ja tarvitaan case-managereita. Asiakassegmenttikohtainen ohjaus yhdessä tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen ja toimintamallien kanssa mahdollistaa resurssien ja kustannusten hallinnan ja kohdentamisen vaikuttaviin palveluihin. Kustannuksia on mitattava tulevaisuudessa ennen kaikkea asiakas- ja episoditasolla ja keskitettävä huomio paljon palveluita käyttäviin. Oulussa tehdyn tutkimuksen (Leskelä ym. 2013) mukaan 3 % väestöstä käyttää vuosittain n. 55 % resursseista kustannuksilla mitattuna, ja näiden asiakkaiden kustannukset ovat yli 15 000 € / vuosi / asiakas.

Toimijoiden saamiin korvauksiin/sanktioihin on liitettävä asiakkaan palvelutarpeesta tai terveysongelmasta aiheutuvat kokonaiskustannukset, kuten sairauspoissaolo- ja työkyvyttömyys sekä esimerkiksi jonottamisesta aiheutuvat muut kustannukset. Palvelutarpeeseen tai terveysongelmaan pohjautuva episodipohjainen ansainta ohjaa järjestäjiä ja tuottajia kustannusvaikuttavien palveluiden ja hoitomenetelmien valintaan ja toteuttamiseen. Päivystykselliset palvelut voidaan hoitaa kapitaatiopohjaisesti. Toisaalta asiakkaiden omavastuuosuuksien nostaminen palveluissa rajaa palveluiden turhaa käyttöä.

Huomattavin säästöpotentiaali liittyy ympärivuorokautisen palvelutarpeen ehkäisemiseen ja toisaalta kevyempien avomuotoisten palveluiden kehittämiseen. Tämä koskee esimerkiksi lasten hyvinvointipalveluita, vammaispalveluita tai vanhusten palveluita. Järjestäjien on tehtävä tavoitteelliset suunnitelmat vuoteen 2029 palvelurakenteen kehittämiseksi kustannusvaikuttavammaksi, joita valvotaan ja tarvittaessa puututaan valtion ohjauksen keinoin. Esimerkiksi: millä toimenpiteillä ja missä aikataulussa alueen lasten hyvinvoinnin perustason palveluita kehitetään siten, että kodin ulkopuolisissa sijoituksissa päästään 0,5 %

tasoon vastaavan ikäisistä ja että palvelurakenne on perhekotipainotteinen. Tämä on kuvattava vuositasen tavoitteellisena kehityspolkuna. Toteutunut palvelurakennetieto kertyy jo nyt hyvin kattavasti kansallisiin rekistereihin ja tavoitteita voidaan verrata toteumiin.

Informaatio-ohjauksen keinoin tulee kiinnittää erityistä huomiota palveluiden alueellisen esiintyvyyden eroihin. Kansallisessa ohjauksessa seurataan järjestäjittäin keskeisimpien palveluiden ja hoitojen esiintyvyyttä ja järjestäjät valvovat alueellaan tuottajittain palveluiden käyttöä per terveysongelma tai asiakasryhmä. Kustannusten ja resurssien riittävyys voidaan varmistaa vain, jos palveluntuottajat eivät tuota palveluita, joiden vaikuttavuus on vähäinen. Palveluvalikoimaa tulee pystyä rajaamaan ja tuottajien toimintaa ohjata julkisesti järjestetyissä palveluissa.

Digitalisaatiolla on suuri potentiaali avomuotoisten palveluiden kustannusvaikuttavuuden lisäämisessä. Digitalisaatiossa tulee kiinnittää huomiota ennen kaikkea siihen, että uudet ratkaisut ovat otettavissa käyttöön mahdollisimman laajasti kansallisesti. Toisaalta digitaalisten palveluiden on korvattava vanhoja toimintatapoja ja käyttöönoton yhteydessä on konkreettisesti vähennettävä resursseja, ettei niiden seurauksena synny lisäpalveluita. Valtio voi tukea digitalisaation leviämistä esimerkiksi rahallisesti, kunhan hankkeet ovat riittävän laajoja.

Potilaille on tarjottava tuottajittain vaikuttavuus-, laatu ja todellista kustannustietoa valinnan perusteeksi ainakin volyymiltaan suurimmista palveluista. Lähes samaa tietoa voidaan käyttää järjestäjien ja tuottajien välillä, jotta järjestäjä voi varmistaa, että alueen markkinat toimivat mahdollisimman terveesti. Nykyisin on jo saatavissa paljon laatu- ja kustannustietoa ja rekistereistä saadaan karkeaa vaikuttavuustietoa. Mittareita on otettava käyttöön ja alettava raportoida, jotta mittaaminen ja mittaristo kehittyvät.

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

tietokayttoon.fi

ISSN 2342-6799 (pdf)
ISBN 978-952-287-295-1 (pdf)



LIITE 1: Analyysi SOTE-palveluiden kehittämispotentiaalista

Johdanto

- Tämä dokumentti on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis- ja säästöpotentiaalia arvioivan selvitystyön liitemateriaalia
 - Raporttiin on koottu keskeisiä analyysieja SOTE-sektorin mahdollisuuksista hillitä kustannusten kasvua
- Dokumentissa on esitetty alustavat laskelmat koko soten potentiaalista ja potentiaalin taustalla olevista mekanismeista
 - Laskelmat on tehty perustuen tunnistettuihin parhaisiin käytäntöihin sekä erilaisten tutkittujen interventioiden vaikutuksiin.
 - Tässä raportissa ei ole otettu kantaa, johtaako sote-uudistus näiden potentiaalien realisoitumiseen, eikä siihen, onko joku osa muiden ohjausmekanismien, kuten kärkihankkeiden aikaansaannosta
 - Ainoastaan päivystystä ja kirurgiaa koskeissa analyyseissä on otettu ohjaavana reunaehtona esitys 12 täyden palvelun sairaalasta
- Todellisuudessa parhaiden käytäntöjen käyttöönotto ja leviäminen edellyttävät useita samanaikaisia kehittämistoimenpiteitä, eikä yksi yksittäinen toimenpide tuo hyötyä, mikäli järjestelmää ei kehitetä kokonaisvaltaisesti:
 - Kokonaiskustannusten hillintä rahoituksen ohjauksen keinoin
 - Rahoitusjärjestelmän tuki kokonaisepisodien hoitamiseen kustannusvaikuttavasti
 - Toimenpideluonteisen toiminnan osaamisen kokoaminen ja työnjako
 - Monista eri palveluista koostuvien episodien hoidon integrointi
 - Dynamiikka palvelutuotannon ohjauksessa → potilasvirrat hakeutuvat tai ohjataan kustannusvaikuttavimpiin palveluntuottajiin
 - Digitalisaation tuomat mahdollisuudet
 - Kärkihankkeisiin liittyvät kehittämistoimenpiteet

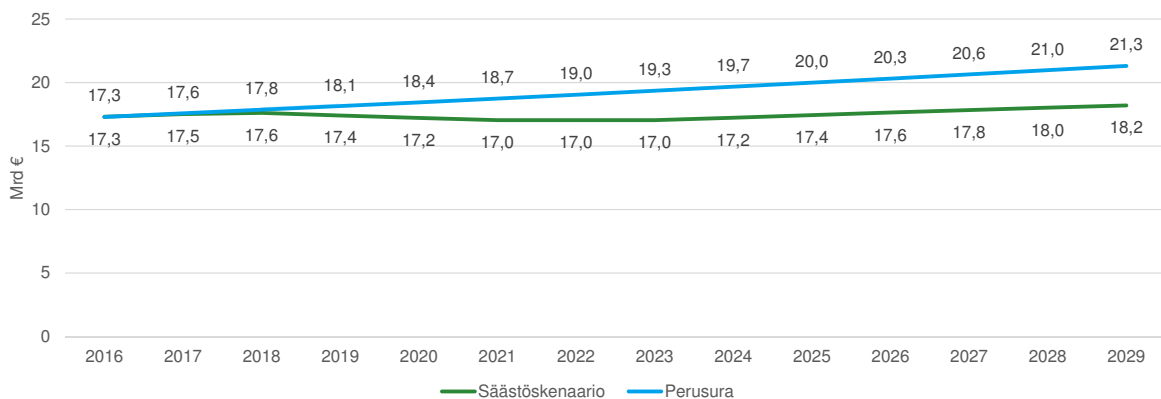
Yhteenveto analysoiduista säästömekanismeista

Säästöpotentiaali suhteessa perusuran mukaiseen kasvuun vuonna 2029

Osa-alue	Säästöpotentiaali palvelutuotannossa	Säästöjen kohdentuminen
Terveyspalvelut	1730 M€	Päivystyksellinen toiminta, nettovaikutus 246-250M€ Synnytykset ja yökirurgia 20 M€ Konservatiivinen, elekttiivinen toiminta 364 M€ Leikkaustoiminta 420 M€ Perusterveydenhuollon avohoito 530 M€ Suun terveydenhuolto 150 M€
Vanhuspalvelut	690 M€	Laitoshoivan ja tehostetun palveluasumisen vähentäminen lisäämällä "kotihoivaa" 500 M€ (nettovaikutus) Kotihoidon tuottavuuden kasvattaminen 147 M€ Terveyskeskuksen akuuttivuodeosastohoito 42 M€
Vammaispalvelut	210 M€	Laitoshoidon korvaaminen kevyemmällä palvelulla 70 M€ Muun asumisrakenteen kehittäminen 140 M€
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	410 M€	Kodin ulkopuoliset sijoitukset lisäämällä avohuollon palveluita 360 M€ (nettosäästö) Lasten- ja nuortenpsykiatrian vuodeosastohoito 50 M€
Päihde- ja mielenterveyspalvelut	100 - 200 M€	Vuodeosastohoidon kustannukset vähenevät 129 M€, avopalvelut kasvavat 20 M€. Lisäksi potentiaalia, jonka mekanismeja ei ole tunnistettu n. 100 M€

3

Säästöjen jaksottuminen

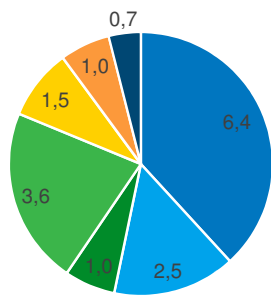


- Säästöskenaariossa on otettu huomioon, että säästöjen aikaansaaminen edellyttää investointeja 2017-2021
 - Säästöpotentiaali realisoituu n. vuonna 2025-2029 täysimääräisesti
- Osa muutoksista voidaan tehdä nopeallakin aikataululla, josta saadaan investointivaraa
 - Esim. avopalveluiden tehostaminen

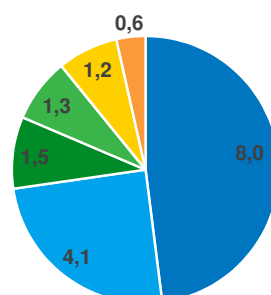
4

Säästömekanismien analysoinnissa on nykyisiä osa-alueita yhdistetty mielekkäämmiksi kokonaisuuksiksi

Nykyinen jaottelu nettokustannuksista 16,7 mrd €



Säästömekanismeissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €



- ESH
- PTH avopalvelut
- PTH vuodeosastot
- Vammaiset
- Muu sote
- Vanhukset
- Lapset ja perheet

- Terveyspalvelut
- Vammaiset
- Päihde- ja mielenterveys
- Vanhukset
- Lapset ja perheet
- Muu sote

■ Keskeiset muutokset

- Terveyspalvelut = somaattinen esh + PTH avopalvelut (ei päihde) + PTH vuodeosastojen akuutti
- Vanhukset = vanhukset + PTH vuodeosastojen pitkäaikaishoito yli 75 v
- Lapset ja perheet = Lapset ja perheet + lasten- ja nuorisopsykiatria
- Päihde- ja mielenterveys = päihdepalvelut + psykiatrinen hoito

Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta, Kuusikko-kunnat: vanhuspalvelutyöryhmä, vammaispalvelutyöryhmä

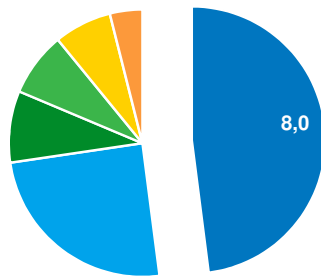
5

Sisältö

- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

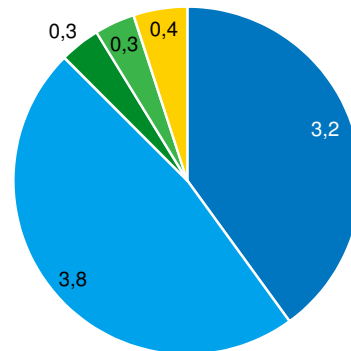
Terveyspalveluiden analyysi

SOTE-nettokustannukset 16,7 mrd €



- Terveyspalvelut
- Vanhukset
- Vammaiset
- Lapset ja perheet
- Päihde- ja mielenterveys
- Muu sote

Terveyspalveluiden kustannukset 8,0 mrd €



- Operatiivinen
- Konservatiivinen
- Päivystyspkl
- Synnytystoiminta
- Hammashuolto

- Terveyspalveluiden osalta pth avopalvelut ja vuodeosastot on jaettu diagnoosien perusteella operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan alle
- Päivystyspoliklinikat on erotettu omakseen
- Synnytystoiminta sisältää äitiyspoliklinikan ohella synnyttäneiden vuode-osaston ja keskosten teho- ja vuodeosastohoidon

Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

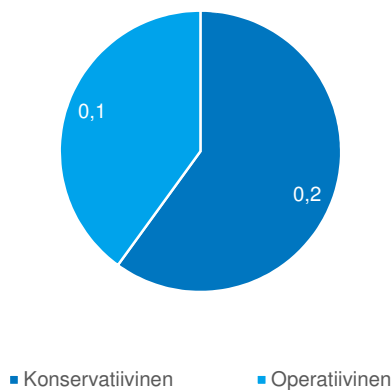
7

Sisältö

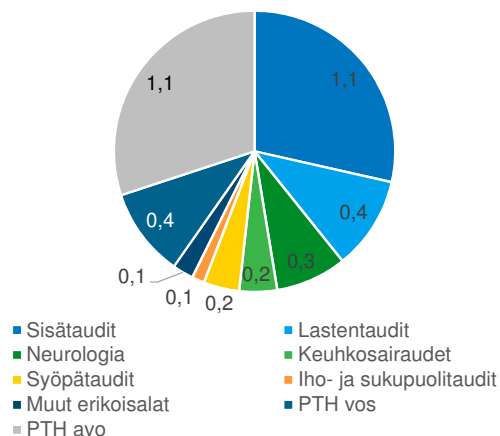
- 1 **Terveyspalveluiden säästömekanismit**
 - Päivystyksellinen, konservatiivinen toiminta ja synnytykset
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Päivystyksen ja konservatiivisen toiminnan analyysi

Päivystyspoliklinikoiden kustannukset 0,3 mrd €



Konservatiivisen toiminnan kustannukset 3,8 mrd €



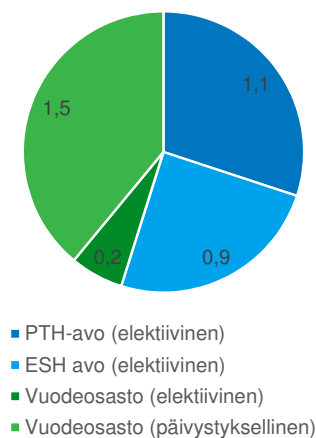
- Konservatiivisesta toiminnasta vuodeosastotoiminnasta enemmistö on päivystyksestä alkanutta, akuutti- ja vuodeosastotoimintaa
 - Siksi säästömekanismeja arvioitaessa on hyvä liittää näiden kahden osa-alueen analyysi samaan yhteyteen
 - Konservatiivisen yhteyteen on myös liitetty perusterveydenhuollon se osuus kustannuksista, mikä liittyy konservatiiviseen hoitoon. Nykyisellä jaottelulla kustannuksista n. 2,2 mrd € erikoissairaanhoidossa ja 1,5 mrd € perusterveydenhuollossa

Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

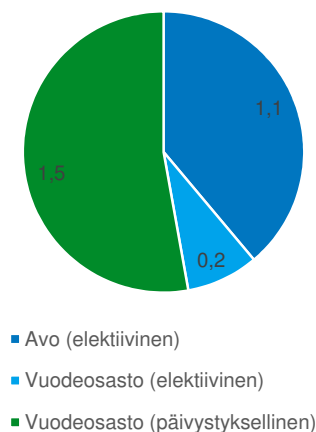
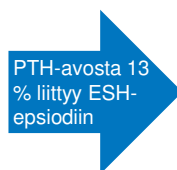
9

Konservatiivinen toiminta jakautuu elektiiviseen ja akuuttiin. Akuutti analysoidaan osana päivystystä, elektiivinen yhdessä PTH-vastaanottojen kanssa.

Konservatiivisen toiminnan kustannukset 3,7 mrd €



Konservatiivisen, erikoissairaanhoidon liittyvän toiminnan kustannukset 2,8 mrd €

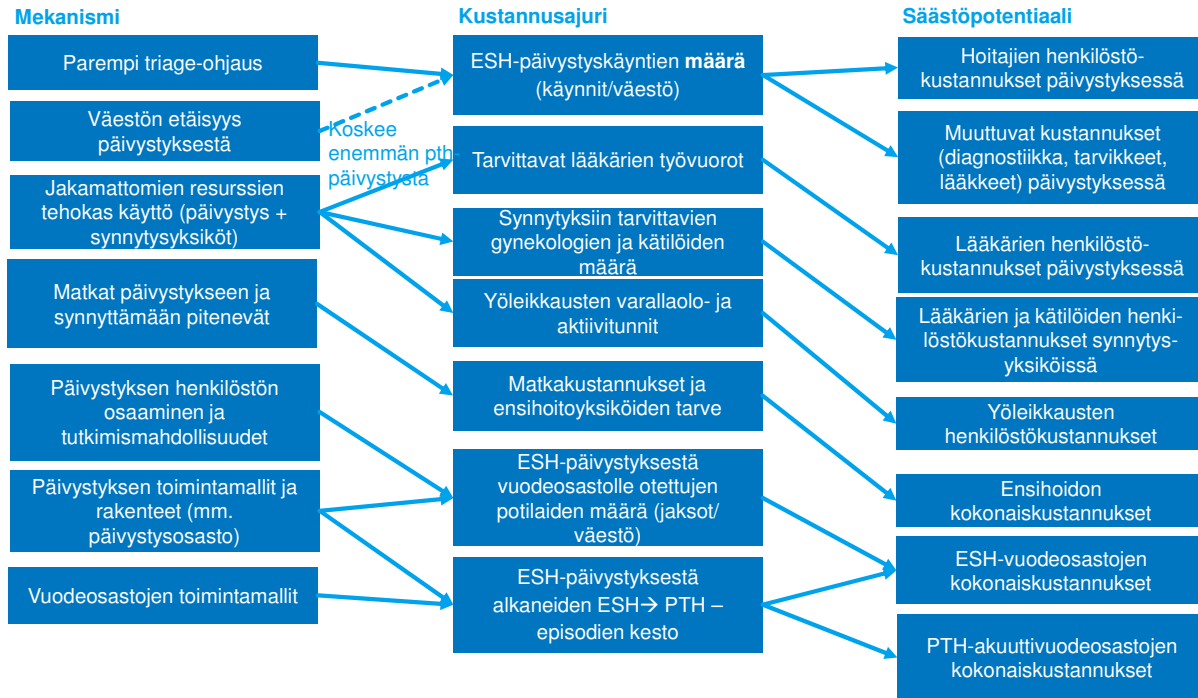


- Konservatiivinen, elektiivinen toiminta on pitkälti avopalveluita
 - PTH-vuodeosaston oletetaan olevan akuuttihoitoa, PTH-avopalvelut puolestaan elektiivistä.
- PTH-avopalveluista tässä kokonaisuudessa huomioidaan vain ESH-episodeihin liittyvä osuus (n. 13 % = 146 M€)
 - Muu PTH-avopalvelu on käsitelty erillisessä analyysissä myöhemmin

Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

10

Kuvaus päivystyksen, synnytysten ja päivystyksellisen konservatiivisen toiminnan säästöpotentiaalin laskennasta



Päivystyksen skaalautumisen vaikutukset kustannuksiin

- Päivystyksen koon vaikutuksella ei ole tutkimuksissa löydetty merkittäviä skaalaetuja kustannuksiin
 - Banezai 2005: Tutkimuksessa kalifornialaisista päivystyspisteistä ei löydetty merkittäviä skaalaetuja. Tutkimuksessa tarkasteltiin lähes 300 trauma- ja ei-trauma-sairaalaan vuosina 1990-1998. Käyntikohtaisissa kustannuksissa ei ollut eroja. Sairaaloitten koot vaihtelivat 7000 ja 65000 vuosittaisen käynnin välillä
 - Banezai 2006: Aikaisemman tutkimuksen päivitys ja keskittyminen marginaalikustannuksiin. Ei merkittävää skaalaetuja.
- Päivystyksen koolla on havaittu merkitystä laadun kannalta
 - Esim. Nathens ym. 2001 JAMA, Brar ym. 2011, Schull ym. 2006, Shin ym. 2011
- Etenkin Iso-Britanniassa suuri määrä suosituksia päivystyspisteen koosta ja liittyvistä palveluista/erikoisaloista
 - Iso osa suosituksista ei perustu tutkimukselle
 - Väestöpohjan kooksi haarakoitunut 250 000 – 300 000 ihmistä perustuen eri sairauksien/tapaturmien insidenssiin, muodostunut de facto -standardiksi
 - Useat tutkimukset/suosituksot painottavat etenkin kokeneen lääkäriresurssin (consultant) saatavuuden merkitystä
 - vaikutus kuolleisuuteen sekä vertailuissa viikonpäivä vs. viikonloppu että eri sairaalakokojen osalta
 - Suositukset liittämissä palveluista: 7 keskeistä, tehohoito, akuuttilääketiede, yleiskirurgia, lastentaudit, ortopedia, laboratorioripalvelut, kuvantaminen
- Voimakas palveluiden keskittäminen vaatii lisää ensihoidon palveluita
 - Etäisyyden vaikutus kuolleisuuteen (Nicholl 2007): Selviytyminen heikkeni noin 1 prosenttiyksikön per 10 kilometriä. Hengitysvaikeuksien osalta kuolleisuuden kasvamisen merkitys oli suurinta. Tutkimuksessa ei otettu huomioon sydänkohtauksia.
- Käytännön kokemukset yhdistämisestä: hyödyt usein laadullisia
 - Simpson 2001: Kolmen päivystyksen yhdistäminen yhdeksi noin 470 000 asukkaan väestöpohjan alueella (noin 120 000 päivystyskäyntiä). Yhdistäminen johti parempaan lääkäriresurssin saatavuuteen, pienesi odotusaika kevyillä potilailla, ja parempi opetus ja tutkimus – toiminto; Kustannukset kuitenkin nousivat noin 5% alkuperäiseen asetelmaan verrattuna, yhdistäminen lisäsi myös ensihoidon töitä sekä raskaampien potilasryhmien osalta odotusaika nousi
- Etenkin yleislääketieteen kevyiden potilaiden kannalta etäisyyden vaikutus kysyntään huomattava
 - Jo noin 12 minuutin etäisyys (autolla) alkaa vaikuttamaan merkittävästi vähentävästi yleislääketieteen päivystyskäyttöön (JYV-hanke, julkaisematon)
- Teknologian hyödyntäminen nähty tärkeäksi kun järjestetään palveluita pienemmän väestötiheyden alueilla
 - Telemediisiina: Sopii etenkin pienvammoihin (Darkins et al 1996), hoitajien avustaminen ei-vakavasti loukkaantuneiden potilaiden hoidossa (Brennan et al 1998), lastentautilien konsultointi (Dharmac et al 2013), traumapotilaiden ensiarvioon (Latifi et al 2009) ja aivohalvauksipotilaiden hoitoon (Muller-Barna et al 2014).
- Tarve keskittämiselle perusteltu usein taloudelle ja työvoimalle, harvemmin saatavuudelle ja laadulle (Imison 2011)

Taustaoletukset päivystyksen laskelmille

12 erikoissairaanhoidon päivystystä

Päivystyspiste	Väestöpohja
HUS-alue + ½ Kanta-Hämeestä	1 678 096
Eksote+Carea	251 764
Etelä-Pohjanmaa+ Vaasa + 1/2 Kokkolasta	407 092
Keski-Suomi	251 178
Lappi+Länsi-pohja	181 748
Pirkanmaa + ½ Kanta-Hämeestä	612 122
Pohjois-Karjala	168 896
Pohjois-Pohjanmaa + Kainuu + 1/2 Kokkolasta	520 952
Pohjois-Savo + Etelä-Savo + Itä-Savo	396 331
Päijät-Häme + 1/2 Kouvola	252 957
Satshp	223 983
VSSHP	475 842

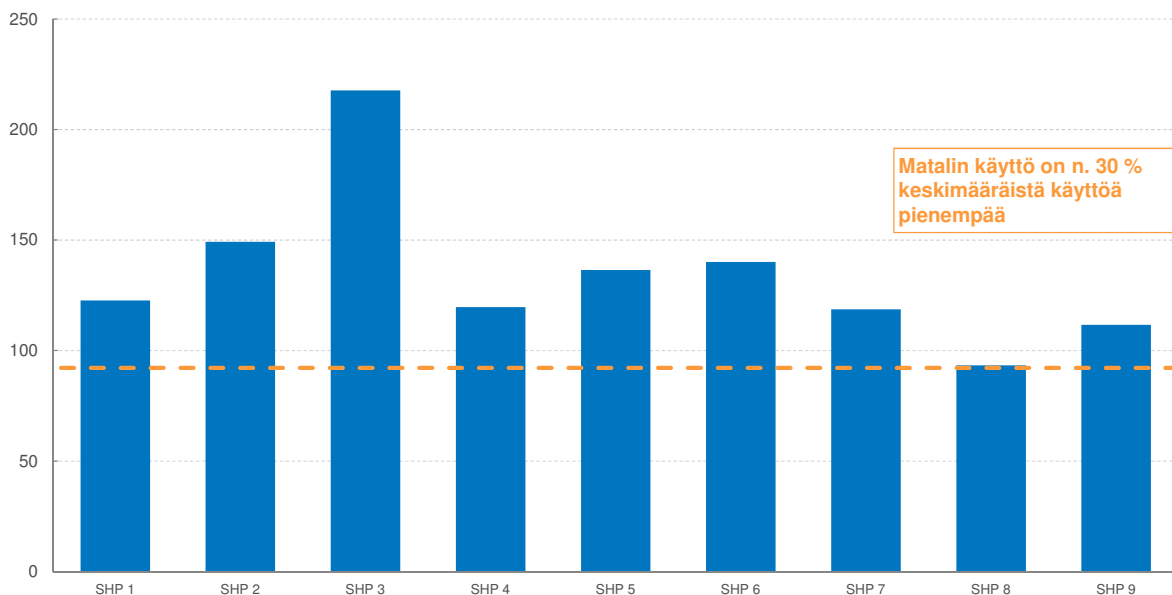
Laskelmissa tehdyt oletukset

- Laskelmissa oletetaan, että erikoissairaanhoidon päivystyksen kustannukset suhteessa väestöön ovat tällä hetkellä keskimäärin n. 60€/asukas (lähde: NHG Benchmarking), jolloin ESH-päivystyksen kokonaiskustannukset olisivat arviolta 324 M€.
- Lääkäreiden osuus ESH-päivystyksen kustannuksista on 22 % ja hoitajien 23 %. Diagnostiikan ja muiden muuttuvien kustannusten, kuten aineiden ja tarvikkeiden osuus on 36 % (lähde: NHG Benchmarking).
- Nykytilan käyntimääriin on laskettu kaikki THL:n sairaaloiden benchmarking –tietokannassa erikoissairaanhoidon päivystyskäynneiksi merkityt käynnit
 - Mukana siten myös aluesairaaloiden ja terveyskeskusten käynnit, ellei toisin mainita

13

ESH-päivystyksen käyttö suhteessa väestöön vaihtelee paljon

Yhteispäivystyksen erikoissairaanhoidon käynnit per 1000 asukasta, 2014



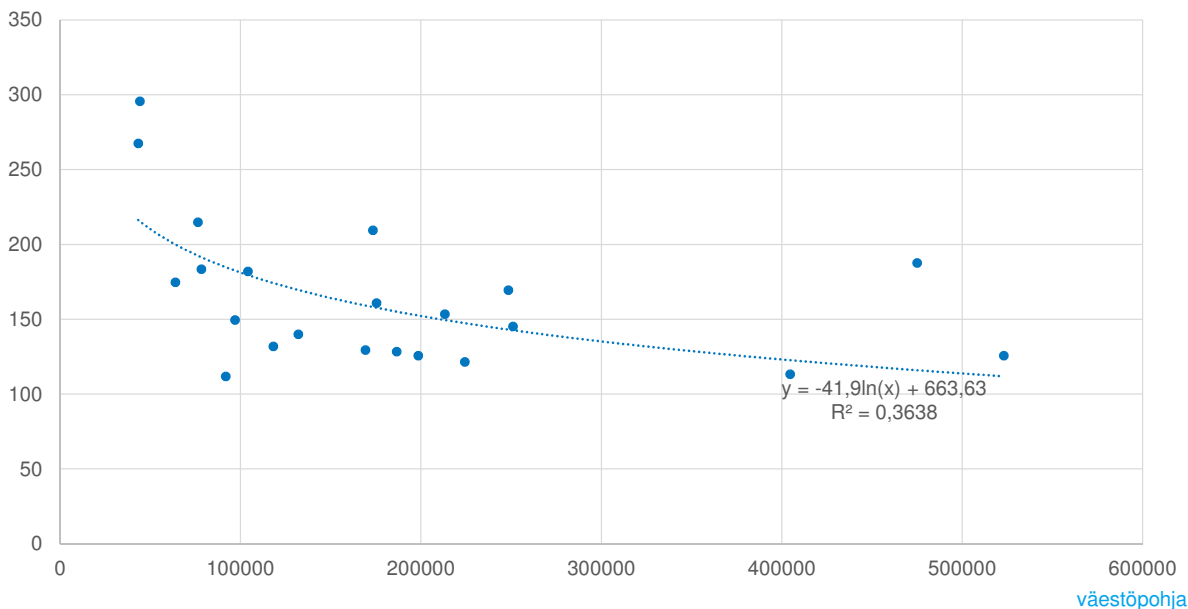
Mukana vain ne sairaanhoitopiirit, joiden alueilla ei ole muita erikoissairaanhoidon päivystyspisteitä kuin keskussairaalan yhteispäivystys
Lähde: NHG Benchmarking

14

Suurempi väestöpohja vähentää erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä suhteessa väestöön

12 sairaalan mallissa arvioitu käyntimäärän vähenemä on 14 % HYKS-alueen ulkopuolella

Erikoissairaanhoidon käynnit per 1000 asukasta



Analyyssissä on laskettu yhteen sairaanhoitopiiriin alueen kaikkien päivystyspisteiden käynnit, jotka merkitty erikoissairaanhoidoksi. Pohjois-Karjala on poistettu analyysistä.

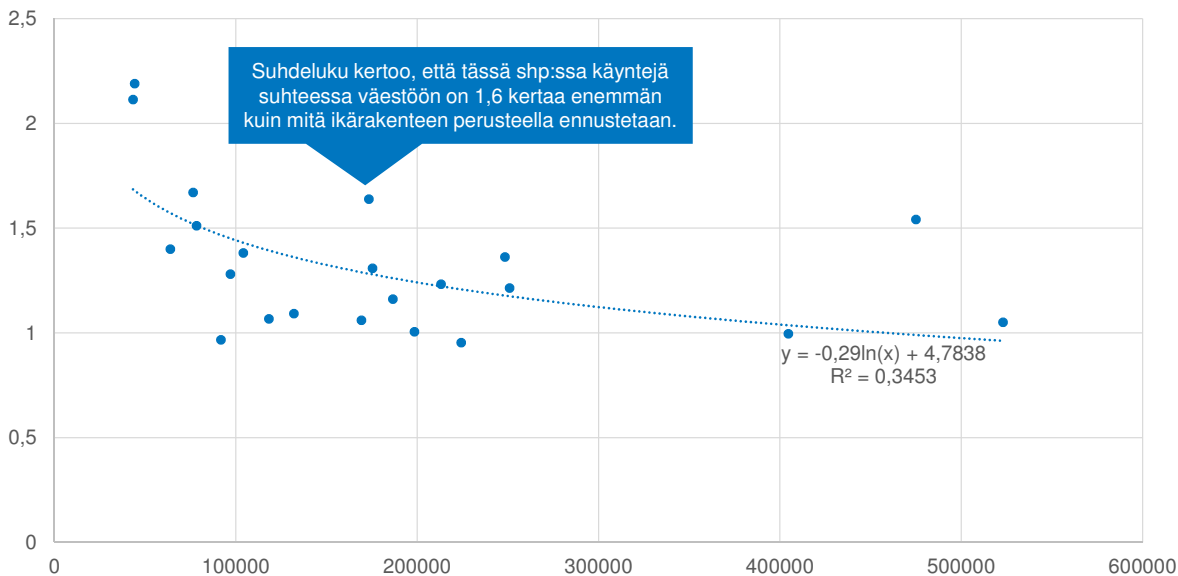
Lähde: THL Sairaaloiden tuottavuus

15

Ikävakioinnin jälkeenkin kuitenkin pienemmän väestöpohjan sairaaloissa ESH-päivystyskäyntejä on keskimäärin enemmän

12 sairaalan mallissa arvioitu käyntimäärän vähenemä on 13 % HYKS-alueen ulkopuolella

Erikoissairaanhoidon käynnit per 1000 asukasta suhteessa ikärakenteen perusteella ennustettuun käyntimäärään



Analyyssissä on laskettu yhteen sairaanhoitopiiriin alueen kaikkien päivystyspisteiden käynnit, jotka merkitty erikoissairaanhoidoksi. Pohjois-Karjala ja HYKS-alue on poistettu analyysistä.

Lähde: THL Sairaaloiden tuottavuus

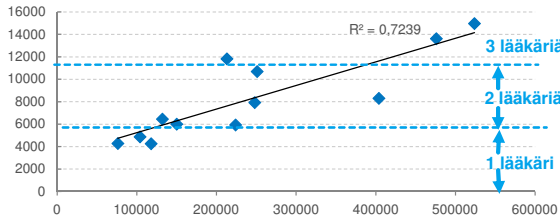
16

Päivystyskäyntien määrä vuorittain eri väestöpohjan päivystyksissä Suomessa sekä vuorokohtaisesti tarvittavien lääkäreiden laskennallinen määrä

Konservatiiviset* erikoisalalat

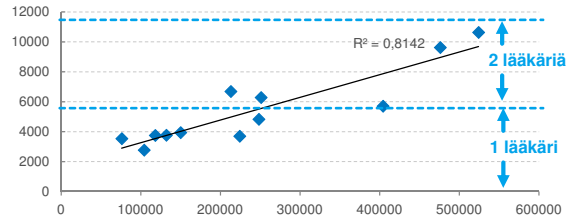
Päivä

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



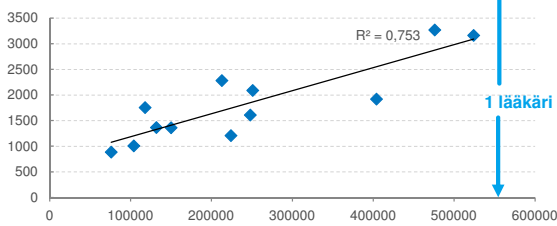
Ilta

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



Yö

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



- Laskelmat perustuvat oletukseen, että vuorossa oleva lääkäri pystyy hoitamaan 2 potilasta tunnissa → yhdessä vuorossa 16 potilasta, vuodessa 365 päivää
- Pienin tehokas väestöpohja konservatiiviselle päivystykselle on päivävuorossa n. 150 000, ilta-aikaan 250 000.**

Tämän tiedon perusteella voidaan laskea nykytilassa tarvittava minimimäärä lääkäreitä päivystyksissä sekä tuleva minimitarve 12 päivystysyksikössä

Lähde: NHG Benchmarking

*Allergologia, endokrinologia, fysiatria, gastroenterologia, geriatria, hematologia, iho- ja sukupuolitaudit, infektiosairaudet, kardiologia, keuhkotaudit, nefrologia, neurologia, reumatologia, sisätaudit, syöpätaudit

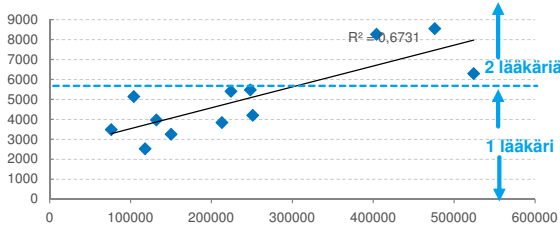
17

Päivystyskäyntien määrä vuorittain eri väestöpohjan päivystyksissä Suomessa sekä vuorokohtaisesti tarvittavien lääkäreiden laskennallinen määrä

Operatiiviset* erikoisalalat

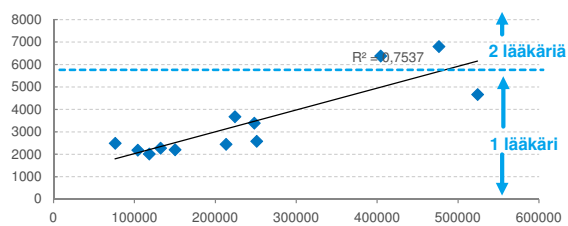
Päivä

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



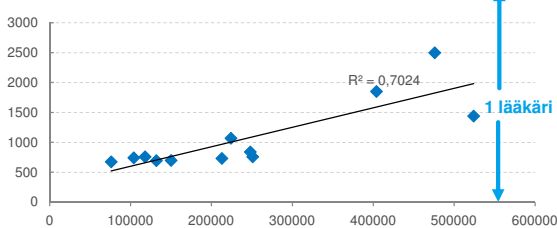
Ilta

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



Yö

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



- Laskelmat perustuvat oletukseen, että vuorossa oleva lääkäri pystyy hoitamaan 2 potilasta tunnissa → yhdessä vuorossa 16 potilasta, vuodessa 365 päivää
- Pienin tehokas väestöpohja operatiiviselle päivystykselle on päivävuorossa n. 250 000, ilta-aikaan 400 000.**

Tämän tiedon perusteella voidaan laskea nykytilassa tarvittava minimimäärä lääkäreitä päivystyksissä sekä tuleva minimitarve 12 päivystysyksikössä

Lähde: NHG Benchmarking

*kirurgia, KNK, käsikirurgia, naistentaudit, neurokirurgia, ortopedia, plastiikkakirurgia, silmätaudit, suu- ja leikasairaudet, sydän- ja rintaelinkirurgia, thorax- ja verisuonikirurgia, urologia, verisuonikirurgia, yleiskirurgia

18

Laskelma nykytilanteessa vähintään tarvittavista lääkärivuoroista sekä keskittämisen jälkeen tarvittavista vuoroista

Laskelma perustuu edellisen kahden dian tuloksiin

Laskennallinen vähimmäismäärä lääkärin vuoroja vuorokaudessa nykytilassa (pl. HUS)

Sairaala	Väestö	OPER	KONS	YHTEENSÄ
Etelä-Karjalan ks	131 764	3	3	6
Etelä-Pohjanmaan ks	198 242	3	4	7
Etelä-Savon ks	103 873	3	3	6
Itä-Savon ks	44 051	3	3	6
Kainuun ks	76 119	3	3	6
Kanta-Hämeen ks	175 350	3	4	7
Keski-Pohjanmaan ks	78 395	3	3	6
Keski-Suomen ks	251 178	3	4	7
Pohjois-Kymen sairaala	80 000	3	3	6
Kymenlaakson ks	80 000	3	3	6
Lapin ks	118 145	3	3	6
Länsi-Pohjan ks	63 603	3	3	6
Pirkanmaan ks	524 447	5	6	11
Pohjois-Karjalan ks	168 896	3	4	7
Pohjois-Pohjanmaan ks	405 635	4	5	9
Pohjois-Savon ks	248 407	3	4	7
Päijät-Hämeen ks	212 957	3	4	7
Satakunnan ks	223 983	3	4	7
Vaasan ks	169 652	3	4	7
Varsinais-Suomen ks	475 842	5	6	11

Laskennallinen vähimmäismäärä lääkärin vuoroja, jos esh-päivystys keskitetään 12 sairaalaan (pl. HUS)

Väestöalue	Väestö	OPER	KONS	YHTEENSÄ
Eksote+Carea	251764	3	4	7
Etelä-Pohjanmaa+ Vaasa + 1/2 Kokkolasta	407091,5	4	6	10
Keski-Suomi	251178	3	4	7
Lappi+Länsi-pohja	181748	3	4	7
Pirkanmaa + 1/2 Kanta-Hämeestä	612122	5	7	12
Pohjois-Karjala	168896	3	4	7
Pohjois-Pohjanmaa + Kainuu + 1/2 Kokkolasta	520951,5	5	6	11
Pohjois-Savo + Etelä-Savo + Itä-Savo	396331	4	5	9
Päijät-Häme + 1/2 Kouvolaa	252957	3	4	7
Satshp	223983	3	4	7
VSSHP	475842	4	6	10

Nykytilassa tarvitaan vähintään 141 lääkärin työvuoroa vuorokaudessa, kun 12 sairaalan mallissa vain 94 (vähennystä n. 30 %)

19

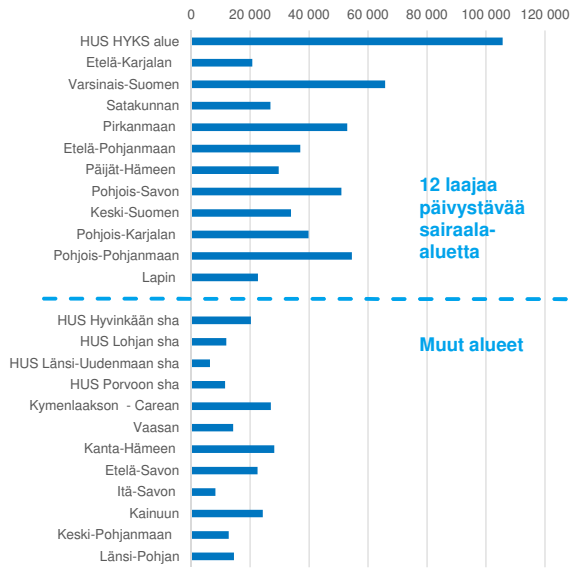
Oletukset ensihoidon kustannusten laskennassa 12 sairaalan mallissa

- Päivystysien keskittyminen 12 nykyiseen päivystykseen vaikuttaa myös ensihoidon käyttöön
 - Oletuksena että nykyisen kaltaista päivystystä oleellisesti vähennetään 12 keskitetyn päivystyksen ulkopuolelle jäävissä päivystysyksiköissä
- 12 keskitettyä päivystysyksikköä sijaitsevat Helsingissä, Tampereella, Turussa, Lappeenrannassa, Porissa, Lahdessa, Seinäjoella, Kuopiossa, Jyväskylässä, Joensuussa, Oulussa ja Rovaniemellä
- Tässä oletuksena että näiden alueiden tehtävämäärät säilyvät nykyisenlaisina ja 12 ulkopuolelle jäävien tehtävät jakautuvat näille alueille
- Lisääntyneet kustannukset muodostuvat pidemmistä matkoista (edestakaisin) ja tästä aiheutuvasta valmiusajan lisätarpeesta
 - Polttoainekustannuksista ja muusta lisäkilometreihin liittyvistä kustannuksista (kilometrikorvauksella arvioiden) tulee noin 150 000 – 250 000 euron lisäkustannus
- Hätäkeskuksen kautta soitettujen kiireettömien siirtokuljetusten osuus sisältyy lukuihin
 - Tämä on noin 1-13% tehtävämäärästä riippuen alueen kiireettömien siirtokuljetusten tilaamiskäytännöistä (NHG BM)
- Kauempaa tulevat potilaat jäävät yleensä pidemmäksi aikaa päivystykseen ja näin nostavat kustannuksia
 - Tätä ei ole kuitenkaan huomioitu laskelmassa
- X-5 ja X-8 –tehtävien määrä on noin 27% ja näistä palaa päivystykseen 48 tunnin sisällä noin 10% eli päivystyksen ´näkökulmasta onnistuneiden X-5 ja X-8 –tehtävien määrä on noin 25% kaikista tehtävistä mutta esimerkiksi Eksote päivystys olohuoneessa mallissa kohteessa hoidettujen tehtävien osuus on huomattavasti suurempi (NHG BM)
 - Laskelmissa on oletuksena, että pidempi matka ohjaa käyttämään kohteessa hoitamisen osuutta mahdollisimman laajasti
- Noin 40-50% tehtävistä suuntautuu päivystykseen (NHG BM)
- Palvelutason heikentyminen johtuen pitkästä kuljetuksesta vaikka kohteeseen saapumisen aika merkittävästi muuttuisikaan
 - Pitkä kuljetus heikentää tietyissä tapauksissa potilaan selviytymistä (Nicholl et al 2007), vaikka vastakkaisiakin tuloksia on esitelty (Newgard et al 2010)

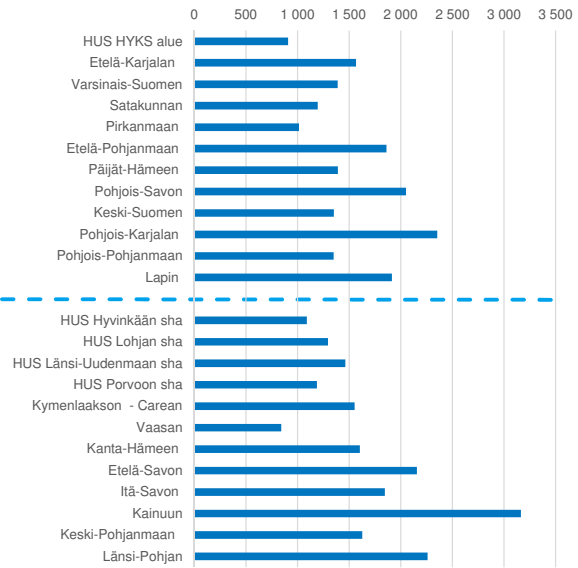
20

Tehtävämäärät alueittain 2013

Tehtävät alueittain (raakamäärä)



Tehtävät alueittain (per 10 000 asukasta)

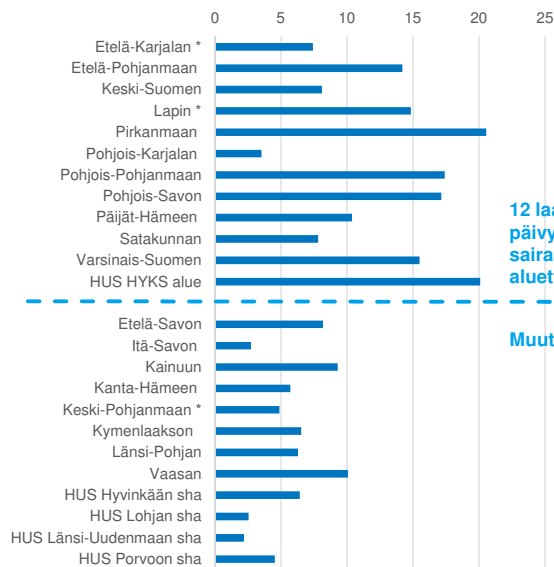


Lähde: Selvitys sairaanhoitopiiriin ensihoidosta, Kuntaliitto (2014)

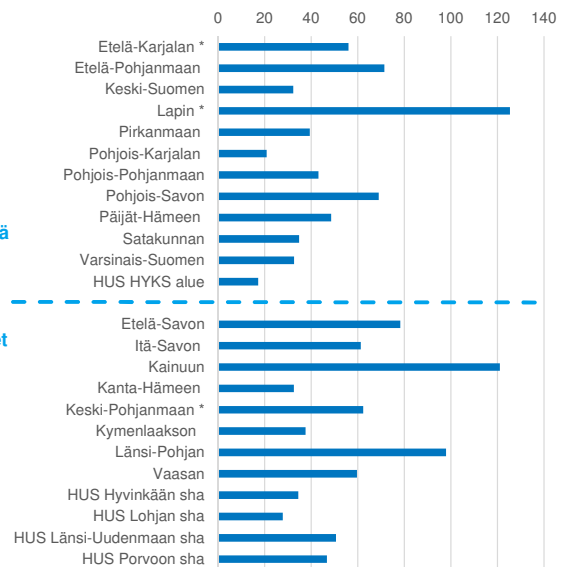
21

Kustannukset alueittain 2013

Bruttokustannukset (MEUR, TA2014)



Bruttokustannukset per asukas (EUR, TA2014)



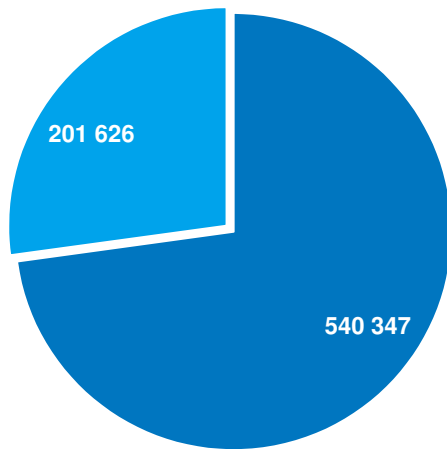
Lähde: Selvitys sairaanhoitopiiriin ensihoidosta, Kuntaliitto (2014)

22

Ensihoidon tehtävät ja kustannukset yhteensä

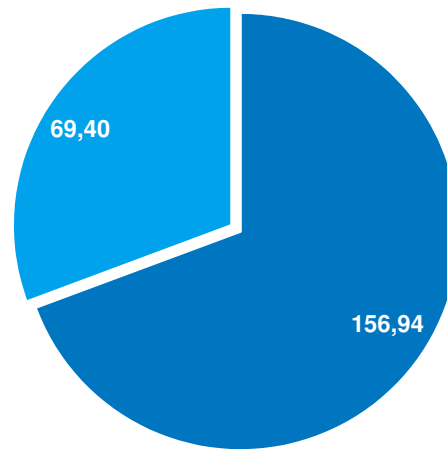
Päivystyspisteiden keskittäminen aiheuttaa muiden alueiden ensihoidon tehtävien uudelleen järjestämisen

Ensihoidon tehtävät (2013)



■ 12 päivystysaluetta ■ Muut alueet

Ensihoidon bruttokustannukset (MEUR, TA2014)



■ 12 päivystysaluetta ■ muut alueet

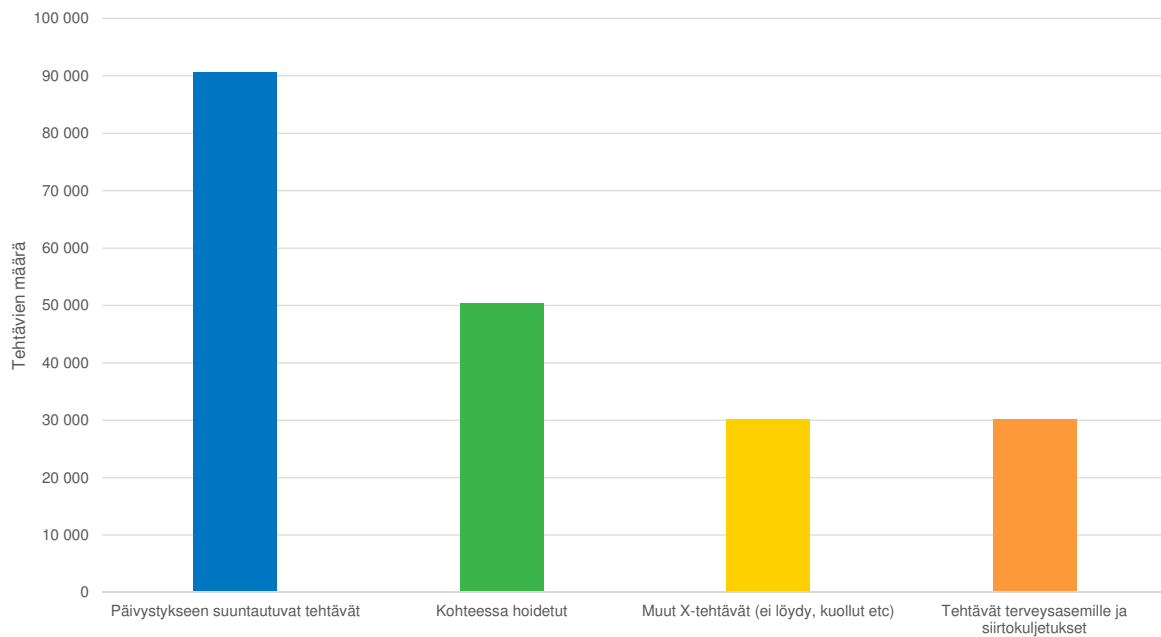
Reilu 200 000 tehtävää, joiden järjestäminen nykyisellään maksaa noin 70 MEUR

Lähde: Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta, Kuntaliitto (2014)

23

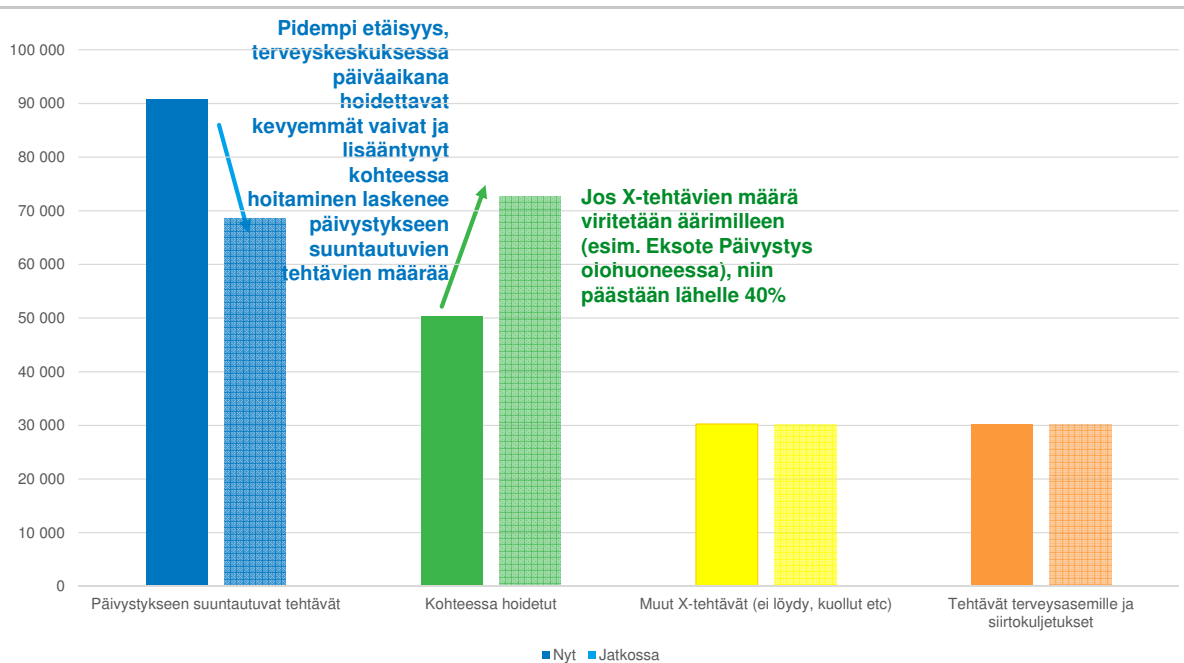
Mihin nämä 200 tuhatta tehtävää suuntautuvat nyt?

Perustuen alkusivulla esitettyihin oletuksiin



24

Miten voitaisiin hoitaa jatkossa?



25

Päivystykseen suuntautuviin tehtäviin kuluu jatkossa enemmän kuljetus- ja paluuaikaa

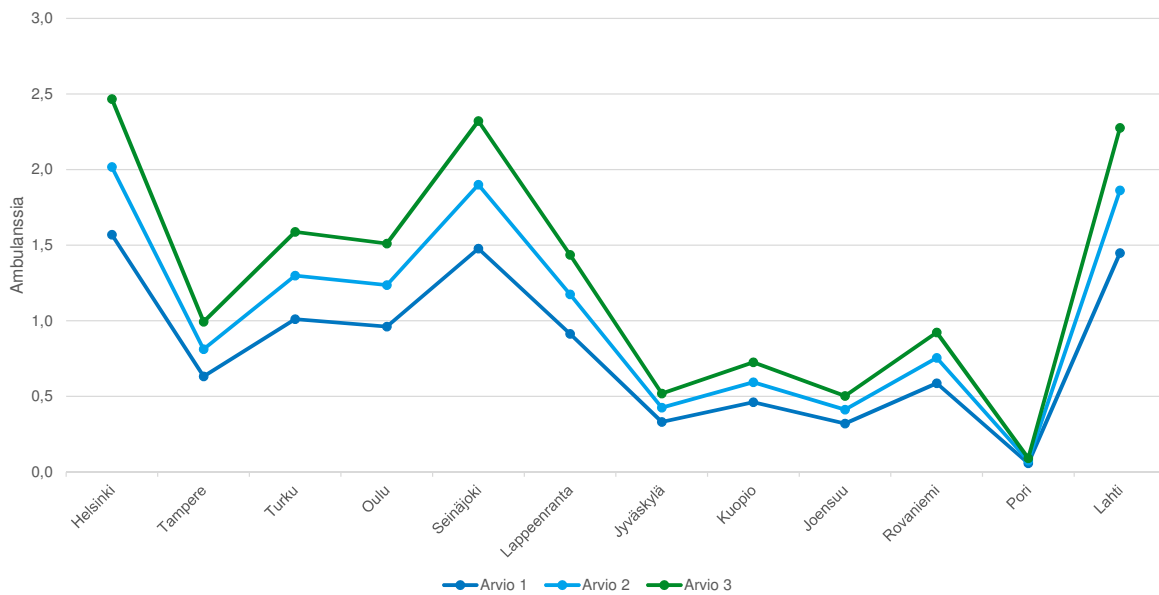
Päivystysalue	Mistä tullaan?	Lisääntynyt matka-aika (arvio 1)	Lisääntynyt matka-aika (arvio 2)	Lisääntynyt matka-aika (arvio 3)
Helsinki	HKI alue samalla tavalla mutta Hyvinkää, Länsi-uusimaa, Lohja ja Porvoo poistuu	0.24.30	0.31.30	0.38.30
Tampere	Kanta-Häme puoliksi, reunasairaaloiden alueet	0.28.00	0.36.00	0.44.00
Turku	Turun alue säilyy ennallaan mutta lisäykset Salo, Loimaa, Uusikaupunki -alueilta	0.31.30	0.40.30	0.49.30
Oulu	Oulun alueeseen Kuusamosta ja Kainuun alueen potilaat	1.03.00	1.21.00	1.39.00
Seinäjoki	Seinäjokelle Kokkolan ja Vaasan alueet lisää	0.52.30	1.07.30	1.22.30
Lappeenranta	Savonlinnan, Kymen ja Mikkelin alueet lissä nykyiseen	0.42.00	0.54.00	1.06.00
Jyväskylä	Pieksämäeltä	0.42.00	0.54.00	1.06.00
Kuopio	Kuopio melko lailla ennallaan osa reunoista	0.42.00	0.54.00	1.06.00
Joensuu	Joensuuhun osa Itä-Savosta	0.42.00	0.54.00	1.06.00
Rovaniemi	Lappi muuten sama mutta Kemin alue lisää	1.03.00	1.21.00	1.39.00
Pori	Rauma	0.31.30	0.40.30	0.49.30
Lahti	Osa mikkelistä ja Kanta-hämeestä	0.35.00	0.45.00	0.55.00

26

Etäisyys 12 päivystysalueen ulkopuolelta kasvaa, lisääntynyt matka-aika vaatii lisää valmiusaikaa

Jotta valmius pysyy samana niin lisääntyneen kuljetus- ja paluuajan ajalle pitää olla uusi yksikkö

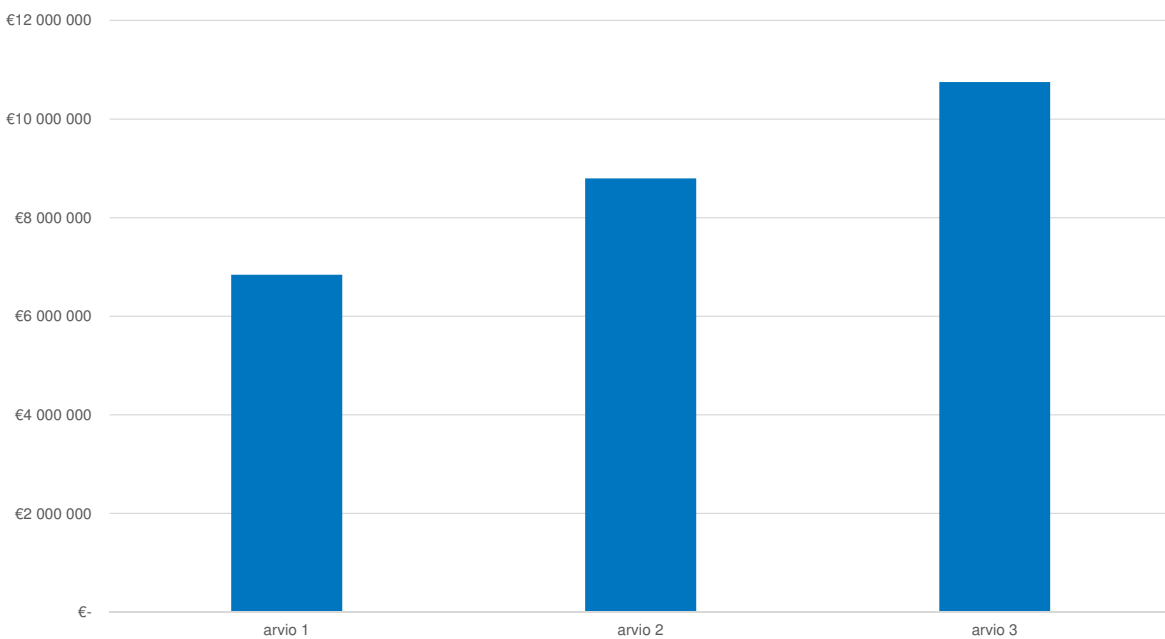
Ambulanssien lisävalmiusajan tarve eri matka-aika-arvioilla



27

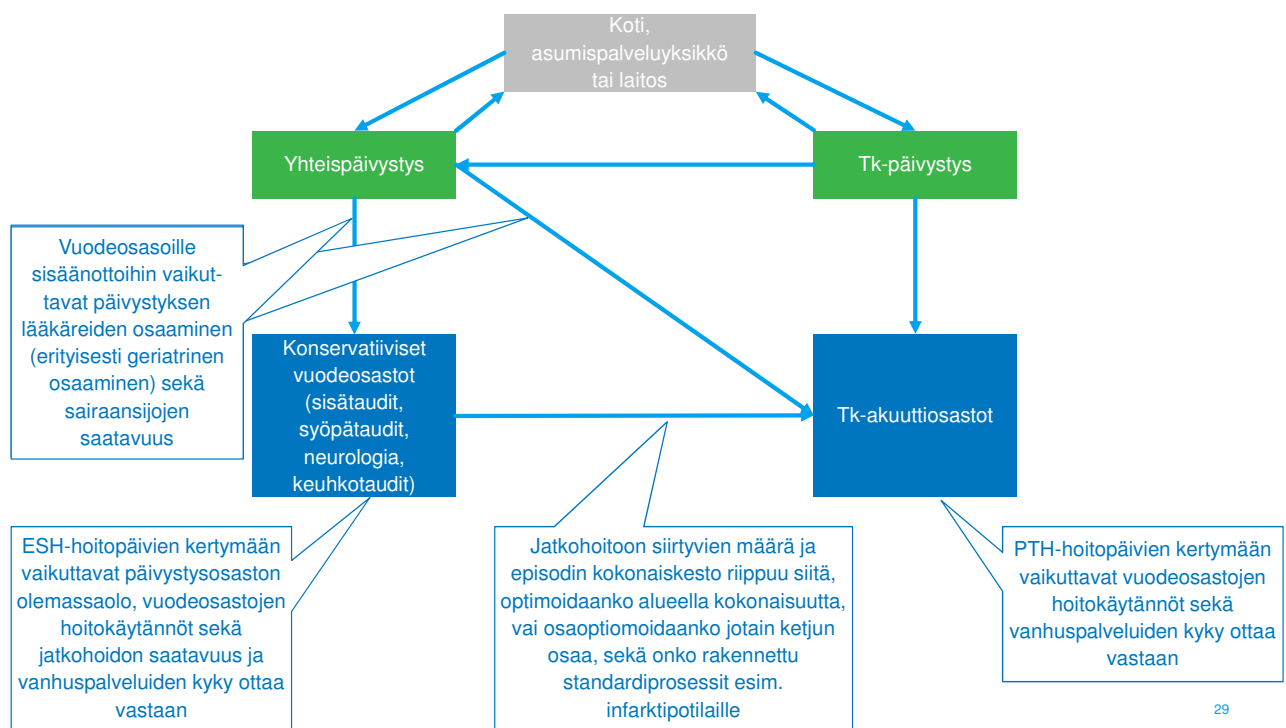
Lisääntyneen valmiusajan kustannukset ovat noin 7-11 MEUR vuosittain

Valmiusajan kustannus laskettu hoitotason ambulanssiyksikön kustannuksella (700 000 euroa/v)



28

Konservatiivisiin hoitopäiviin vaikuttavat mekanismit

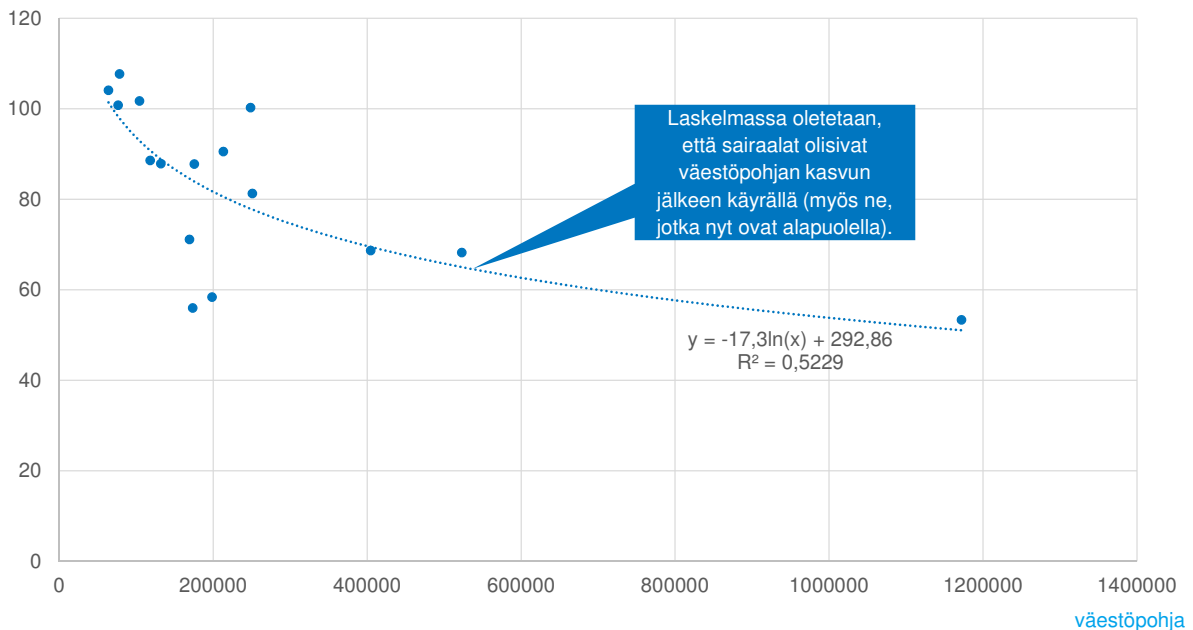


29

Päivystyksestä ESH-vuodeosastolle otettujen potilaiden määrä suhteessa väestöön pienenee, kun päivystyksen väestöpohja kasvaa. Pienissä sairaaloissa hajonta on suuri.

12 sairaalan mallissa arvioitu päivystyksellisten hoitajaksojen vähenemä on 17 %

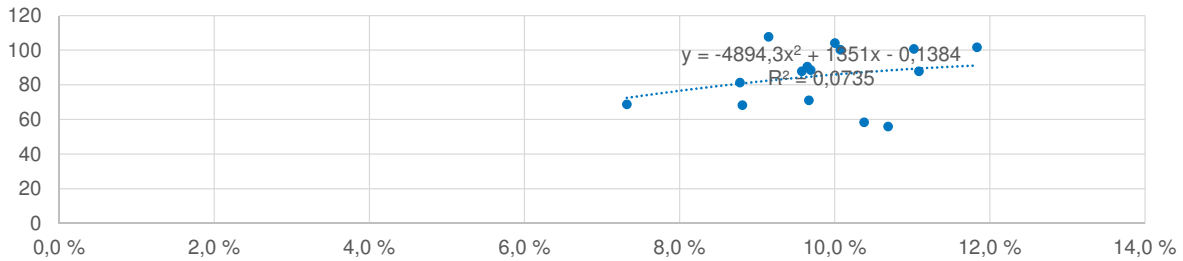
Päivystyksestä alkaneet vuodeosastojaksot per 1000 asukasta riippuen väestöpohjasta



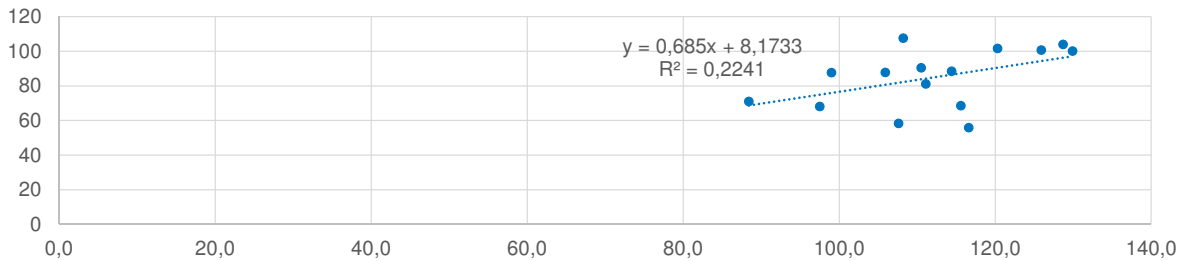
Ikärakenteella eikä sairastavuusindeksillä ole juurikaan vaikutusta päivystyksestä alkavien ESH-vuodeosastojaksojen määrään suhteessa väestöön

Mallien selitysasteet jäävät hyvin mataliksi

Päivystykselliset hoitajakset per 1000 asukasta vs. 75 täyttäneiden osuus väestöstä



Päivystykselliset hoitajakset per 1000 asukasta vs. THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi



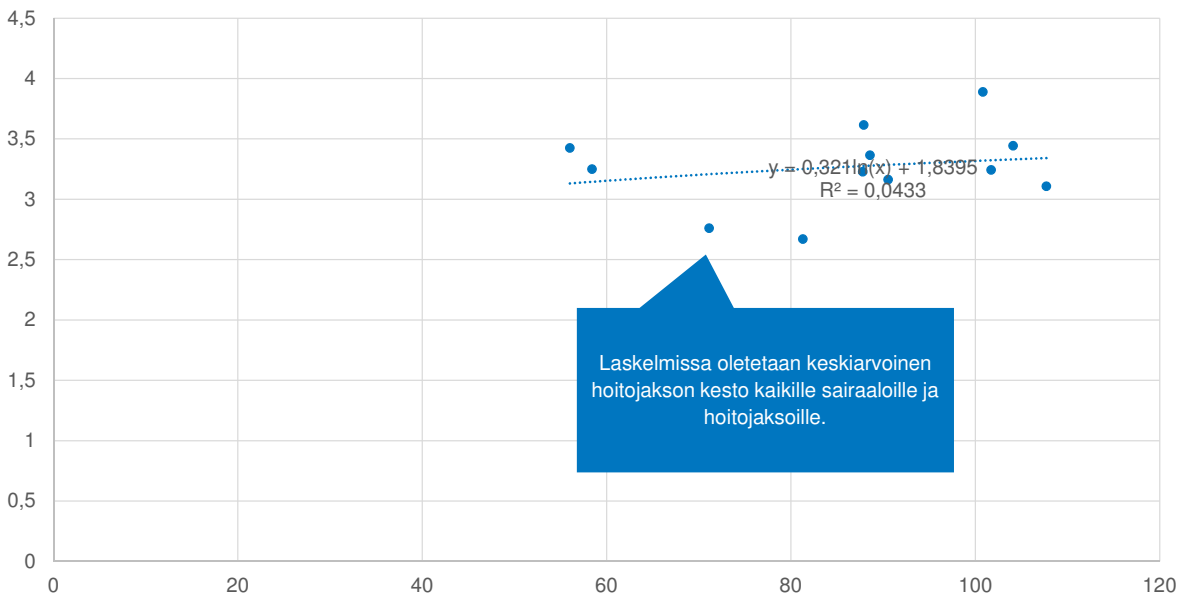
Lähde: Kuntaliitto, Mari Sjöholm 20.4.2015, THL

31

Päivystyksellisten ESH-jaksojen määrän ja sairaalan keskimääräisen hoitajakson keston välillä ei korrelaatiota

Keskussairaalat

Keskimääräinen hoitajakson kesto

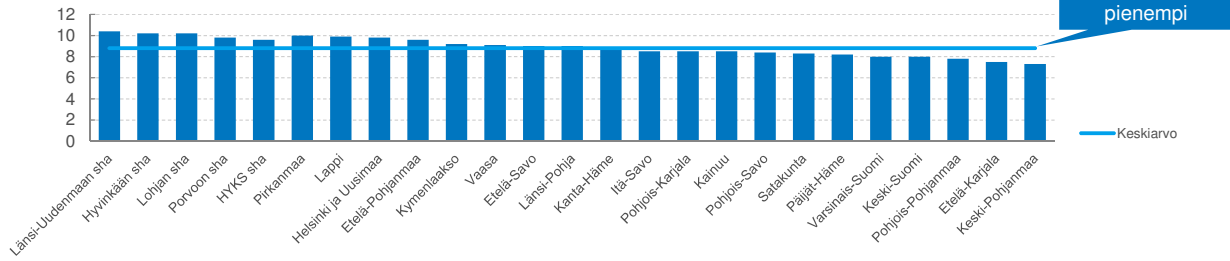


Lähde: Kuntaliitto, Mari Sjöholm 20.4.2015, THL Sairaaloiden benchmarking

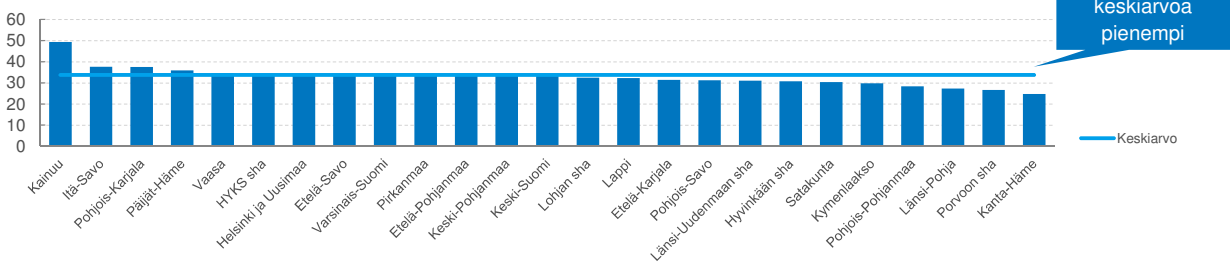
Päivystyksestä osastolle per 1000 asukasta

Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkuvissa, päivystyksellisesti alkaneissa episodeissa on lyhennyspotentiaalia n. 22 %

Sydäninfarktin hoitojakson kokonaiskesto (ESH+PTH)



Aivoinfarktin hoitojakson kokonaiskesto (ESH+PTH)

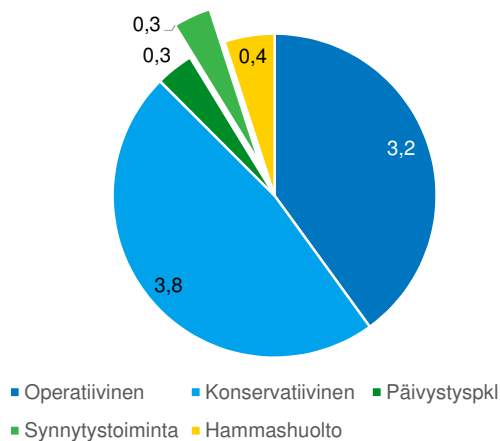


Lähde: THL Perfect 2011-2013

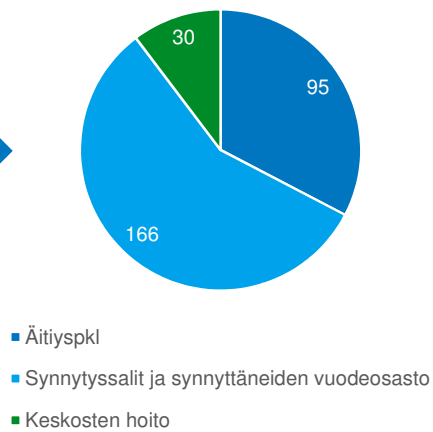
33

Synnytystoiminnan analyysi

Terveyspalveluiden nettokustannukset 8 mrd €



Synnytystoiminta nettokustannukset 300 m€



Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

34

Synnytyssairaloissa optimoitava yksikkökoko suhteessa saavutettavuuteen

- Synnytyssairaaloiden sijoitteluun ja lukumäärään vaikuttaa kolme periaatetta:
 1. Suuremmat volyymit parantavat laatua
 - sekä perinataalikuolleisuus on pienempää (Phibbs ym. 1996, Moster ym. 1999, Heller ym. 2002, Bartels ym. 2007) ja
 - valitusten määrä on pienempi (Lehtinen ym. 2008)
 - mitä suurempia yksiköitä, sen parempi laatu
 2. Synnytystoiminnassa on saatavissa suurtuotannon etuja (THL 2009) → mitä suurempia yksiköitä, sen matalampi yksikkökustannus
 3. Parempi saavutettavuus (lyhyempi etäisyys) vähentää kotisyntysten ja matkasynnytysten määrää, joissa molemmissa on suuremmat riskit kuin sairaalasyntyksissä (mm. Bateman ym. 1994, Moscovitz ym. 2000, Rodie ym. 2002). Lisäksi pitkät välimatkat kasvattavat kuljetuskustannuksia → mitä enemmän synnytysyksiköitä, sen parempi
- On siis etsittävä kompromissi näiden vastakkaisten tavoitteiden väliltä

Bartels D.B., Wenzlaff P. & Poets C.F., 2007. Obstetrical volume and early neonatal mortality in preterm infants. *European Journal of Epidemiology*, 22 (11), 791-798.
Bateman D.A., O'Bryan L., Nicholas S.W. & Heagarty M.C., 1994. Outcome of Unattended Out-of-Hospital Births in Harlem. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148 (2), 147-152.
Heller G., Richardson D.K., Schnell R., Misselwitz B., Künzel W. & Schmidt S., 2002. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of the delivery units in Hesse, Germany 1990-1999.
Lehtinen A., Mäkelä J., Leipälä J., Pennanen P., Vala U., Halmesmäki E. Synnytysten hoitoa koskevat kantelet ja lausuntopyynnöt: Eniten kanteleita TEO:lle riskisyntyneiden hoidosta. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63 (27-31):2449-2452
Moscovitz H.C., Magriples U., Keissling M. & Schriver J.A., 2000. Care and Outcome of Out-of-hospital Deliveries. *Academic Emergency Medicine*, 7 (7), 757-761.
Moster D., Lie R.T. & Markestad T., 1999. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*, 80 (3), F221-F225.
Hodgson M.J., 1986. A Hierarchical Location-Allocation Model with Allocation Based on Facility Size. *Annals of Operations Research*, 6, 273-289.
Phibbs C.S., Bronstein J.M., Buxton E. & Phibbs R.H., 1996. The Effects of Patient Volume and Level of Care at the Hospital of Birth on Neonatal Mortality. *JAMA*, 276 (13), 1054-1059.
Rodie V.A., Thomson A.J. & Norman J.E., 2002. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81 (1), 50-54.
THL 2009. Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2003-2007 – Tilastoraportti 13/2009

35

Jo suorat synnytystoiminnan kustannukset alenevat toiminnan keskittyessä 12 yksikköön, mutta arviolta vain 6,5 M€

Perustuen Venesmaan 2011 tutkimukseen

Laskelmien taustalla olevat oletukset

- Synnytyssairaalalan salien määrä on laskettu Venesmaan 2011 esittämällä kaavalla
- Kätilöiden ja gynekologien määrä arvioitu Venesmaan 2011 tulosten perusteella:
 - <1000 synnytystä → 27 kätilöä ja 2 gyn / 1000 synnytystä
 - 1000 – 3000 synnytystä → 25 kätilöä ja 1,6 gyn / 1000 synnytystä
 - 3000 – 5000 synnytystä → 24 kätilöä ja 1,2 gyn / 1000 synnytystä
 - >5000 synnytystä → 23 kätilöä ja 1,1 gyn / 1000 synnytystä
- Toiminnan kustannuksiksi oletetaan:
 - 30 000 € / synnytys sali
 - 150 000€ / gynekologi
 - 56 000€ / kätilö
- Matkakustannukset arvioitu Venesmaan 2011 tutkimuksesta käyttäen keskimääräistä etäisyyttä ja kustannusta 0,45€/km
- Lähtötaso on laskettu THL:n ilmoittamien vuoden 2014 synnytysvolyymin perusteella
 - Synnytyksiä 28 sairaalassa
 - Kustannukset ovat 95,8 M€, johon päälle matkakustannuksia arviolta 0,6 M€, eli yhteensä 96,4 M€

Sairaaloiden arvioidut volyymit 12 synnytyssairaalan mallissa (Venesmaa 2011)

Sairaala	Synnytukset /vuosi	Salien määrä	Kätilöiden määrä	Gynekologien määrä	Kustannukset (M€)
Sairaala 1	5638	12	129,7	6,2	8,6
Sairaala 2	17030	22	391,7	18,7	25,4
Sairaala 3	5687	12	130,8	6,3	8,6
Sairaala 4	5087	11	117,0	5,6	7,7
Sairaala 5	3384	9	81,2	4,1	5,4
Sairaala 6	3313	9	79,5	4,0	5,3
Sairaala 7	4386	10	105,3	5,3	7,0
Sairaala 8	1786	6	44,6	2,9	3,1
Sairaala 9	1863	6	46,6	3,0	3,2
Sairaala 10	4933	11	118,4	5,9	7,8
Sairaala 11	2184	7	54,6	3,5	3,8
Sairaala 12	1706	6	42,7	2,7	3,0
YHT	56997	121	1342	68,1	89,0

Matkakustannusten kanssa kustannukset ovat 89,9 M€

Laskennallinen säästö suhteessa nykytilaan on siten 6,5 M€ - Laskelma ei ota huomioon epäsuoria kustannussäästöjä, kuten sektiovalmiuteen liittyvät.

Synnytysten lakkauttaminen mahdollistaa myös yöaikaisten leikkausten lakkauttamisen. Säästöpotentiaali n. 13 M€

Yöaikaiset päivystysjärjestelyt nykyisissä päivystävissä sairaaloissa

Sairaala	Tiimi paikalla / varalla
Etelä-Karjalan ks	Paikalla
Etelä-Pohjanmaan ks	Paikalla
Etelä-Savon ks	Varalla
Itä-Savon ks	Varalla
Kainuun ks	Varalla
Kanta-Hämeen ks	Paikalla
Keski-Pohjanmaan ks	Varalla
Keski-Suomen ks	Paikalla
Pohjois-Kymen sairaala	Varalla
Kymenlaakson ks	Paikalla
Lapin ks	Paikalla
Länsi-Pohjan ks	Varalla
Pirkanmaan ks	Paikalla
Pohjois-Karjalan ks	Varalla
Pohjois-Pohjanmaan ks	Paikalla
Pohjois-Savon ks	Paikalla
Päijät-Hämeen ks	Paikalla
Satakunnan ks	Paikalla
Vaasan ks	Varalla
Varsinais-Suomen ks	paikalla
Oulaskankaan sairaala	Varalla

Yöleikkausten keskittämisen vaikutukset

- Tällä hetkellä HUS-alueen ulkopuolella on leikkaustiimi yöaikaan päivystämässä sairaalassa vain 12 sairaalassa
 - Muissa sairaaloissa tiimi on varalla kotona ja tulee sairaalaan tarvittaessa
 - Tiimillä tarkoitetaan anestesiologia ja hoitajia (4)
- Yöleikkausten lakkauttaminen koskee siten käytännössä vain niitä sairaaloita, joissa tällä hetkellä on varallaolopäivystys
 - Näissä sairaaloissa tehtiin vuonna 2014 n. 4600 leikkausta klo 22-07 välisenä aikana (Lähde: Kuntaliitto, Sjöholm 20.4.2015)
 - Voidaan olettaa, että muissa sairaaloissa paikalla olevat tiimit ehtisivät leikata myös nämä leikkaukset, eivätkä he saisi siitä lisäkorvausta.
- Säästöt koostuvat siten
 - Varallaolokorvauksen poistumisesta (n. 200 000 € / sairaala / vuosi) = **1,8 M€**
 - 4600 leikkauksen ajalta aktiivikorvauksen poistumisesta (2,5h / leikkaus, henkilöstökulut 1000€/tunti) = **11,5 M€**
- Mikäli HUS-alueella tehdään muutoksia sairaanhoitoalueiden päivystysaikaisessa tai synnytystoiminnassa, voi säästöjä syntyä lisää

37

Synnytysten säästöpotentiaalin toteutumisen edellytykset

Jos 21 synnytysairaala, kustannustaso synnytysyksiköissä on n. 2,5M€ nykytasoa matalampi

- Tällä hetkellä synnytystoimintaa on 28 sairaalassa (THL 2014: 29 sairaalaa; Pietarsaaressa sen jälkeen loppunut). Näistä yli 1000 synnytystä on 20 sairaalassa. Jatkossakin on mahdollista saada poikkeuslupia, joten laskelmissa on oletettu 21 synnytysairaala*
- Venesmaan (2011) tutkimuksessa on mallinnettu 21 synnytysairaalan verkosto: arvioitu synnytysmäärät ja keskimääräinen etäisyys synnytysyksikköön. Kustannukset on arvioitu tämän tiedon perusteella.
 - Synnytystoiminnan kustannukset olisivat n. 93,2 M€, matkakustannuksien kanssa 93,5M€
- Säästö suhteessa nykytilaan olisi siten **2,6 M€**
 - Tämä on n. 60 % vähemmän kuin 12 synnytysairaalan mallissa
- Mikäli poikkeuslupia myönnetään useita, pienenee säästö entisestään

Synnytystoiminnan jatkaminen 21 sairaalassa pienentää myös yöleikkauksista saatavaa säästöä

- Mikäli 6 sairaalasta poistuisi varallaolopäivystys sekä yöaikaiset leikkaukset, säästöä tulisi
 - N. **1,2 M€** varallaolon poistumisesta (n. 200 000 € / sairaala / vuosi)
 - N. **4,5 M€** aktiivikorvauksista yöleikkauksista (2,5h / leikkaus, henkilöstökulut 1000€/tunti)
- Huom! Synnytysyksiköiden väheneminen 21 tarkoittaisi, että HUS:n sairaanhoitoalueillakin lakkautettaisiin synnytys- ja siten yöaikaiset leikkaukset
 - Jos näissä sairaaloissa ei lakkauteta yöaikaista leikkauksia esim. päivystystoiminnan vuoksi, jää saavutettu säästö leikkauksista n. 3,5M €:oon
 - Tätä HUS:n sairaanhoitoalueilta tulevaa säästöä ei ole otettu huomioon yöleikkauksilaskelmissa edellisellä kalvolla, koska HUS-alueen päivystysjärjestelyt eivät ole selvillä

*Kustannusmallinnukseen on olemassa dataa vain 21 sairaalaan saakka

38

Erikoissairaanhoidon päivystyksen nettokustannussäästöt ovat 23-27 M€, lisäksi vuodeosastoilla säästöpotentiaalia 223 M€. Synnytysten ja yöleikkausten säästöpotentiaali on 20 M€.

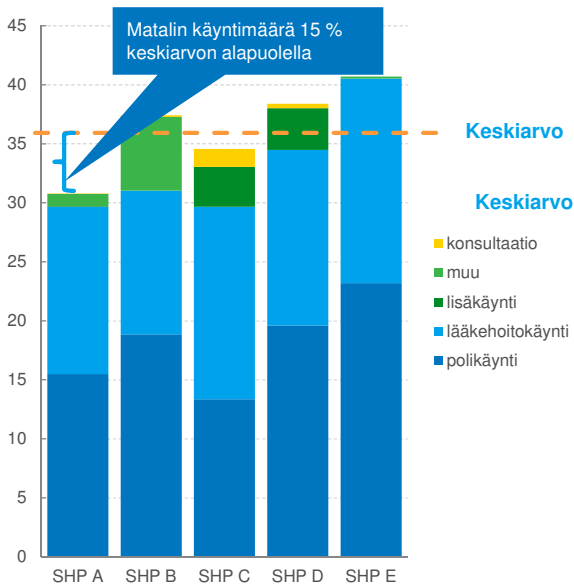
MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Parempi triage-ohjaus	ESH-päivystyskäyntien määrä (käynnit/väestö) vähenee 13%	Hoitajien henkilöstökustannukset päivystyksessä	7,5
Jakamattomien resurssien tehokas käyttö	Tarvittavat lääkärin työvuorot vähenevät 30 % (Yksikkökustannus)	Muuttuvat kustannukset päivystyksessä	11,6
Päivystyksen henkilöstön osaaminen ja tutkimismahdollisuudet	Synnytysyksiköissä tarvittava kättilömäärä vähenee 7 %	Lääkärin henkilöstökustannukset päivystyksessä	15
Päivystyksen toimintamallit ja rakenteet (mm. päivystysosasto)	Yöleikkausten varallaolo ja aktiivitunnit vähenevät	Ensihoidon kustannukset kasvavat	-7 -11
Vuodeosastojen toimintamallit	Matkakustannukset kasvavat ja ensihoitoyksiköitä tarvitaan lisää	Synnytysyksiköiden kustannukset	6,5
	ESH-päivystyksestä vuodeosastolle otettujen potilaiden määrä (jaksot/väestö) vähenee 17 %	Yöleikkausten kustannukset	13
	ESH-päivystyksestä alkaneiden ESH → PTH – episodien kesto lyhenee 22 %	ESH-vuodeosastojen kokonaiskustannukset (vähemmän jaksoja)	150
		ESH+ PTH-akuuttivuodeosastojen kokonaiskustannukset (lyhyempi episodi)	73
		Yhteensä	266-270

Sisältö

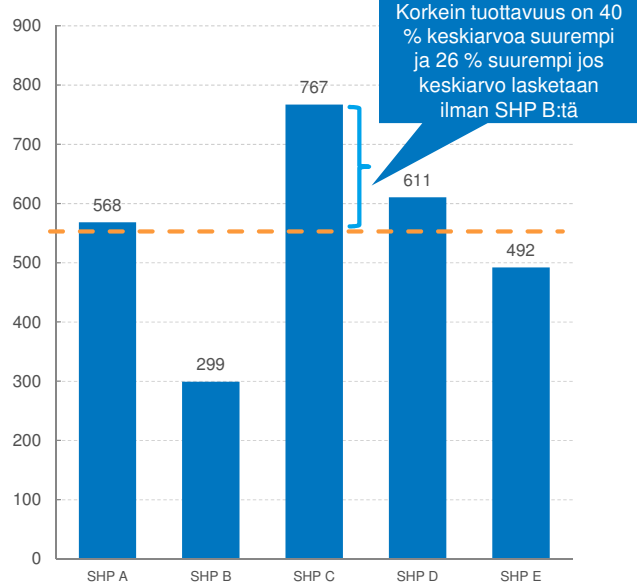
- 1 **Terveyspalveluiden säästömekanismit**
 - **Elektiivinen, konservatiivinen hoito**
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Syöpätautien käyntimäärissä suhteessa väestöön on hajontaa, samoin resursoinnissa suhteessa potilasmääriin

Syöpätautien käynnit per 1000 asukasta



Poliklinikan potilaat per lääkärin työpanos

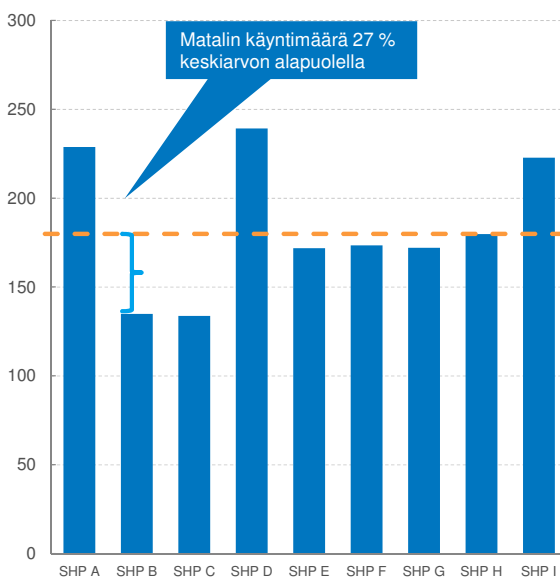


Lähde: NHG, Syöpätautien benchmarking

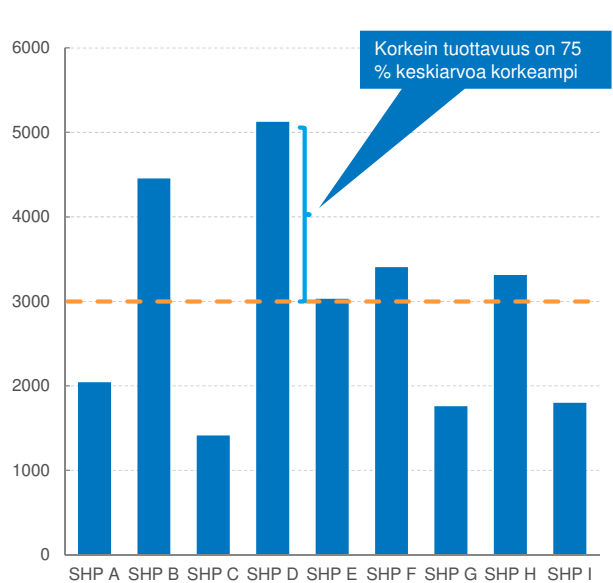
41

Myös sisätaudeilla poliklinikoiden käyntimäärät ja tuottavuus vaihtelevat, vaikka sairastavuus ja ikärakenne huomioitaisiin

Sisätautien käynnit / 1000 asukasta, tarvevakioitu



Sisätautien poliklinikoiden käynnit / hoitaja-HTV:t

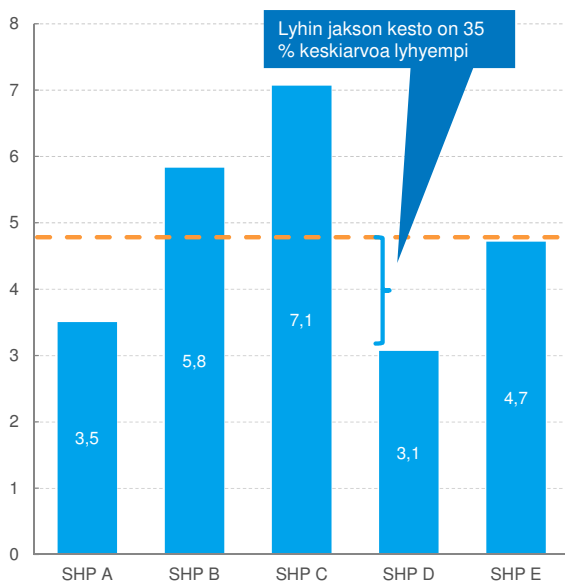


Lähde: NHG Benchmarking, THL tarvekertoimet

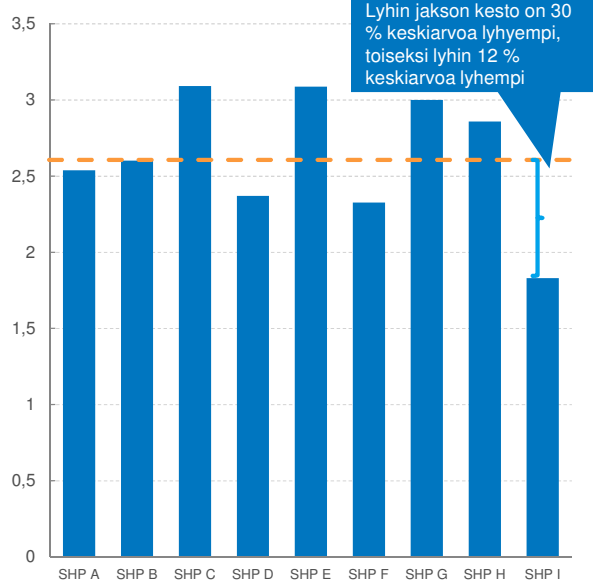
42

Elektiivisten hoitajaksojen kestoissa on merkittäviä eroja sairaaloiden välillä

Syöpätautien elektiivisten jaksosten kesto, vrk



Sisätautien elektiivisten jaksosten kesto, vrk



Lähde: NHG Benchmarking

43

Elektiivisen, konservatiivisen toiminnan kustannussäästöt koostuvat säästöistä avopalveluissa (336 M€) ja vuodeosastoilla (28 M€)

MEKANISMIT

- Vuodeosastojen toimintamallit
- Avopalvelutarjonnan ja lääketieteen kehittyminen
- Toimintamallit poliklinikoilla
- ESH-PTH -yhteistyö

KUSTANNUSAJURIT

- Elektiivisten hoitajakson kesto lyhenee 12 %
- Elektiiviset käynnit / resurssi (Vastaanotto toiminnan tuottavuus) kasvaa 25 %
- Käyntien määrä vähenee 20 %

SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€

- ESH-vuodeosastojen kokonaiskustannukset (lyhyemmät jaksot) 28
- Vastaanottojen kustannukset pienenevät 336 M€
- Yhteensä 364**

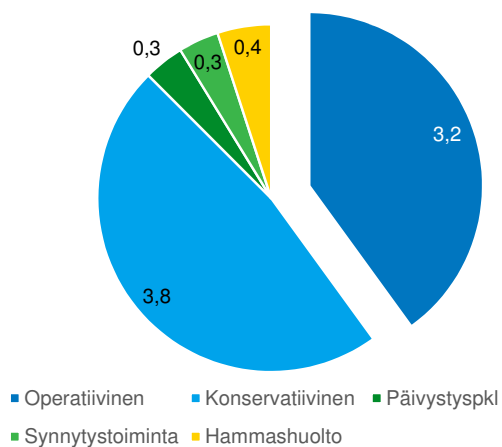
44

Sisältö

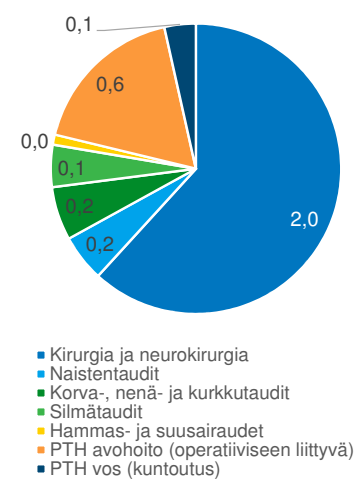
- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
 - Leikkaustoiminta
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Leikkaustoiminnan analyysi

Terveyspalveluiden nettokustannukset 8 mrd €

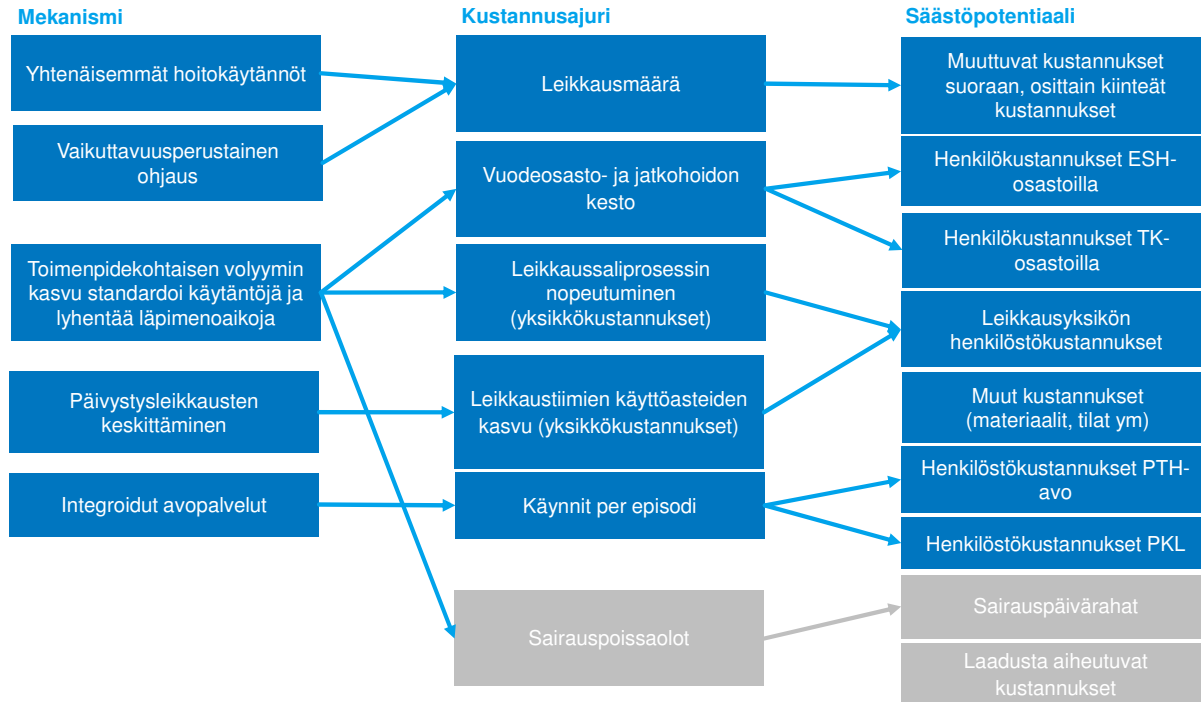


Leikkaustoiminta nettokustannukset 3,2 mrd €



- Leikkaustoiminnan kustannukset erikoissairaanhoidossa ovat n. 2,5 mrd € ja perusterveydenhuollon leikkaustoimintaan liittyvät kustannukset n. 0,7 mrd €

Kuvaus leikkaustoiminnan säästöpotentiaalin laskennasta



Kirurgian skaalamekanismit

- Tutkimustiedon pohjalta sairaalan toimenpidekohtaisen volyymin kasvattaminen vaikuttaa:
 - Hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja toimintaprosessien standardointiin
 - Laatuun ja vaikuttavuuteen parantavasti lukuisissa eri toimenpideryhmissä
 - Hoitojaksojen kestoon lyhentävästi
 - Kustannusten osalta näyttö ei ole yhtä vahvaa, mutta tätä on tutkittu vähemmän
- Tutkimuksissa korostetaan myös kirurgikohtaisen toimenpidekohtaisen volyymin merkitystä:
 - Samat mekanismit kuin sairaalatasolla
- Tutkimuksissa on vähemmän käsitelty kirurgian segmentointia: mitkä toimenpiteet/toimenpideryhmät saavat synergiaetuja
 - Onko selkäkirurgian volyymistä hyötyä tekonivelkirurgialle? Tai mitkä olisivat gastroenterologisen kirurgian alaryhmät?

Kirurgian skaalamekanismit – esimerkkinä tekonivelkirurgia

- Elektiiviseen kirurgiaan voidaan ajatella soveltuvan esimerkiksi tekonivelkirurgia
- Suomen artroplastiayhdistyksen Hyvä hoito tekonivelkirurgiassa 2015 julkaisun mukaan
 - **Useissa tutkimuksissa suuren volyymin yksiköissä tulokset ovat olleet pienen volyymin yksiköitä parempia**
 - Voidaan arvioida, että tekonivelleikkauksia tekevän erikoislääkärin tulisi tehdä vähintään 100 tekonivelleikkausta vuodessa. Tavoiteltavana määränä voidaan pitää yli 200 leikkauksen suorittamista
 - Yksikössä pitäisi olla vähintään kolme tekonivelleikkauksiin keskittyntä erikoislääkäriä, ja siellä tulisi tehdä vuosittain vähintään 500 leikkausta.
- Tutkimusten perusteella tekonivelkirurgian skaalamekanismit ovat ainakin seuraavat:
 - Toistot → oppiminen ja laadun paraneminen
 - Standardoidut prosessit volyymin kasvaessa
 - Neuvotteluvoima → esim. Implanttien hinnat
 - Potilaan tulee olla saattaen siirrettävissä kohtuullisessa ajassa yksikköön, jossa on tehostetun hoidon valmius (päivystyssairaalan yhteydessä)
- **Kirurgian skaalautumisessa ydin on tiettyjen toimenpiteiden lukumäärässä, ei kokonaisleikkausmäärässä**
 - Elektiivisissä toimenpiteissä tämä voi tarkoittaa tiettyä toimenpidettä, päivystyksessä laajempaa toimenpideryhmää (esim. traumakirurgia)
 - Toimenpidevolyymi kirurgia kohden vähintään yhtä oleellinen kuin sairaalaa kohden laskettuna

Kirjallisuutta

- Kaneko T, Hirakawa K, Fushimi K. Relationship between peri-operative outcomes and hospital surgical volume of total hip arthroplasty in Japan. *Health Policy* 2014;117:48–53.
- Järvelin J, Häkkinen U, Rosenqvist G, Remes V. Factors predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2012;83:190–6.
- Losina E, Walensky RP, Kessler CL, ym. Cost-effectiveness of total knee arthroplasty in the United States: patient risk and hospital volume. *Arch Intern Med* 2009;169:1113–21.
- Pamiilo KJ, Peltola M, Paloneva J, Mäkelä K, Häkkinen U, Remes V. Hospital volume affects outcome after total knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2015;86:41–7.
- Ravi B, Jenkinson R, Austin PC, ym. Relation between surgeon volume and risk of complications after total hip arthroplasty: propensity score matched cohort study. *BMJ* 2014;348:g3284.
- Singh JA, Kwok CK, Boudreau RM, Lee GC, Ibrahim SA. Hospital volume and surgical outcomes after elective hip/knee arthroplasty: a risk-adjusted analysis of a large regional database. *Arthritis Rheum* 2011;63:2531–9.
- Van Citters AD, Fahman C, Goldmann DA, ym. Developing a pathway for high-value, patient-centered total joint arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2014;472:1619–35.
- Lillrank P, Chaudhuri A, Torkki P. Economies of scale in cardiac surgery. *Journal of Hospital Administration*. 2015;4: 78-86.

49

Sairaalan toimenpidekohtaisella volyymilla on merkitys laadun kannalta

- Harvinaisten kirurgisten toimenpiteiden osalta laatu on parempi suuren volyymin sairaaloissa
 - Esimerkiksi harvinaiset syöpäkirurgiset toimenpiteet, kuten keuhko, ruokatorvi, haima, virtsarakko
 - Finks JF, Osborne NH, Birkmeyer JD. Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery. *N Engl J Med* 2011; 364:2128-2137
 - Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of Hospital Volume on Operative Mortality for Major Cancer Surgery. *JAMA* 1998;280; 1745-51.
 - Peterson ED, Coombs LP, DeLong ER, Haan CK, Ferguson TB. Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004;291:195-201
 - Ho V, Heslin MJ, Yun H, Howard L. Trends in hospital and surgeon volume and operative mortality for cancer surgery. *Ann Surg Oncol* 2006;13:851-858
- Sen sijaan yleisemmissä syöpäleikkauksissa osassa tutkimuksista on löytynyt yhteys sairaalan korkean volyymin ja parantuneen laadun välillä, mutta yhteys ei ole aivan yhtä selvä
 - Schrag ym. 2000 Omassa tutkimuksessaan löysivät yhteyden korkean volyymin (yli 28 toimenpidettä per sairaala per vuosi) sairaaloiden ja parantuneen laadun välillä verrattuna pienempiin sairaaloihin (alle 10 toimenpidettä per sairaala per vuosi)
 - Billingsley ym. (2007) mukaan skaalamekanismeja syöpäkirurgian osalta ei riittävästi tunneta. Surgeon and Hospital Characteristics as Predictors of Major Adverse Outcomes Following Colon Cancer Surgery Understanding the Volume-Outcome Relationship. *Arch Surg* 2007.
 - Rintasyövän osalta korkean volyymin sairaaloissa (yli 150 potilasta per vuosi) pitkän aikavälin kuolleisuus on ollut alhaisempi kuin pienissä sairaaloissa (Roohan ym. Hospital Volume Differences and Five-Year Survival from Breast Cancer. *AJPH* 1998) Guller ym *World Journal of Surgery* 2005 (suuret yli 70 potilasta per vuosi)
- Syöpäkirurgian skaalautumisessa on huomioitava lisäksi vaikutukset onkologiseen hoitoon
 - Verkostoimainen hoito erikoisalojen välillä
 - Potilaan näkökulma, hoidon jatkuvuus

50

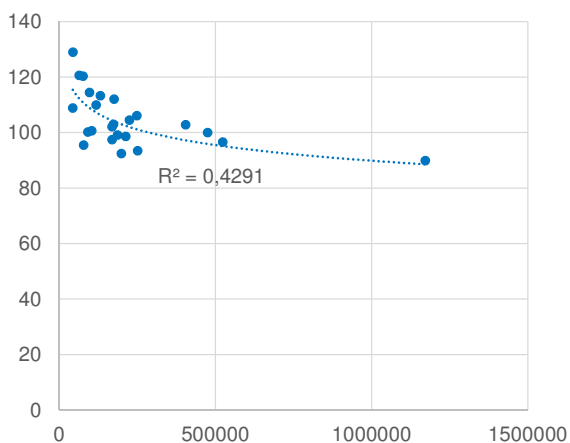
Sairaalan toimenpidekohtaisen volyymin ohella on huomioitava myös muita tekijöitä

- Myös kirurgin toimenpidekohtaisella volyymilla merkitystä laadun kannalta, esimerkiksi syöpäkirurgiassa
 - Harmon JWTang DGGordon TA et al. Hospital volume can serve as a surrogate for surgeon volume for achieving excellent outcomes in colorectal resection. *Ann Surg* 1999;230:404-413
 - Schrag DPanageas KSRiedel E et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictors of outcome following rectal cancer resection. *Ann Surg* 2002;236:583-592
 - Porter GASoskolne CLYakimets WWNewman SC Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Ann Surg* 1998;227:157-167
 - Birkmeyer JDLucas FLWennberg DE Potential benefits of regionalizing major surgery in Medicare patients. *Eff Clin Pract* 1999;22:77-283
 - Gordon TABowman HMTielsch JMBass EBBurleyson GPCameron JL Statewide regionalization of pancreaticoduodenectomy and its effect on in-hospital mortality. *Ann Surg* 1998;228:71-78
 - Birkmeyer JDStukel TASiewers AEGoodney PPWennberg DELucas FL Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;349:2117-2127
- Ho ja Aloian tutkimuksessa myös kustannukset olivat alhaisempia niillä kirurgeilla, joilla toimenpidevolyymit olivat suuremmat
 - Hospital volume, surgeon volume, and patient costs for cancer surgery. *Med Care* 2008;46:18-25
- Syöpäkirurgian skaalautumisessa on huomioitava lisäksi vaikutukset onkologiseen hoitoon
 - Verkostoimainen hoito erikoisalojen välillä
 - Potilaan näkökulma, hoidon jatkuvuus

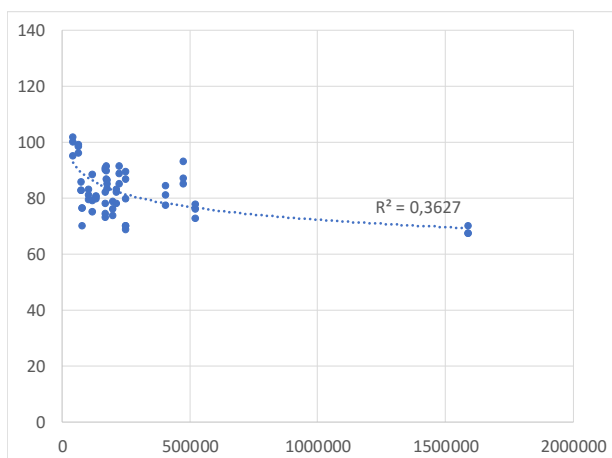
51

Kirurgian toimenpidemäärissä on eroja ja näyttää, että pienemmän väestöpohjan alueilla toimenpiteitä suhteessa väestöön tehdään enemmän

Kirurgian alueelliset episodit per väestö 2014 (sairaanhoitoalueet)



Toimenpiteelliset hoitojaksot per väestö 2012-2014 (SHP:t)



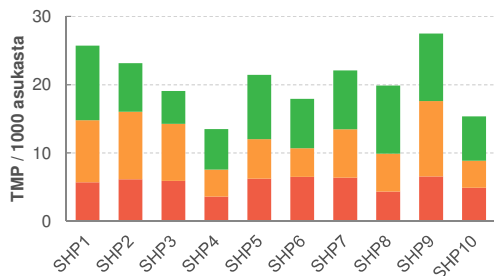
- Pienemmän väestöpohjan alueilla episodeja 15-20 % enemmän kuin suuren väestöpohjan alueilla
- Mahdollisia mekanismeja:
 - Hoitokäytäntöjen vaihtelut
 - Pieni väestöpohja vaatii suhteellisesti enemmän resurssia päivystystoiminnan pitämiseksi → leikkauskapasiteettia olemassa

52

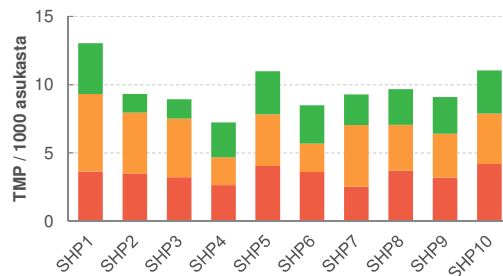
Leikkausten määrissä suhteessa väestöön on alueellisia eroja

Päivystys | Elekt-vos | Päiki

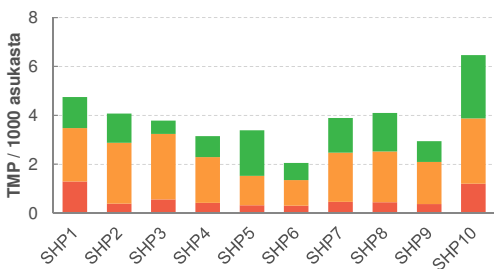
Ortopedia



Gastrokirurgia



Urologia

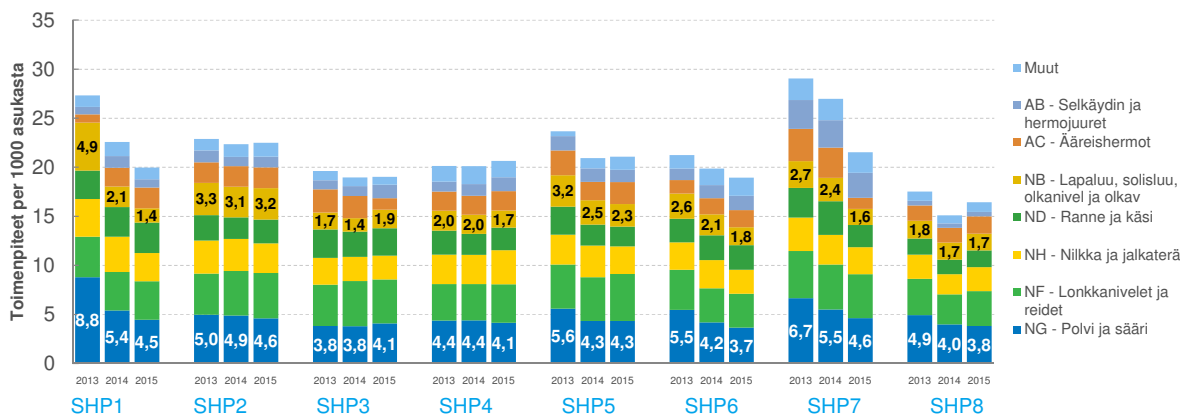


- Erot esiintyvyydessä suhteellisesti suurempia elektiivisessä vuodeosasto- ja päiväkirurgiassa kuin päivystyskirurgiassa

Lähde: NHG Benchmarking

53

Esimerkki Ortopedian toimenpidemäärien eroista suhteessa väestöön



- Näyttää, että toimenpidemäärien erot kaventuneet mm. polvi- ja olkapääleikkausten vähennyttyä Sihvosen ym* polvitutkimusten julkaisemisen jälkeen (2013)
- Voitaaneen olettaa, että ainakin osin Benchmark-tiedolla ja näyttöön perustuvilla yhtenevillä käytännöillä saadaan kavennettua toimenpiteiden esiintyvyyseroja
- Muilla erikoisaloilla on myös toimenpiteiden esiintyvyyseroja suhteessa väestöön (esim. urologia),
 - korrelaatiota alueelliseen resursointiin

Lähde: NHG Benchmarking

*Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, Kalske J, Järvinen T. Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a Degenerative Meniscal Tear N Engl J Med 2013; 369:2515-2524

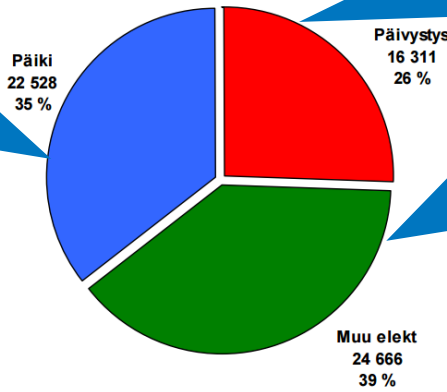
54

Kirurgian segmentit ja hyvät käytännöt

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

- Skaalautuu spesifin toimenpidemäärän funktiona
- Voidaan tuottaa Focus Factory – tyyppisesti
- Erityishuomio työkyvyttömyyteen ja läpimenoaikaan → integroitu rahoitus
- Esimerkki hyvästä käytännöstä Pohjola Omasairaala

HYKS Operatiivinen tulosyksikkö Vuosi 2011 - leikkaukset yht. 63 500



- Skaalahyödyt toisaalta toimenpidemääristä toisaalta erikoisalojen integroinnista ja päivystysleikkausten kokonaisvolyymista
- Integroitava päivystyssairaalan yhteyteen
- Erityishuomio läpimenoaikaan → integroitu hoitoketju
- Esimerkki hyvästä käytännöstä HUS/lonkkaliikumäki

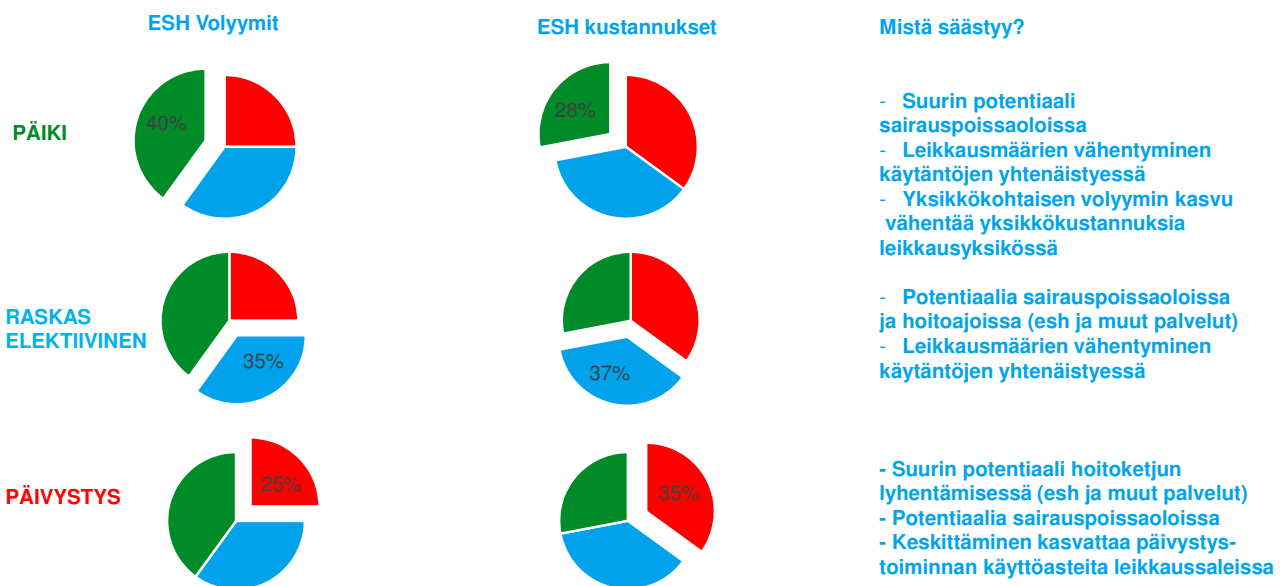
- Skaalautuu osin toimenpidemäärän funktiona, osin integroitavaa
- Voidaan osittain tuottaa Focus Factory – tyyppisesti (esim. tekoniivalkirurgia), joiltain osin vaatii integrointia (esim. syöpäkirurgia)
- Erityishuomio työkyvyttömyyteen ja läpimenoaikaan → integroitu rahoitus ja hoitoketju
- Esimerkki hyvästä käytännöstä Coxa, KSSHP

12.11.2012

HYKS Operatiivinen tulosyksikkö / Reijo Haapiainen

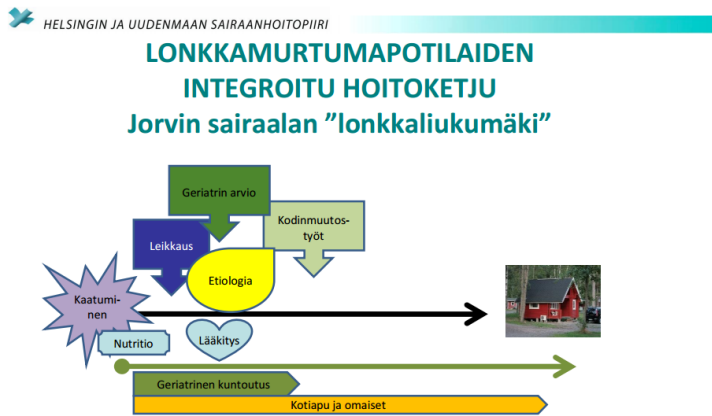
55

Karkea kuvaus kustannusjaosta ja mahdollisista säästömekanismeista



- ESH-hoidon kustannuksista n. 60 % henkilöstökustannuksia, 20-25 % materiaali- ja 15-20 % muita kustannuksia

HUS:n lonkkaliikumäki lyhentänyt kokonaislöpimenoaika ja vähentänyt kustannuksia



- Onko kokonaihoitoaika mahdollista lyhentää?

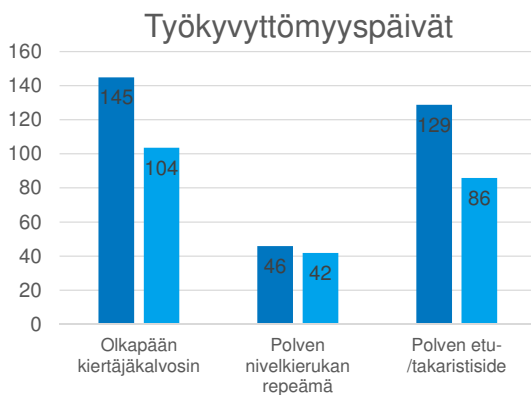
Kuva: Jukka Louhija

- Kokonaihoitoaika lyheni 24,3 vrkhon.
 - Perfect aineistossa maan keskiarvo oli 42,7 vrk vuonna 2011-2013
- Lonkkaliikumäki vähentää sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon hoitopäiviä samanaikaisesti
- HYKS:n laskelmien mukaan laskennallinen säästö HYKS-alueella n 3 miljoonaa euroa per vuosi → koko maassa n 18 miljoonaa euroa per vuosi (n. 15 % kustannuksista)
- Hyvät käytännöt: Kokonaihoitovastuu geriatrille, Ennakoiva ohjaus: kuntoutuksen suunnittelu käynnistyy jo ennen leikkausta, Integroitu hoitoketju

57

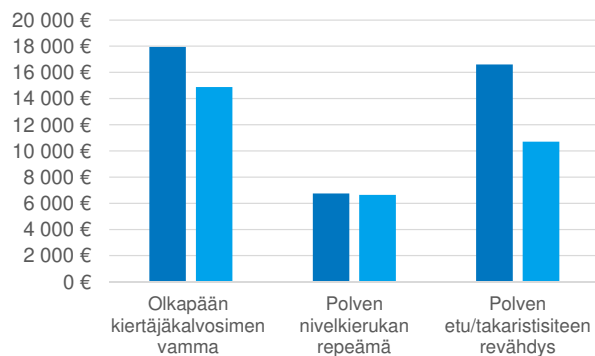
Pohjola Omasairaala on vähentänyt työkyvyttömyyspäiviä ja alentanut kustannuksia 20 %

Työkyvyttömyyspäivät



■ Verrokki ■ Omasairaala

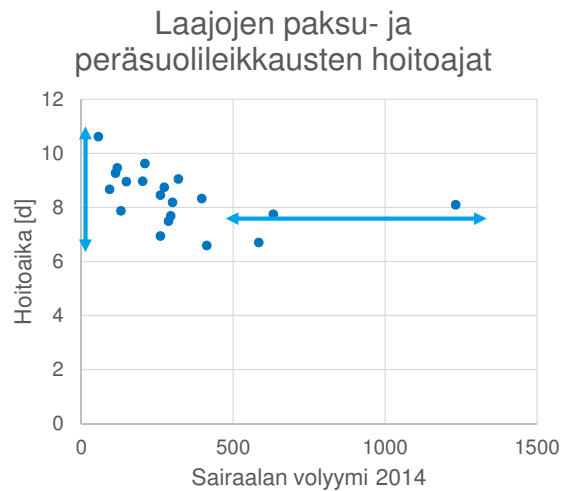
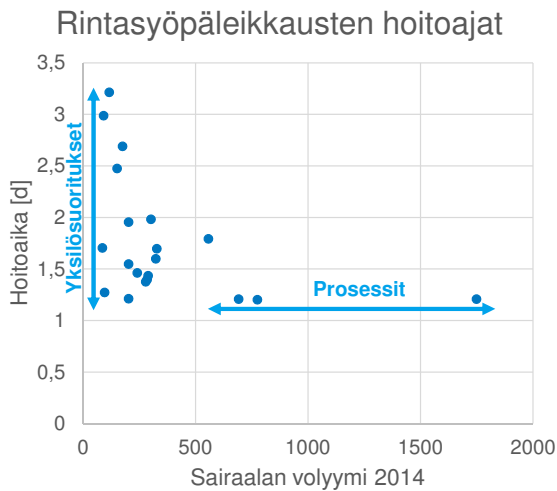
Kokonaiskustannukset sisältäen sairauspoissaolosta aiheutuneet kustannukset



■ Verrokki ■ Omasairaala

- Huomion siirtäminen leikkaustoimenpiteistä terveysongelmiin ja työkykyyn
- Tulokset kirittäneet jo muita yksityisiä palveluntuottajia (kilpailu), julkisia toimijoita vähemmän.
- Hyvät käytännöt
 - Yksikanavainen rahoitus, Yksilölliset sairauslomat, Työmestari integroi toimia hoidon ja töihin paluun välissä, Fokus terveysongelmassa ja löpimenoajassa – ei kirurgisissa toimenpiteissä

Suomen sairaaloiden hoitoajoissa näkyy ”Laatuluuta” – pienissä sairaaloissa vaihtelu selvästi suurempaa



Suuren toimenpidevolyymin yksiköissä hoitajaksot 15-25 % keskimääräistä lyhyempiä elektiivisissä toimenpiteissä, vaikka yksittäiset pienen volyymin sairaalat saattavat päästä lyhyisiin hoitoaikoihin

THL:n tuottavuusaineisto 2014, keskussairaalat. Huomioitava, että poiminnat tehty DRG:llä, mutta poimituista ryhmistä valtaosa on syöpään liittyviä.

59

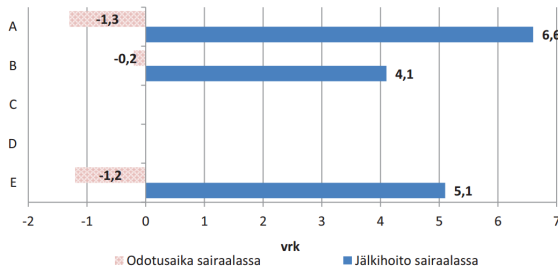
Hoitoaikojen kestoissa suurta vaihtelua kaikissa suurissa toimenpideryhmässä

	Sairaala 1	Sairaala 2	Sairaala 3	Sairaala 4	Sairaala 5	Sairaala 6	Sairaala 7	Sairaala 8	Sairaala 9	Sairaala 10
Vatsan tutkimusleikkaukset	5,7	6,8	12,0	18,2	9,2	10,5	8,2	7,2	12,2	14,8
Alaraajahaavat	10,3	11,3	13,3	16,4	14,8	8,0	7,2	14,1	8,7	14,8
Lonkan tekonivel	4,1	3,5	4,7	3,9	3,3	2,3	3,1	3,3	3,5	3,0
Polven tekonivel	4,1	3,6	4,3	4,0	3,3	2,8	3,2	3,3	2,9	3,5
Lonkkamurtuma	3,8	4,3	9,8	5,7	4,7	3,6	4,0	5,6	4,0	5,0
Selän välilevy	2,2	2,9	2,4	1,4	1,1	2,0	1,8	2,7	2,5	2,3
Nilkan/jalkaterän amputaatiot	11,8	8,4	8,5	6,8	19,6	4,3	9,8	8,8	7,3	6,9
Nilkkamurtumat	3,3	4,3	3,7	2,4	3,2	3,7	2,1	4,2	2,9	2,6
Eturauhasen höyläys	3,1	1,2	3,1	2,7	2,8	2,2	2,8	3,2	1,5	1,4

- Sairaloissa kehitetty paikallisesti tiettyjä hoitoprosesseja, mutta ei ole mekanismeja, jotka tukisivat parhaiden käytäntöjen leviämistä tehokkaasti

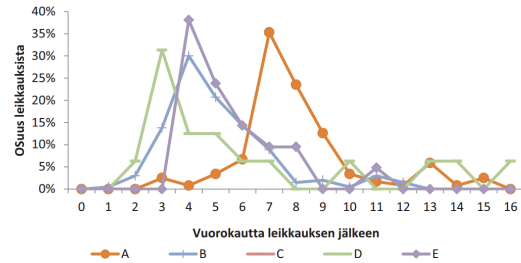
Muussa operatiivisessa toiminnassa mekanismit samankaltaisia kuin kirurgiassa

Esimerkki: kohdunpoistoleikkausten hoitoajoista



Kuva 45. Syöpöpotilaiden keskimääräinen odotusaika ja jälkihoito sairaalassa.

Sairaloissa omiin käytäntöihin perustuva tietty ”kotiutuspäivä”



Kuva 46. Syöpöpotilaiden jälkihoidon keston jakaumat sairaaloittain – avoleikkaukset.

- Hoitojaksojen kestojen vaihtelut selittyvät pääosin eroilla toimintakäytännöissä: miten potilaat kutsutaan leikkaukseen ja kuinka standardoitu hoitoprosessi on

Lähde: Torkki P Käypä Prosessi. Väitöskirja 2012

61

Tekonivelleikkausten osalta optimaalinen tuotantoyksiköiden määrä on Suomessa 7-10 välillä

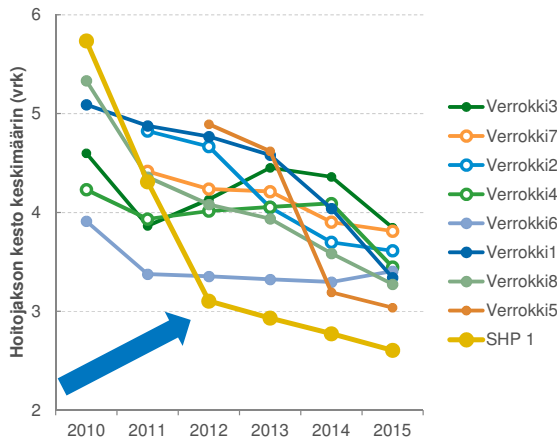
- Nykyisin noin puolet Suomen tekoniveliä leikkaavista julkisista sairaaloista pääsee 500 leikkauksen vuositavoitteeseen
- Korkean toimenpidevolyymien sairaaloissa on **tekonivelkirurgiassa n. 16 % pienempi kustannus per potilas** kuin pienet sairaalat THL:n tuottavuusaineiston perusteella
- Kustannusten näkökulmasta (matkakustannukset huomioituna) optimaalinen määrä tekonivelsairaloita olisi 7
 - Tällöin sairaalakohtaiset volyymit olisivat 2100 ja 4500 välillä vuosittain
 - Verrattuna nykyiseen 55 leikkaavaan sairaalaan (THL Lonkka- ja polviproteesit 2013) keskittämisen **kustannussäästö olisi vähintään 15 miljoonaa euroa** huomioituna lisääntyneet matkakulut

Centralized network	Decentralized network
High population density	Low population density
Low incidence of disease	High incidence of disease
High economy of scale in service quality	Low economy of scale in service quality
Distance not affecting patient safety	Short distance crucial to patient safety
One visit service	Care episode consists of several visits
High production costs	Low production costs
High economy of scale in production costs	Low economy of scale in production costs
← Shared resources with other services →	
Examples:	
Hip and knee replacements Cataract surgery	Minor traumas Uncomplicated diabetes

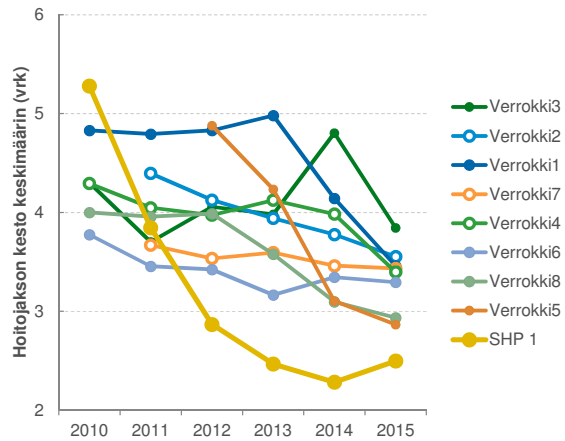
No of hospitals	Total Cost	Difference to optimal
1	204 065 373 €	15 586 490 €
2	197 023 465 €	8 544 582 €
3	194 260 484 €	5 781 601 €
4	191 906 046 €	3 427 163 €
5	190 465 545 €	1 986 662 €
6	189 455 225 €	976 342 €
7	188 478 883 €	0 €
8	188 949 005 €	470 123 €
9	189 067 776 €	588 893 €

Onko realistista benchmarkata suhteessa parhaisiin?

Elektiivinen NGB - polven tekoniivel



Elektiivinen NFB30-99 – lonkan tekoniivel



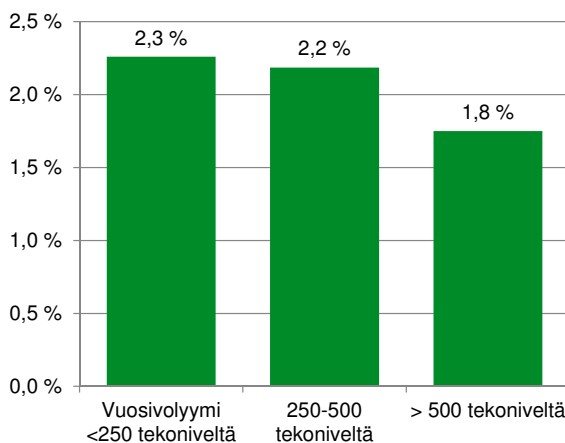
- SHP 1 alkoi vuoden 2010 tulosten pohjalta (pisimmät hoitoajat) kehittää fast track –prosessia tekoniivelkirurgiaan
 - Omaksumalla yksittäisiä parhaita käytäntöjä eri prosesseista ja yhdistelemällä niitä, SHP 1:n prosessi nopeutui selvästi lyhyemmäksi kuin muilla
 - Hyvät käytännöt koottu Suomen artroplastiayhdistyksen Hyvä hoito tekoniivelkirurgiassa 2015 julkaisuun

Aineisto: NHG Benchmarking -tietokanta

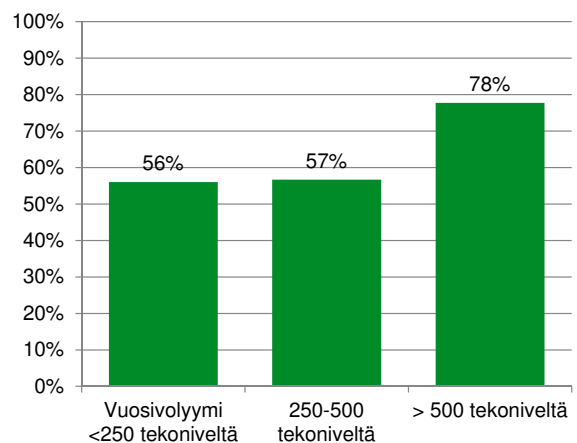
63

Jos tekoniivelleikkausten laadussa päästäisiin parhaiden tasolle, vältettäisiin 200 uusintaleikkausta ensimmäisen vuoden aikana

Uusintaleikkaus 12 kk kuluessa leikkauksesta



Potilaista kotona 7 pv leikkauksesta



- Uusintaleikkaukset ovat n. 50 % primaaritoimenpidettä kalliimpia.

Lähde: THL:n Perfect -aineisto

64

Toisaalta etenkin uusintaleikkaukset tulisi keskittää

Taulukko 4. Lonkkaproteeseja uusivat sairaalat proteesimäärien mukaan 2000 - 2013

Lonkkaproteesin uusinnat/vuosi/sairaala	Vuosi				
	2000	2005	2010	2012	2013
yli 200	0	0	1	2	3
100-199	3	5	3	3	2
50-99	4	3	3	4	3
10-49	22	14	13	10	13
1-9	23	20	20	18	14
Yhteensä sairaaloita	52	42	40	37	35

Taulukko 6. Polviproteeseja uusivat sairaalat proteesimäärien mukaan 2000 - 2013

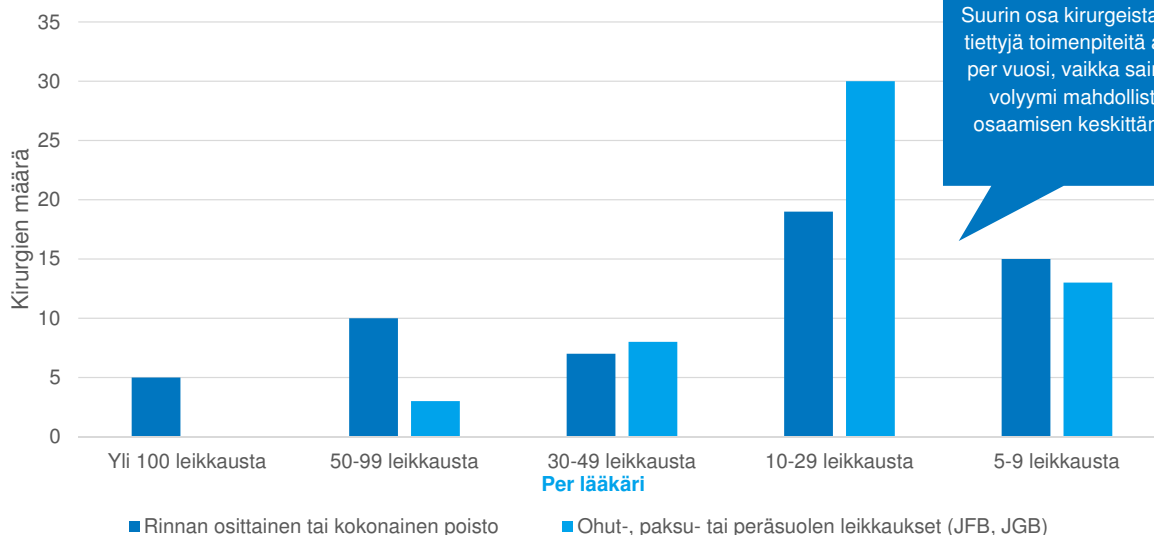
Polviproteesin uusinnat/vuosi/sairaala	Vuosi				
	2000	2005	2010	2012	2013
100-199	0	0	1	2	3
50-99	1	4	3	2	2
10-49	12	12	13	14	12
1-9	36	29	24	23	25
Yhteensä sairaaloita	49	45	41	41	42

Lähde: THL Lonkka- ja polviproteesit 2013

65

Huomiota tulisi kiinnittää kirurgien toimenpidekohtaisiin volyymeihin: miten saavutetaan erikoistumisen ja toistojen hyödyt?

Kirurgikohtaiset vuosittaiset leikkausvolyymit kyseisten toimenpiteiden osalta kahdeksassa keskussairaalassa vuonna 2014



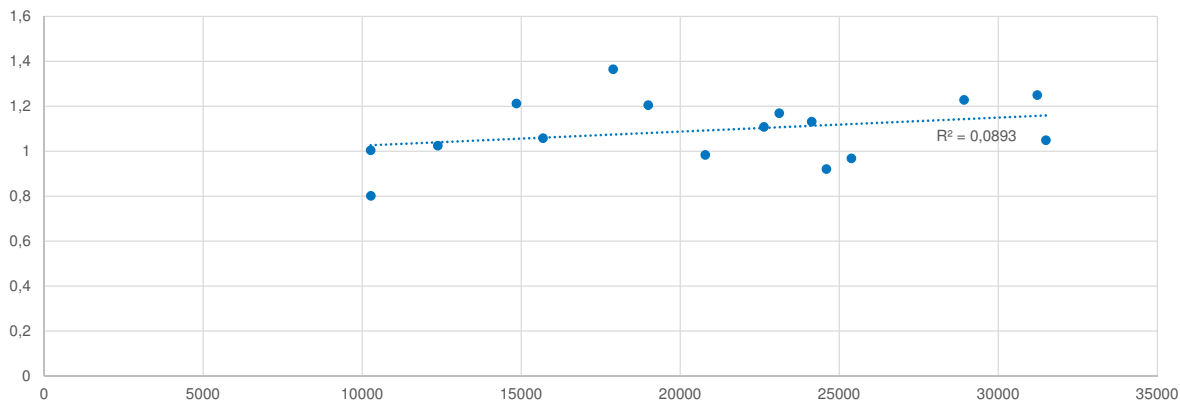
Kuva on esimerkinomainen: olisi määriteltävä nykyistä tarkemmin, mitkä toimenpiteet tukevat saman osaamisen kehittämistä laadun näkökulmasta (toimenpideryhmät)

Lähde: Sairaaloitten leikkaustietojärjestelmä. Mittari ei kuvaa kirurgin kokonaistoimenpidemäärää vuodessa vaan kyseisten toimenpiteiden lukumäärää.

66

Kirurgian tuottavuuserot THL:n vertailun 2014 mukaan

THL episodituottavuus kirurgian erikoisalalla 2014 sairaalan episodien lukumäärän mukaan



- Ero parhaiden ja keskiarvon välillä 20-35 %
- Korrelaatio heikkoa kokonaistoimenpidevolyymin kanssa
 - Johtuu osittain siitä, että nykyisin ei saavuteta operatiivisen toiminnan skaalautuja: sairaaloiden toimenpidevalikoima laajenee sairaalan koon kasvaessa

Lähde: THL:n tuottavuustietokanta

67

Vaihtoehto 1. Säästöpotentiaalin laskenta benchmarking-tiedon pohjalta bottom-up

- Kirurgian hoitopäiviä oli Suomessa n. 870 000 vuonna 2014
- Benchmarking-tiedon pohjalta laskettuna säästöpotentiaali oli n. 202 000 hoitopäivää (23 %)
 - Laskettu toimenpideryhmittäin nopeimpien yksiköiden mukaan
 - Hoitojakson kesto selittää eniten tuottavuuseroja: resursointi ei kasva samassa suhteessa
- Vuodeosastohoidon arvioitu kustannus oli n. 700 miljoonaa euroa
 - Säästöpotentiaali laskennallisesti n. 100-130 miljoonaa euroa
 - Kun huomioidaan muu operatiivinen toiminta, saadaan **säästöpotentiaaliksi n. 150 miljoonaa euroa**
- Kun huomioidaan jatkohoito terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja kuntoutuslaitoksissa, saadaan vastaavasti kustannussäästöjä n. **50 miljoonaa euroa lisää**
 - Kokonaishoitoketjua optimoitaessa on mahdollista vähentää samanaikaisesti ESH- ja PTH-hoitopäiviä (esim. HUS lonkkaliikumäki, KSSHP tekonivelet). Rajapinnan tehostaminen poistaa viiveitä molemmin puolin ja nopeuttaa kuntoutumista.
- Julkisten leikkausyksiköiden henkilötuottavuudessa on päiväaikaisen toiminnan osalta n. 30 % ero parhaan ja huonoimman ja 15 % parhaan ja keskiarvon välillä. Yksityisellä puolella on vielä julkisia sairaaloita tehokkaampia leikkausyksiköitä.
 - Päästäessä parhaimman henkilötuottavuuden tasolle, on säästöpotentiaali leikkaussalien henkilöstön osalta n. **90 miljoonaa euroa** huomioituna koko operatiivinen toiminta
- Poliklinikoiden osalta nykyiset kustannukset ovat n. 500 miljoonaa euroa ja lisäksi perusterveydenhuollon osalta operatiivisten potilaiden osuus on n. 600 miljoonaa euroa
 - Integraation ja digitalisaation myötä on mahdollisuus tehostaa nykyistä soitto → hoidontarpeen arvio → kontakti PTH:ssa → tutkimukset → lähete → lähete käsittely → tutkimukset ESH poliklinikalla → hoitopäätös merkittävästi. 10 % säästö tässä ketjussa tarkoittaisi n. **70 miljoonan euron** säästöjä.
- Yhteensä tehostamispotentiaali bottom-up laskennalla operatiivisen toiminnan osalta on n. **350 miljoonaa euroa** (tämä laskelma ei huomioi toimenpidemäärien eroja tai sairauspoissaoloja)

Lähde: THL tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking

68

Vaihtoehto 2. TOP-DOWN Päätely (analogical reasoning)

Parhaiden käytäntöjen hyödyntämisen vaikutukset

Päiväkirurgiassa kokonaislöpimenoaika ja –kustannuksia voidaan alentaa 20 % (Omasairaala)

Raskaassa elektiivisessä kirurgiassa erot hoitoajoissa parhaiden ja keskiarvon välillä 15-25 %
Hoitoaikojen erot selittävät eniten tuottavuus- ja kustannuseroja (THL ja NHG Benchmarking –aineisto)

Raskaassa päivystysprosessissa voidaan lyhentää hoitoaikoja 40 % ja alentaa hoidon kokonaiskustannuksia 15 % (Lonkkaliikumäki)

Kaikkiin tutkittuihin on löydettävissä selkeä toimintakäytäntömuutos ja niissä on käytetty benchmarkingia parhaista käytännöistä.

Vertailu on tehty suhteessa vastaaviin potilasryhmiin

Kaikissa esimerkeissä toimenpidekohtainen volyyymi on suuri ja esimerkit edustavat merkittävää osaa kustakin segmentistä.

Parhaita käytäntöjä hyödyntämällä voidaan saavuttaa 10 % säästöt. (maltillinen arvio) Lisäksi SOTE-uudistuksen ohjausmekanismeilla ml. skaalautuminen voidaan päästä jopa 20 % säästöihin.

- Kuvattava mekanismit, jotka tukevat parhaiden käytäntöjen nykyistä tehokkaampaa leviämistä
- SOTE-uudistuksessa vaikutettava näihin mekanismeihin

69

Vaihtoehto 2. Säästöpotentiaalilaskenta TOP-down

- Kirurgian kokonaiskustannukset THL:n tuottavuusaineiston mukaan olivat Suomessa 2014 n 1,7-1,9 miljardia euroa. Muu operatiivinen toiminta huomioituna 2,5 miljardia ja relevantti PTH toiminta 3,2 miljardia euroa.
 - Toimenpideaineistoon pohjautuen oletetaan, että **toimenpiteiden esiintyvyys** vähenee 10 % toimintoja keskitettäessä → **säästöpotentiaali n. 100 miljoonaa euroa**, kun huomioidaan aiheutuvan konservatiivisen hoidon kasvaminen
 - Soveltamalla jo olemassa olevia parhaita **prosessikäytäntöjä** voidaan realistisesti olettaa säästöpotentiaaliksi **150-200 miljoonaa euroa**
 - SOTE:n tuomat integraatiovaikutukset ja **skalaadut** huomioituna voidaan olettaa säästöpotentiaaliksi lisäksi **150-200 miljoonaa euroa**
- Hajontaa ei voida poistaa, mutta voidaan yhtälailla olettaa, että kokonaisprosessin rakentaminen yksittäisistä parhaista käytännöistä saa aikaan nykyistä parasta kokonaisprosessiä paremman lopputuloksen
 - Esimerkiksi KSSH:n ja Omasairaalan referenssit

Operatiivisen toiminnan osalta säästöpotentiaali 550 miljoonaa euroa, josta palvelutuotannon osuus n 450 miljoonaa euroa ja loput n. 100 miljoonaa euroa sairauspoissaoloissa

- Kansallisessa ohjauksessa ja järjestämisessä seurattava suurimpien toimenpideryhmien esiintyvyyttä
- Benchmarking-tieto julkisesti toimenpideryhmittäin (vrt. Perfect) episodin pituudesta (työkyvyttömyysjakso/sairaalaepisodi), kokonaiskustannuksista, uusintaleikkauksista ja kotona olevien osuus 90 pv leikkauksesta jatkuvasti päivitettyä sekä järjestäjien että yksilöiden käytettävänä
- Laskutus episodin kokonaiskustannuksiin pohjautuen (yksikanavarahoitus)
- Toimenpideryhmittäinen palvelutuotannon keskittäminen
 - Pääosin 12 sairaalaan
 - Tämän ohella voi olla elektiivisiä focus factory-ratkaisuja, jotka keskittyvät tiettyyn toimenpiteeseen tai erikoisalaan
- Kirurgikohtaiset volyymisuositukset toimenpidekohtaisesti

70

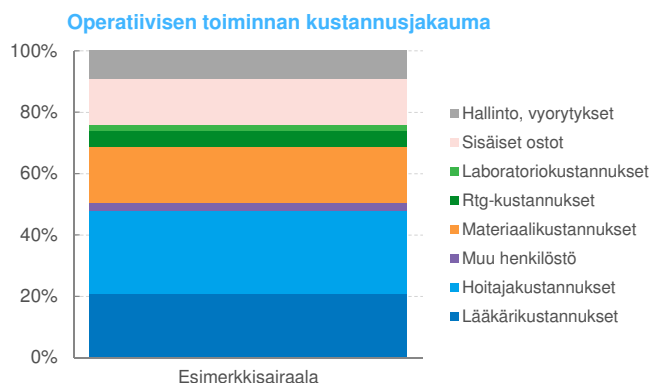
Leikkaustoiminnan säästöpotentiaali on n. 420 miljoonaa euroa

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€
Yhtenäisemmät hoitokäytännöt	Leikkausmäärä	Muuttuvat kustannukset suoraan, osittain kiinteät kustannukset 100
Vaikuttavuusperustainen ohjaus	Vuodeosasto- ja jatkohoidon kesto	Henkilöstökustannukset ESH-osastoilla 100
Toimenpidekohtaisen volyymin kasvu standardoi käytäntöjä ja lyhentää läpimenoaikoja	Leikkaussaliproessin nopeutuminen (yksikkökustannukset)	Henkilöstökustannukset TK-osastoilla 50
Päivystysleikkausten keskittäminen	Leikkaustiimien käyttöasteiden kasvu (yksikkökustannukset)	Leikkausyksikön henkilöstökustannukset 90
Integroidut avopalvelut	Käynnit per episodi	Muut kustannukset (materiaalit, tilat ym) 50
	Sairauspoissaolot	Henkilöstökustannukset PTH-avo 50
		Henkilöstökustannukset PKL 30
		Sairauspäivärahat
		Laadusta aiheutuvat kustannukset
		Yhteensä 420

71

Säästöjen realisointi: aluesairaaloiden kustannusrakenne

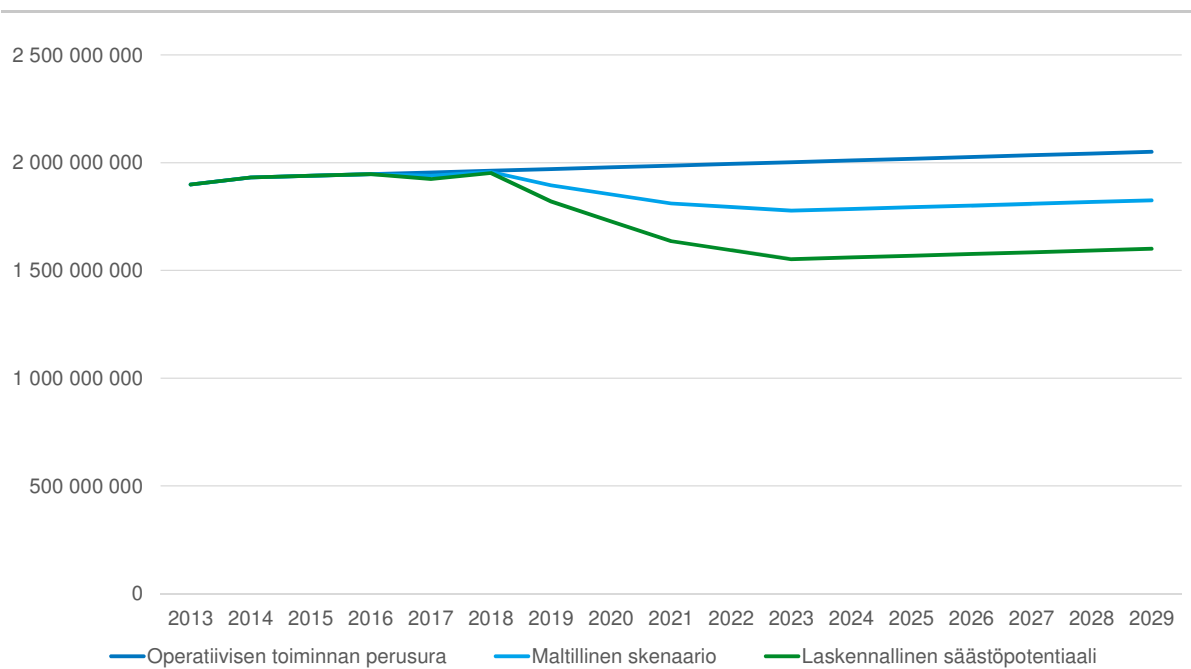
- Aluesairaaloissa somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset vaihtelevat tyypillisesti kokoluokassa 20 – 50 miljoonaa euroa
 - Operatiivisen toiminnan kustannukset vaihtelevat 10 – 30 miljoonaa euroon
- 16 arvioidun aluesairaalan operatiivisen toiminnan kustannukset olivat THL:n ja kuntaliiton kustannustietojen pohjalta yhteensä n. 200 miljoonaa euroa**
 - NHG:n aineiston pohjalta kustannukset jakautuvat tyypillisesti siten, että poliklinikan kustannukset ovat n. 20 % kustannuksista, vuodeosaston n. 40-50 % ja leikkaustoiminnan n. 30 -40 % kokonaiskustannuksista
 - Siten esimerkiksi 10 miljoonan operatiivisessa toiminnassa (tyypillinen aluesairaala) poliklinikoiden osuus on n. 2 m€, vuodeosastojen 5 m€ ja leikkaustoiminnan 3 m€
- Kustannuksista n. 80-85 % (n. 160 m€) koostuu henkilöstö- ja materiaalikustannuksista, kun huomioidaan sisäiset ostot muita erikoisaloilta



Lähde: THL:n tuottavuustietokannat, NHG Benchmarking

Sairaala	Operatiivisen toiminnan kustannukset THL 2014
Valkeakoski	12 m€
Vammala	6 m€
Länsi-Uusimaa	16 m€
Porvoo	27 m€
Lohja	32 m€
Oulaskangas	18 m€
Loimaa	12 m€
Salo	18 m€
Turunmaa	7 m€
Uusikaupunki	10 m€
Iisalmi	8 m€
Rauma	11 m€
Pieksämäki	5 m€
Pietarsaari	8 m€
Jämsä	8 m€
Raahe	9 m€

Leikkaustoiminnan säästöskenaario jaksotettuna



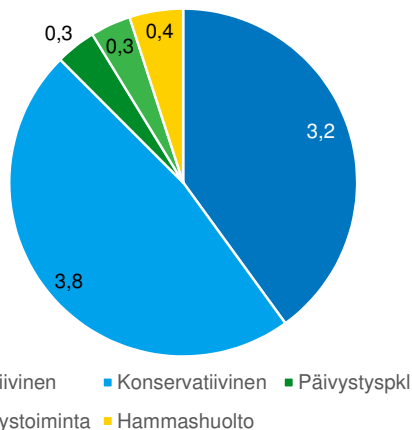
73

Sisältö

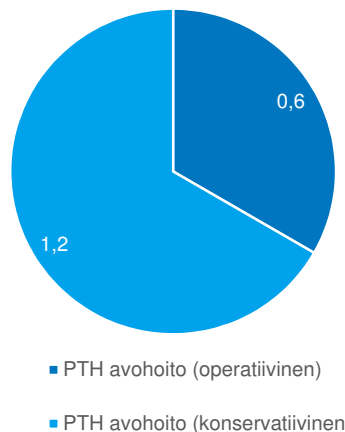
- 1 **Terveyspalveluiden säästömekanismit**
 - Perusterveydenhuollon avohoito
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Perusterveydenhuollon avohoidon toiminnan analyysi

Terveyspalveluiden kustannukset



PTH avohoidon toiminnan nettokustannukset 1,8 mrd €

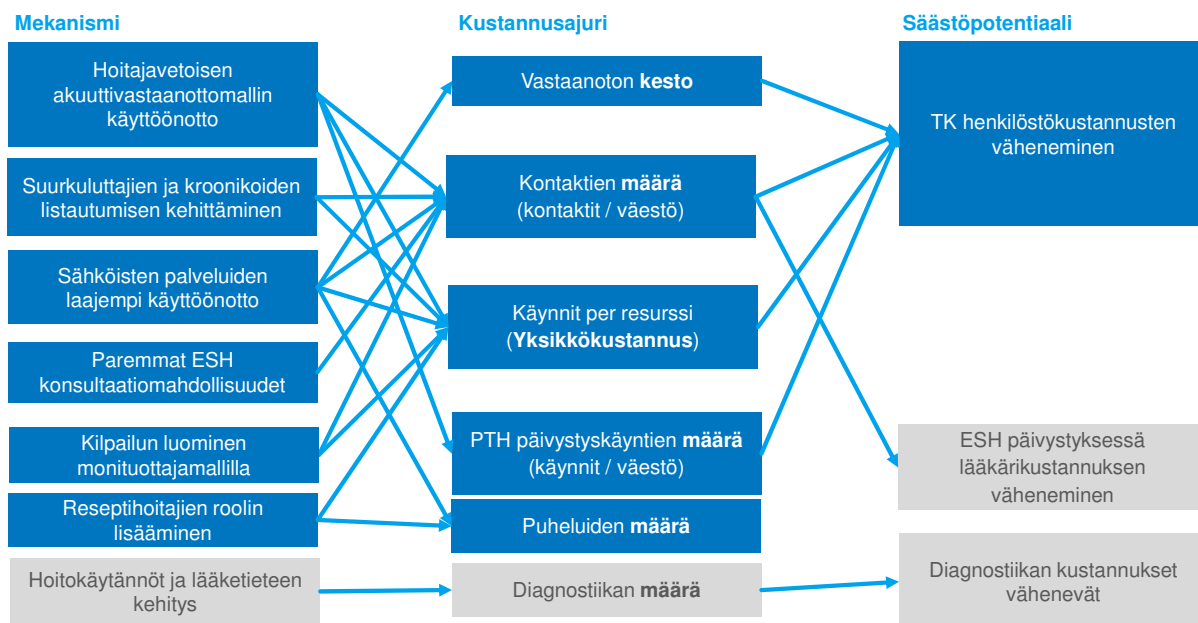


- PTH on jaettu diagnoosien ja ICPC-koodien avulla operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan alle, koska tulevaisuudessa vastaanotot ja/tai konsultaatioketjut ovat integroidumpia kuin nykyisin
 - Esim. erikoislääkärien työskentely terveysasemilla tai sähköiset (reaaliaikaiset) konsultaatioketjut

Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

75

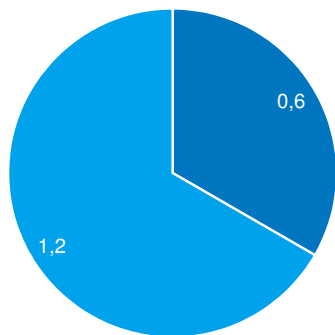
PTH avohoidon viitekehys



76

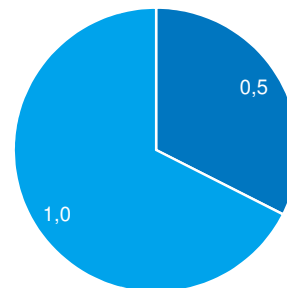
n. 87 % PTH avohoidon käynneistä päätyy muuhun kuin ESH läheteeseen (kustannusosuus 1,5 mrd €)

PTH avohoidon toiminnan nettokustannukset 1,8 mrd €



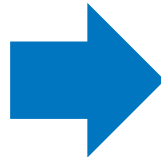
- PTH avohoito (operatiivinen)
- PTH avohoito (konservatiivinen)

PTH avohoidon toiminnan nettokustannukset (jatkohoitopaikka muu kuin ESH) 1,5 mrd €



- PTH avohoito (operatiivinen)
- PTH avohoito (konservatiivinen)

87 % jatkohoitopaikka muu kuin ESH



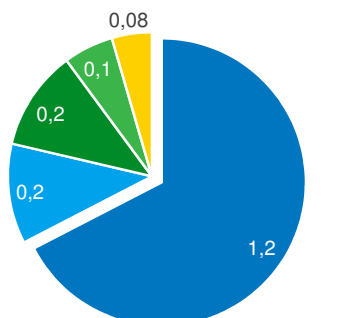
- 1,5 miljardin osuutta arvioitu osana terveyskeskustoiminnan kehittämistä
- 0,3 miljardia arvioitu osana operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan kehittämistä (vastaanotto toiminta)

Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

77

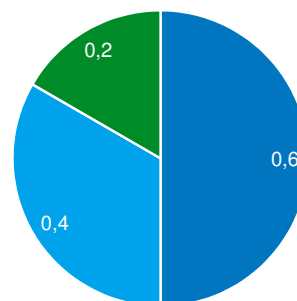
n. 67 % PTH avohoidon kustannuksista on PTH avosairaanhoidon ja työterveyshuollon kustannuksia

PTH avohoitotoiminnan kustannukset 1,8 mrd €



- PTH avosairaanhoito ja työterveyshuolto
- Ostopalvelut
- Neuvola ja koulut
- Fysioterapia
- Tutkimukset

PTH avosairaanhoidon lääkäri vastaanotot ja muun hoitohenkilöstön vastaanotot 1,2 mrd €



- PTH lääkäri
- PTH hoitohenkilöstö
- PTH työterveyshuolto

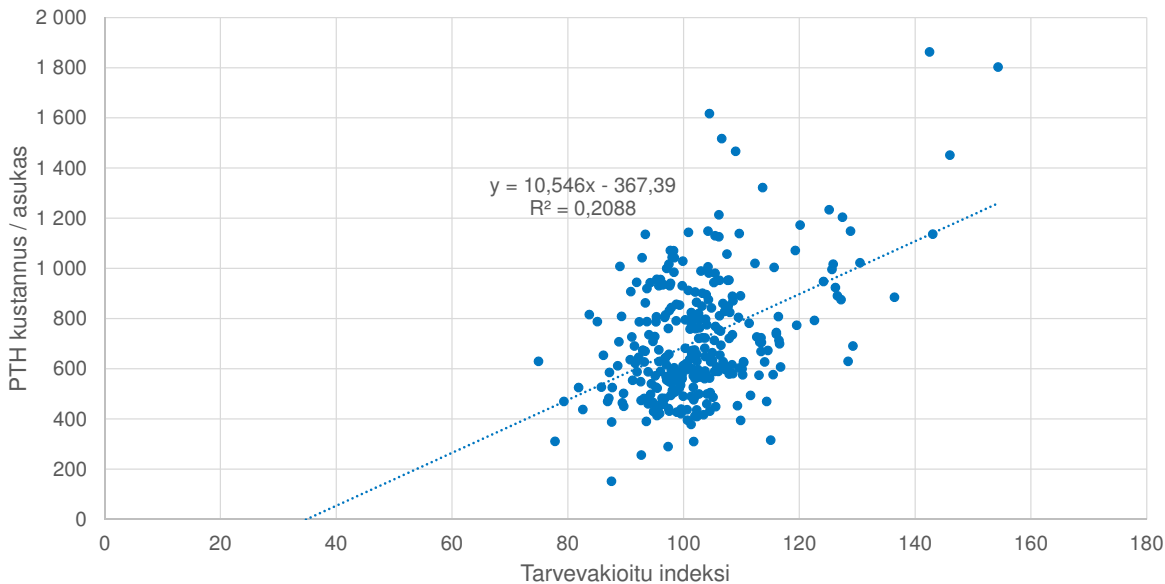
- Myös ostopalvelut kohdistuvat osin tähän kokonaisuuteen, mutta niitä on tarkasteltu säästömekanismissa erikseen

Lähde: THL, Tilastokeskus. Tarkempi kustannusjakauma pohjautuu THL:n terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014 raporttiin, joka on sovitettu tilastokeskuksen kokonaiskustannuksiin

78

Kunnan tarvevakioituindeksi ei juurikaan vaikuta perusterveydenhuollon kustannuksiin

65 -vuotiaiden väestöosuuden vaikutus perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin per asukas



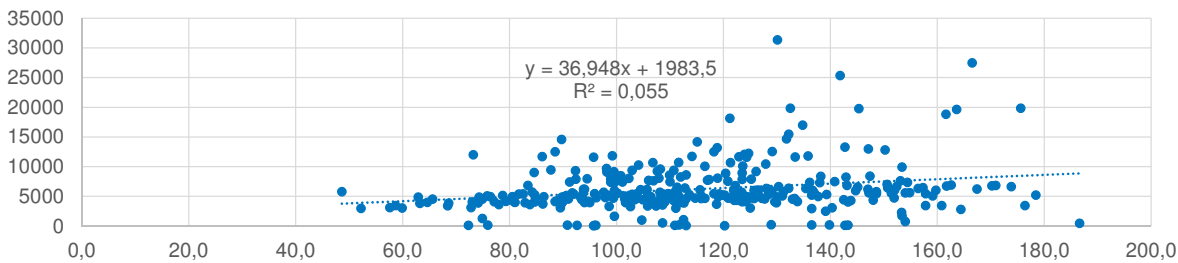
Lähde: Kuntaliitto, THL tarvevakioidut menot kunnittain tarvevakioindeksi
PTH kustannus per asukas sisältää myös PTH vuodeosastokustannukset PTH avohoidon kustannusten lisäksi

79

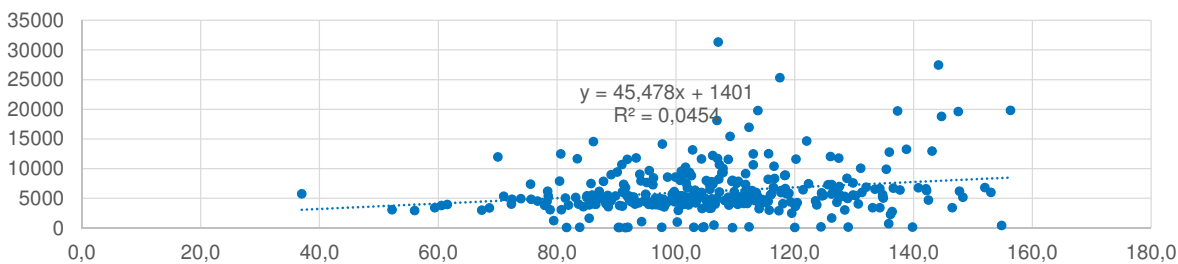
Sairastavuusindekseillä on ei ole vaikutusta perusterveydenhuollon avohoidon käyntimäärään suhteessa väestöön

Mallien selitysasteet jäävät mataliksi

Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit per 1000 asukasta vs. THL:n ikävakioidun sairastavuusindeksi



Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit per 1000 asukasta vs. THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi

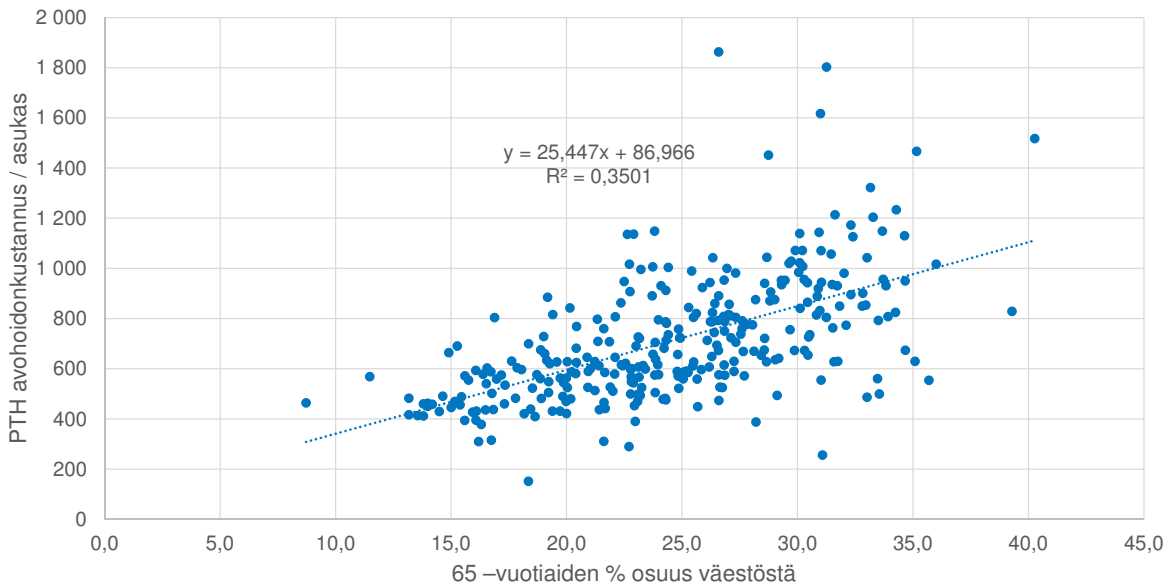


Lähde: THL

80

Väestön ikärakenne vaikuttaa jonkun verran perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin

65 -vuotiaiden väestöosuuden vaikutus perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin per asukas



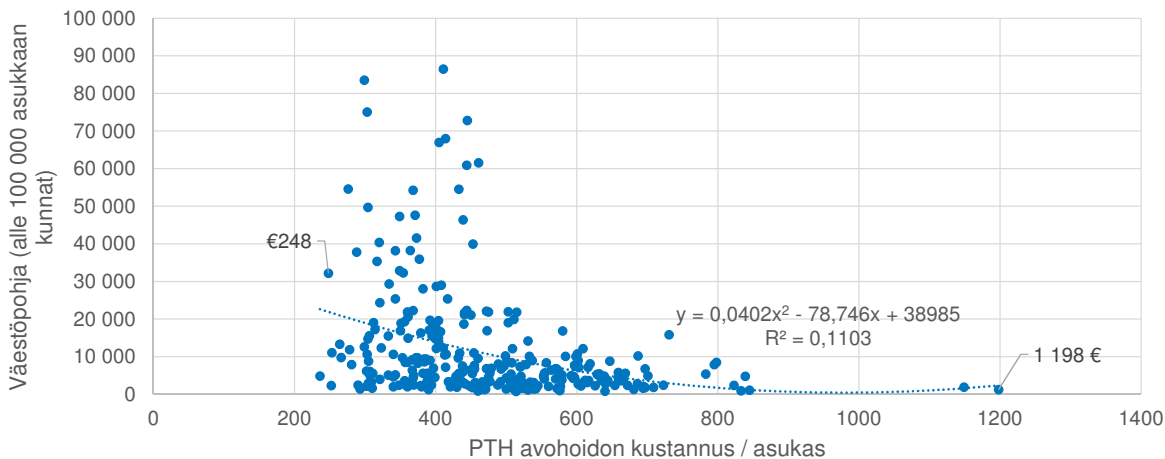
Lähde: Kuntaliitto

81

Väestöpohjan koko ei juurikaan vaikuta asukaskohtaisiin PTH avohoidon kustannuksiin alle 100 000 asukkaan kuntia tarkasteltaessa

Väestöpohja alle 100 000 asukasta

Väestöpohjan vaikutus PTH avohoidon kustannukseen per asukas alle 100 000 asukkaan kunnissa



- PTH avohoidon kustannus per asukas keskiarvo on 414 €, mikä eroaa pienimmästä arvosta n. 42 %
- Ero parhaimman ja huonoimman välillä on jopa n. 80 %

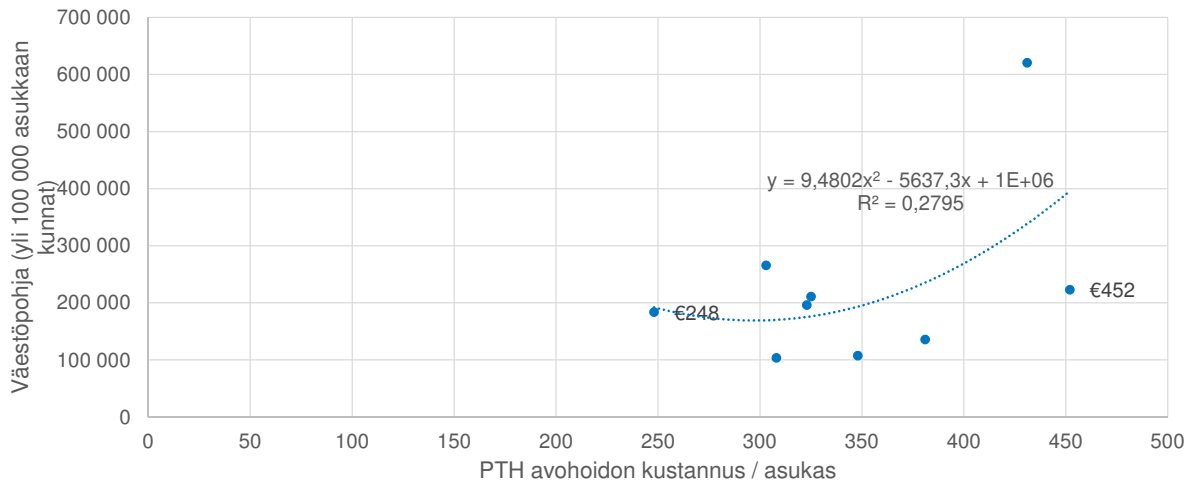
Lähde: Kuntaliitto

82

Eikä väestöpohja vaikuta asukaskohtaisiin PTH avohoidon kustannuksiin yli 100 000 asukkaan kaupunkeja tarkasteltaessa

Väestöpohja yli 100 000 asukasta

Väestöpohjan vaikutus PTH avohoidon kustannukseen per asukas yli 100 000 asukkaan kunnissa



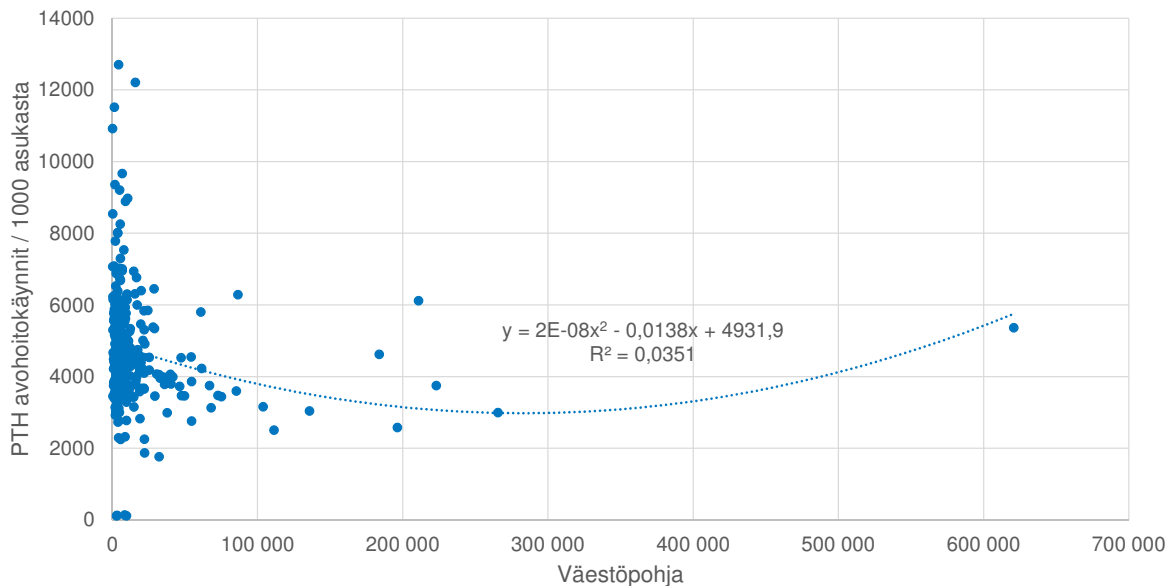
- Ero parhaimman ja huonoimman välillä on n. 45 %
- Ero keskiarvon ja parhaimman välillä on n. 32 %, suurten kaupunkien PTH avohoidon kustannusten keskiarvon ollessa 365 € / asukas

Lähteet: Kuntaliitto, THL

83

Väestöpohjalla ei ole vaikutusta perusterveydenhuollon avohoidon käyntimääriin suhteessa väestöön

Väestöpohjan vaikutus perusterveydenhuollon käyntimäärään per 1000 asukasta

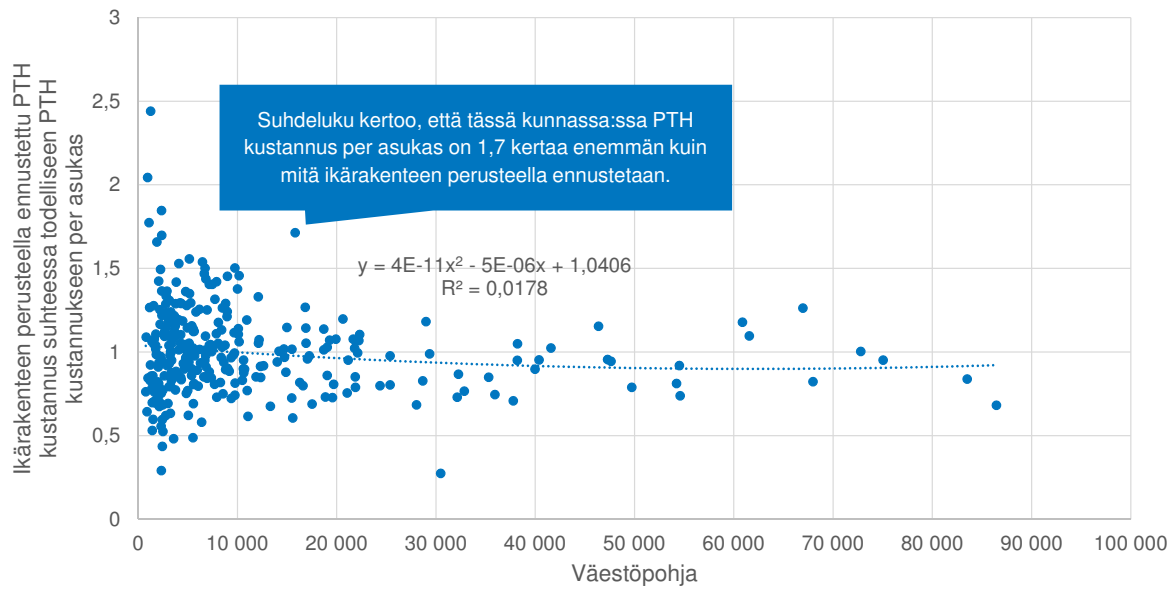


Lähteet: Kuntaliitto, THL

84

Ikävakioinnin jälkeenkään väestöpohjalla ei ole vaikutusta asukaskohtaiseen PTH kustannukseen

PTH kustannus per asukas suhteessa ikärakenteen perusteella ennustettuun PTH kustannukseen per asukas

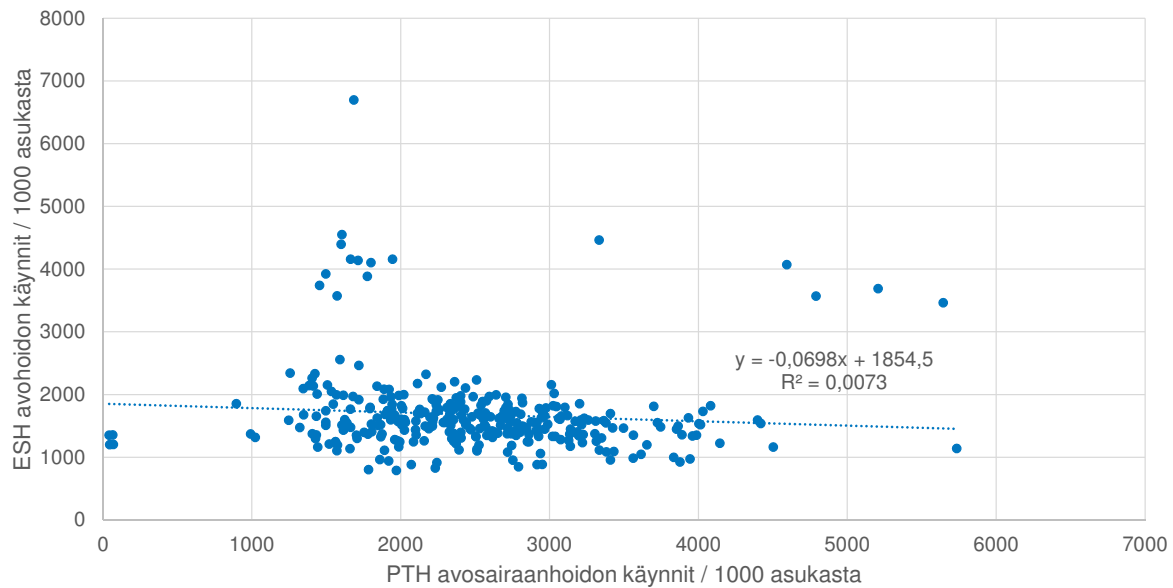


Lähteet: Kuntaliitto, THL

85

PTH avosairaanhoidon käyntimäärä ei vaikuta ESH avohoidon käyntimäärään

PTH avosairaanhoidon käyntimäärän vaikutus ESH avohoidon käyntimäärään

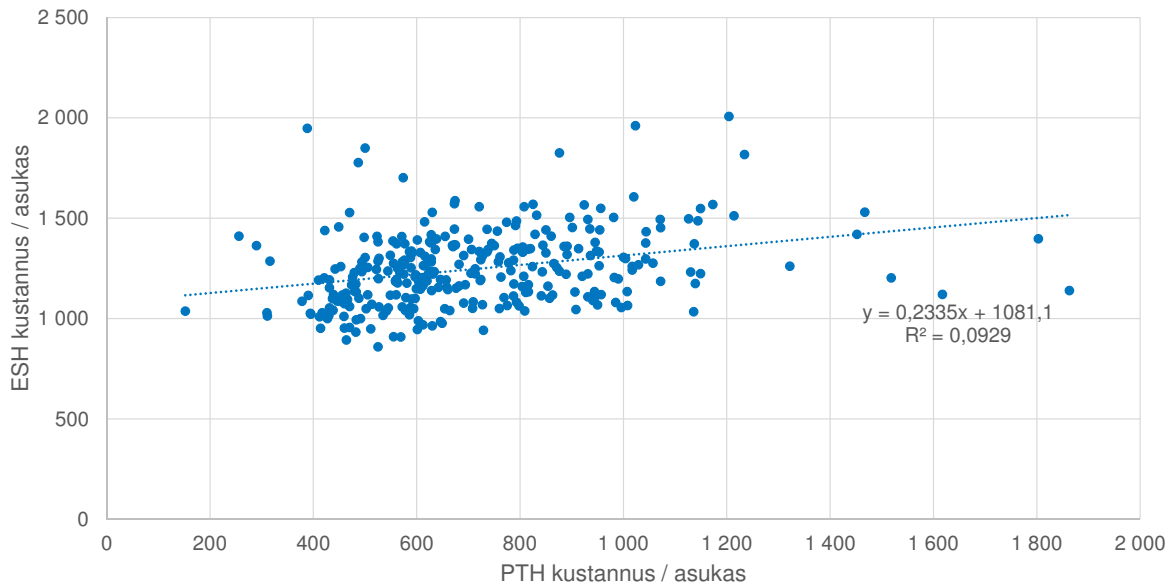


Lähteet: Kuntaliitto, THL

86

PTH kustannukset eivät korreloi ESH kustannusten kanssa

PTH kustannus per asukas vaikutus ESH kustannukseen per asukas v.2014

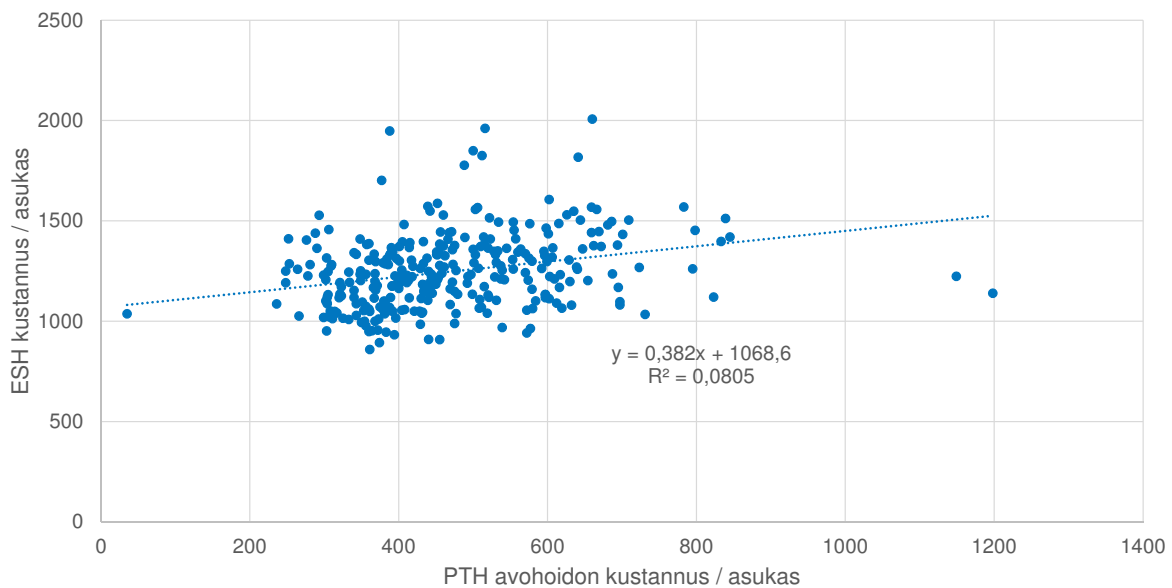


Lähde: Kuntaliitto

87

PTH avohoidon kustannukset eivät korreloi ESH kustannusten kanssa

PTH avohoidon kustannus per asukas vaikutus ESH kustannukseen per asukas v.2014

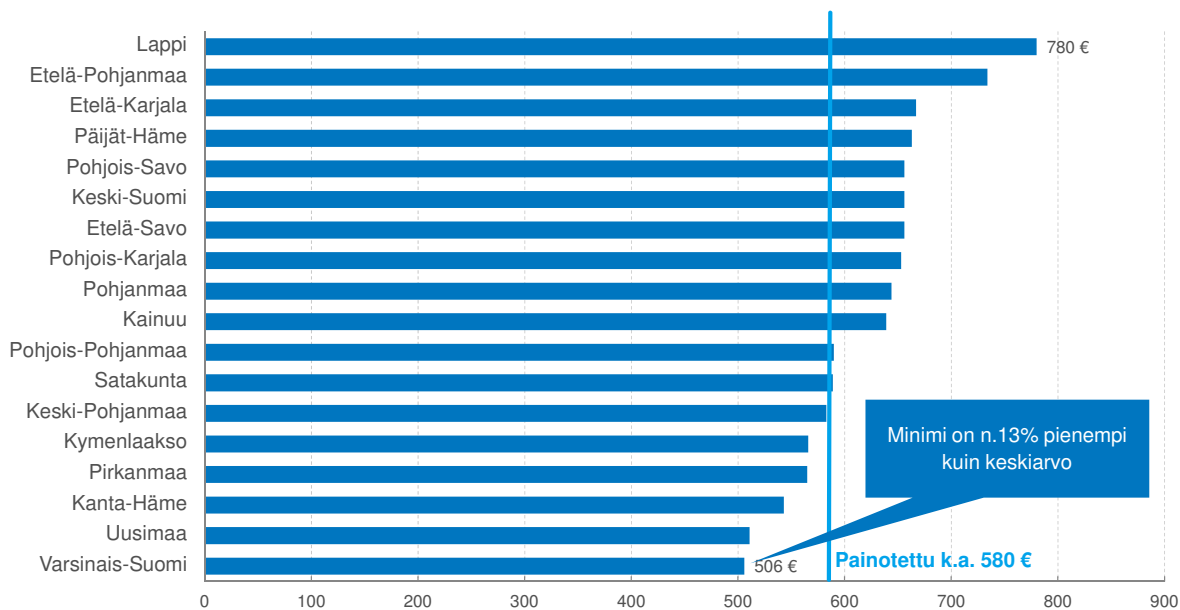


Lähde: Kuntaliitto

88

Maakuntatasolla Varsinais-Suomen ja Uudenmaan avohoidon kustannukset ovat n. 13 % alle maan keskiarvon

Perusterveydenhuollon avohoidon kustannus per asukas maakunnittain



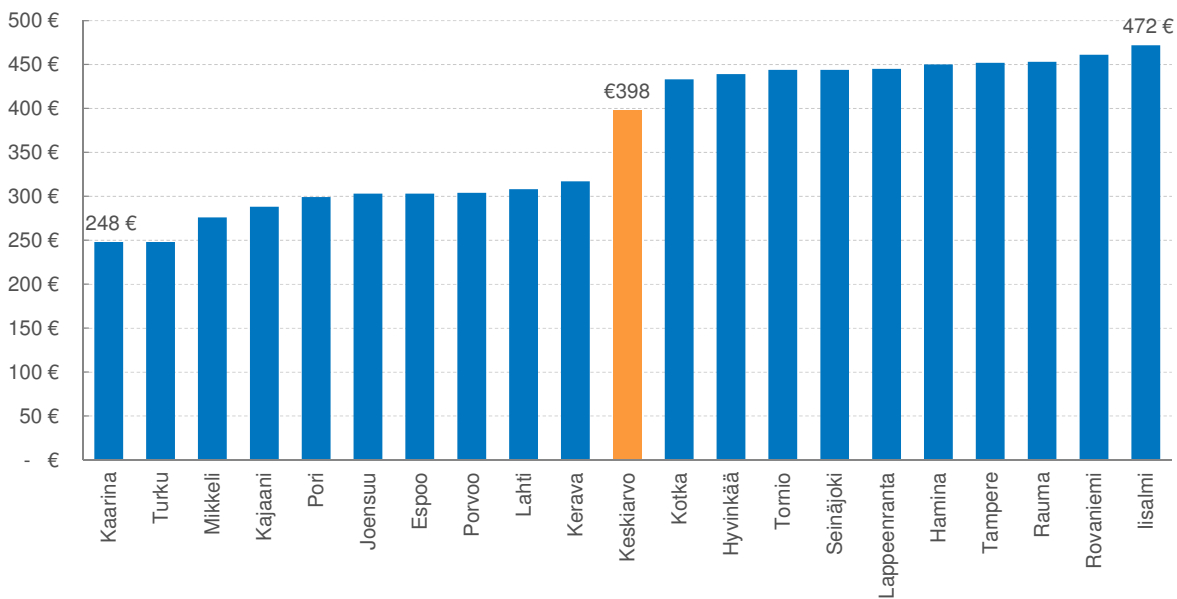
Lähde: Kuntaliitto

89

PTH avohoidon kustannuksissa kuntien väliset erot ovat lähes kaksin kertaisia ja alhaisimmat kustannukset ovat n. 37 % alle keskiarvon

Avosairaanhoito on n. 44 % koko avohoidon kustannuksista = 175 € / asukas

Perusterveydenhuollon avohoidon nettokustannukset per asukas top 10 ja huonoin 10 kuntaa (yli 30 000 asukkaan kuntia)



Lähde: Tilastokeskus, HUOM sisältää perusterveydenhuollon kotisairaanhoitojen kustannuksia

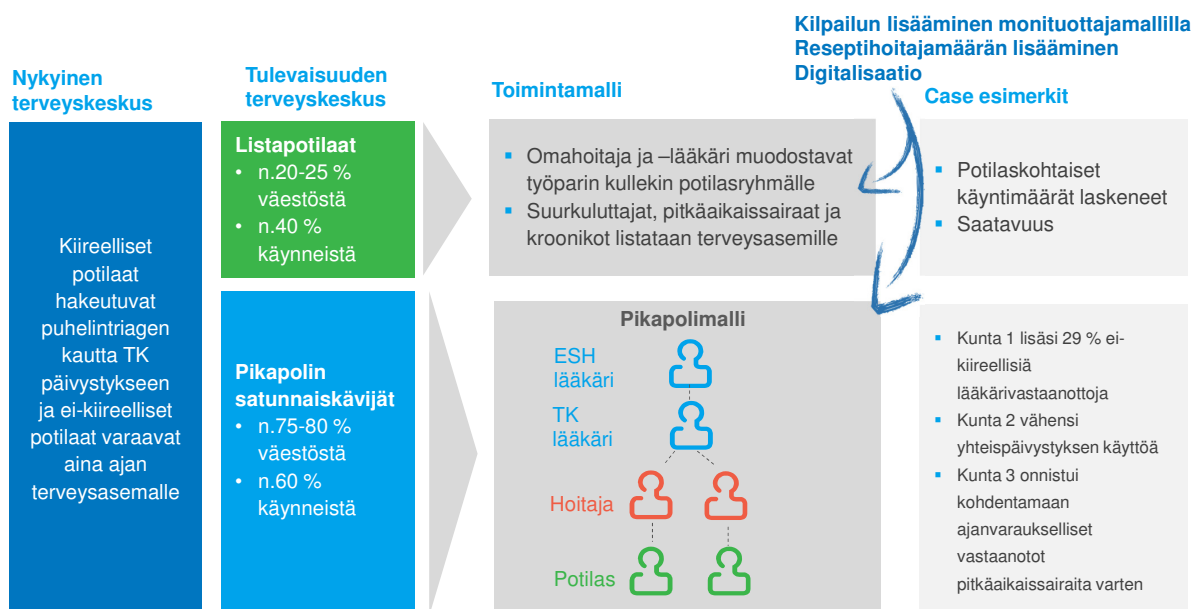
90

Lyhyt yhteenveto tausta-analyysistä

- Demografiset erot selittävät vain vähän eroja perusterveydenhuollon avopalveluiden käytössä tai kustannuksissa
- Väestöpohjalla ei ole myöskään juuri merkitystä käytön tai kustannusten selittäjänä
- PTH avopalvelut eivät korreloi merkittävästi erikoissairaanhoidon käytön kanssa
- Kuntien ja maakuntien välillä on suuria eroja PTH –avopalveluiden käytössä ja kustannuksissa

91

Terveyskeskusasiakkaiden parempi segmentointi ja palveluihin ohjaus takaa säästöjä tulevaisuuden terveysasematoiminnassa



PTH Ostopalveluiden määrä on n. 195 m€

- Ostopalveluiden määrä on kasvanut 2000-luvulla moninkertaiseksi (vuonna 2000 ostoja alle 50 m€)
- Todennäköisesti tulevaisuudessa trendi on edelleen kasvava, mutta vaikutusarviot tehdään toiminnallisesta näkökulmasta: paljonko nykyisin ostopalveluiden alla oleva toiminta sisältää kustannussäästöpotentiaalia
- 2000-luvun alkupuolelta lähtien kunnat ovat ostaneet perusterveydenhuollon palveluita usein ”resurssipulan” vuoksi, jolloin ostot eivät välttämättä lisänneet kustannusvaikuttavuutta suhteessa verokkikuntiin
 - NHG:llä on kokemusta lukuisista hankkeista, joissa on havaittu, että resurssien ostaminen nostaa yksikkökustannuksia
- Viime vuosina on ostopalveluissa kiinnitetty yhä enemmän huomiota laatuun ja vaikuttavuuteen ja tästä on hyviä tuloksia esimerkiksi:
 - THL tutki Mänttä-Vilppulan ulkoistuksia ja tulokseksi saatiin 8 % kustannusten vähenemä yhden vuoden aikana, kun verokkikunnissa kustannukset kasvoivat 5 %
 - Aalto-yliopiston JYVÄ-hankkeessa tutkittiin Espoon ulkoistuksia ja todettiin, että kustannus per asukas oli ulkoistetuilla asemilla vertailukelpoinen julkisiin terveysasemiin, mutta odotusajat vähenivät ja asiakastyytyväisyys parani, kun tuottavuus nousi
- **Tulokseksissa hankinnoissa on ostettu suoritteiden tai yksittäisten resurssien sijaan toimintakokonaisuus, jolle voidaan asettaa laadulliset ja/tai vaikuttavuuteen perustuvat tulostavoitteet ja -palkkiot**
- Siirryttäessä laajemmin tulosperustaiseen hankintaan nykyisen hankintakäytännön sijaan, arvioitu **säästöpotentiaali on n. 47 m€**

Avosairaanhoidon säästöpotentiaalien analysointi

1. Potilassegmentointi listapotilaisiin ja akuuttivastaanottoihin

- a) Listapotilaiden omahoitaja ja -lääkärimalli hoitosuunnitelmaan pohjautuen
- b) Pikapolimalli akuuttivastaanottojen perustaksi

2. Sähköisten palveluiden tuomat hyödyt kokonaistasolla (kumpaankin potilassegmenttiin)

- Seuraavilla kalvoilla on käyty läpi näiden mekanismien vaikutuksia

Listattavien potilaiden osuus väestöstä n. 20-25 %

Potilaiden listaaminen takaa hoidon jatkuvuuden ja hoitosuunnitelmien tarkemman seuraamisen

Usein terveysasemal palveluita tarvitsevat potilaat on hyvä listata hoitajille ja lääkäreille, jotta saadaan varmistettua hoidon jatkuvuus ja seurattua heidän terveysasemal palveluiden käyttöä

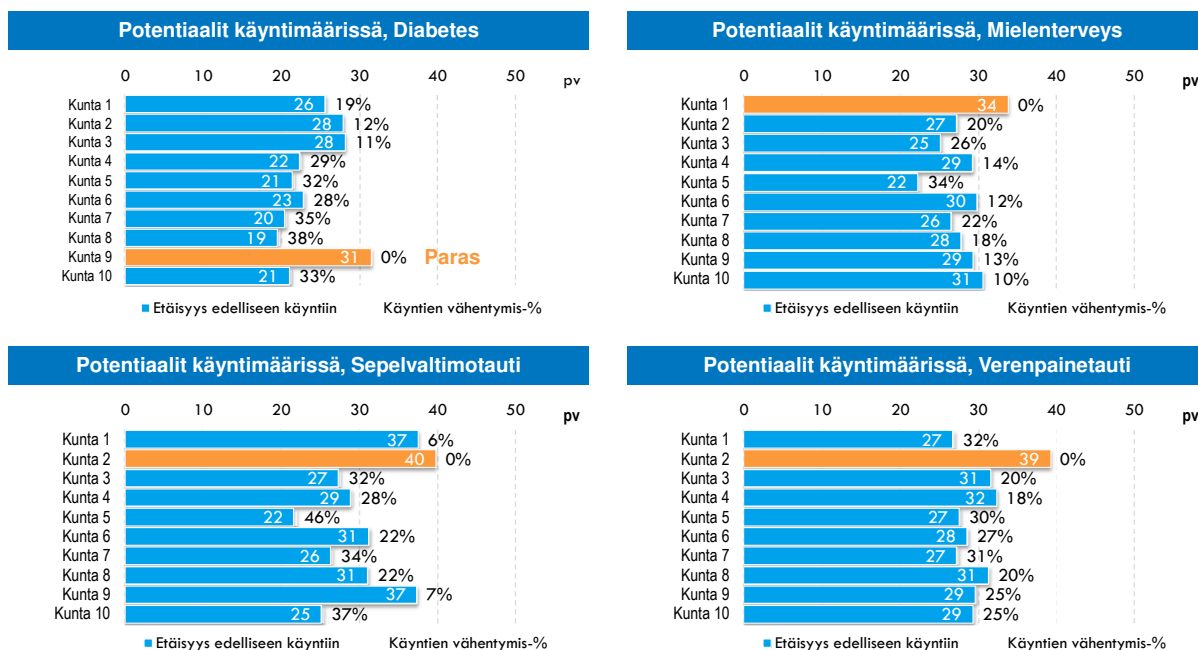
- NHG Benchmarkingin mukaan n. 10 % väestöstä on usein terveysasemal palveluita käyttäviä (yli 5 lääkärikäyntiä / vuosi), suurkuluttajista puolella on pitkäaikaissairaus
- Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä 25 %
- Pitkäaikaissairaiden potilaiden osuus väestöstä n. 20 %
 - Diabetespotilaiden osuus väestöstä 10 %
 - Verenpainetautipotilaiden osuus väestöstä 10 %
 - Sepelvaltiotautipotilaiden osuus väestöstä 2 %
- Kunnassa 1 listattujen potilaiden osuus 25 % väestöstä, kunnassa 2 listattujen potilaiden osuus on n. 30 % ja kunnassa 3 listattujen potilaiden osuus on n. 27 %
 - Ensimmäisissä listaamismalleissa on listattu resurssien kohdentamisen näkökulmasta osittain "tarpeettoman suuri osuus" potilaista
 - Listattuja potilaita 300-400 potilasta per lääkäri
- Arvion mukaan vastaanottajan ollessa sama säästyy vastaanottoajasta n. 10 min potilastietoihin perehtymisessä
 - Säästöpotentiaali on 20 % 30 min vastaanotolla
 - NHG Benchmarkingin mukaan **listaamattomana usein terveysasemal palveluita käyttävät käyvät keskimäärin 5 eri lääkärin ja 3 eri hoitajan vastaanotolla vuoden aikana**
 - Listaa missä tietyille potilasryhmille omahoitaja ja -lääkäri -työpäri (isommissa kaupungeissa tiimi), jolla vähennetään vaihtuvuutta

Lähde: Kela, NHG Benchmarking, NHG projektit

95

Pitkäaikaissairaiden suurkuluttajien käyntivälien pidentämisellä säästöpotentiaali n. 10 %

Käyntivälejä pidentämällä voitaisiin vähentää n.40 % suurkäyttäjryhmän käyntejä



Vähenevät käynnit % tarkoittaa prosentiosuutta kaikista kyseisten suurkuluttajien käynneistä. Yli 365 päivän käyntivälejä ei huomioidu

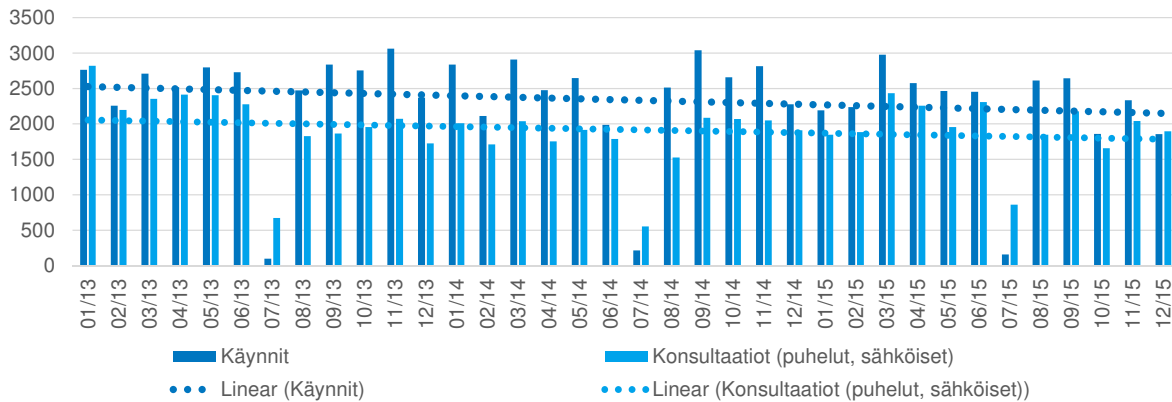
Suurkuluttaja = potilas, jolla on yli 5 lääkärikäyntiä vuodessa. Suurkuluttajien käyntimäärän osuus kaikista vastaanotokäynneistä n. 20 %

Lähde: NHG Benchmarking

96

Tutkitussa kunnassa listaamismallin käyttöönoton jälkeen (2014) käyntimäärät ovat laskeneet yli 10 %, potilasmäärä pysynyt ennallaan

PTH avohoidon käynnit ja konsultaatiot



- Listatuilla pysyvät omahoitajat ja –lääkärit
- Hoitosuunnitelmilla iso merkitys hoidon ja palvelun tasapainossa pitämisessä → hoitotasapaino ja suunnitelman mukaiset, tarvittavat kontrollit

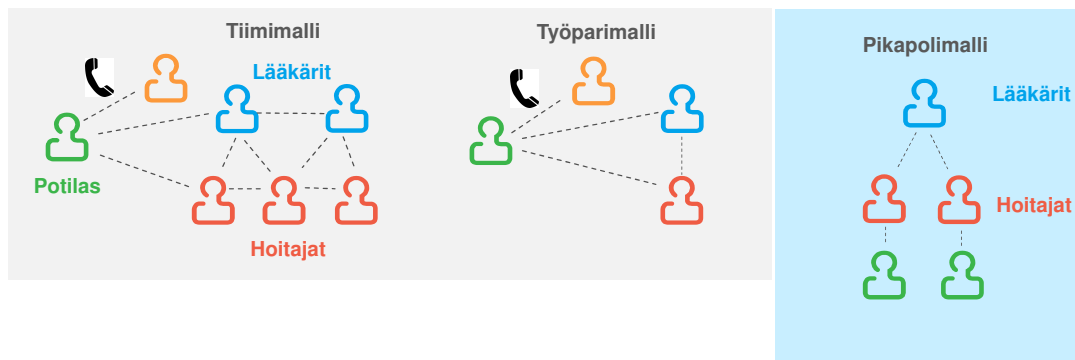
Lähde: NHG analyysit

97

Pikapolimallissa tavoitteena on siirtää onnistuneesti työtä lääkäriltä hoitajalle lääkärin konsultaatiotuen avulla

Pikapolimallin idea

- Pikapolimallissa toimii tiimi, joka koostuu vastaanottavista sairaanhoitajista ja heidän tukena konsultaatiota tarjoavasta lääkäristä
 - Vastaava konsultaatioketju voidaan tarvittavasti ulottaa erikoislääkäritasolle (reaaliajassa) integraation myötä
- Potilaat saapuvat **ajanvarauksettomasti** kiireellistä vastaanottoa vaativissa tilanteissa (kuitenkaan henkeä uhkaavissa tilanteissa, vaan mm. flunssa, korvatulehdus)
- Hoitaja ensin vastaanottaa potilaat vuoronumerjärjestyksessä ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä tai pyytää hänet mukaan vastaanottotilanteeseen tarvittaessa



98

Pikapolimallin myötä lääkärin kiireettömien vastaanottojen saatavuus on parantunut ja päivystyksen käyttö on vähentynyt

Pikapolimallilla saavutetut hyödyt

- Virka-ajan ja virka-ajan ulkopuolisen yhteispäivystyksen käyttö on vähentynyt
- Lääkärin kiireettömien vastaanottojen saatavuus on parantunut
- Hoitajien puhelintyömäärä on vähentynyt
- Päästy keskittymään paremmin pitkäaikaishoidettaviin
- Hoitajien työnkuva on monipuolistunut
- Lääkäreiden työaika saadaan suunnattua potilastapauksiin, missä lääkärin ammattitaidolla saadaan tuotua suurin lisäarvo
- Potilaiden tyytyväisyys terveysasemapaalveluihin on parantunut
- Potilasohjaus on toiminut paremmin, eikä potilaalla ole tarpeettoman montaa kontaktia terveysasemahenkilökunnan kanssa ennen kuin hän saa tarvitsemansa avun ja hoidon
- Rovaniemellä otettu käyttöön sähköinen vuoronumerojärjestelmä, mikä on tasannut pikapolin kysyntää

Pikapolimalli on otettu käyttöön Rovaniemellä, Espoossa, Ylä-Savossa, Oulussa ja muutamilla yksityisillä lääkäriasemilla

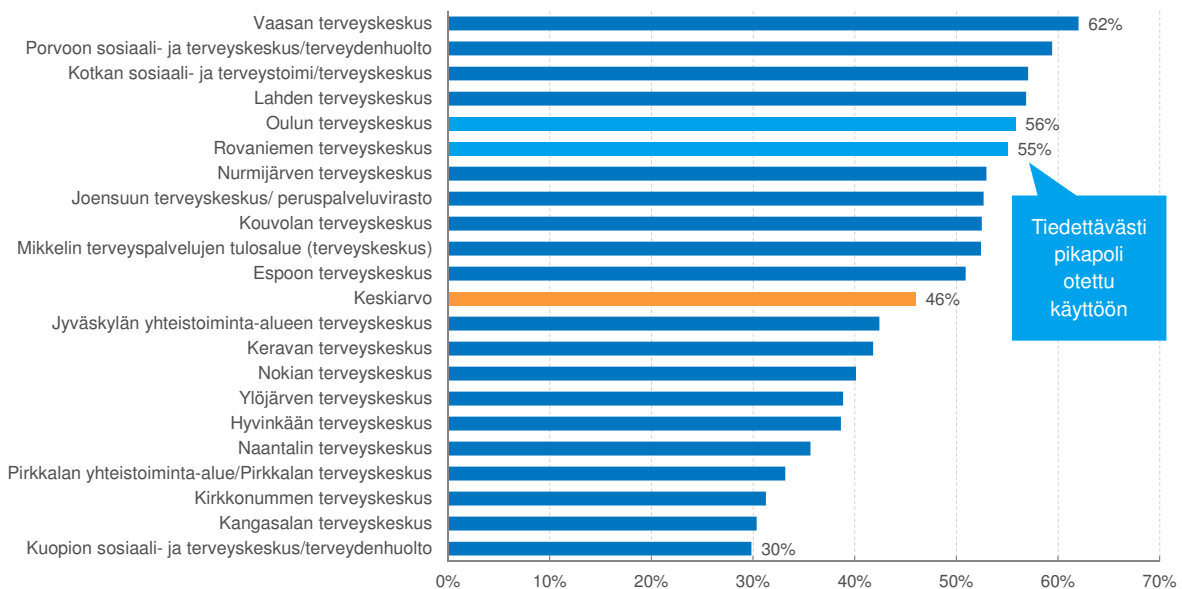
Lähde: NHG analyysit

99

Keskimäärin hoitajavastaanottojen osuus on 46 % avosairaanhoidon käynneistä, mikä pikapolissa nousee n 60 % tasolle

Säästöpotentiaali n. 18 % ylletessä parhaalle tasolle

Saira- ja terveydenhoitajan käyntien osuus PTH avosairaanhoidon käynneistä, top 10 ja huonoin 10 terveysasemaa



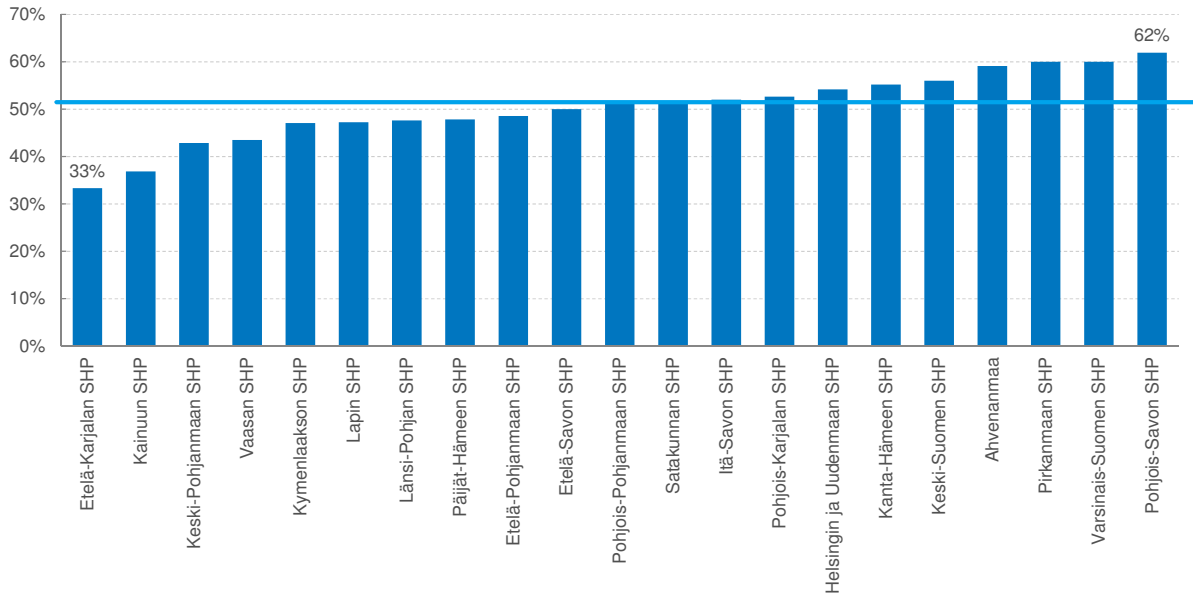
Tiedettävästi
pikapoli
otettu
käyttöön

Lähde: AvoHILMO

100

Avohilmo-otanta edustaa koko maan keskiarvoa: lääkärikäyntejä n. 53%, hoitajakäyntejä n 47 %

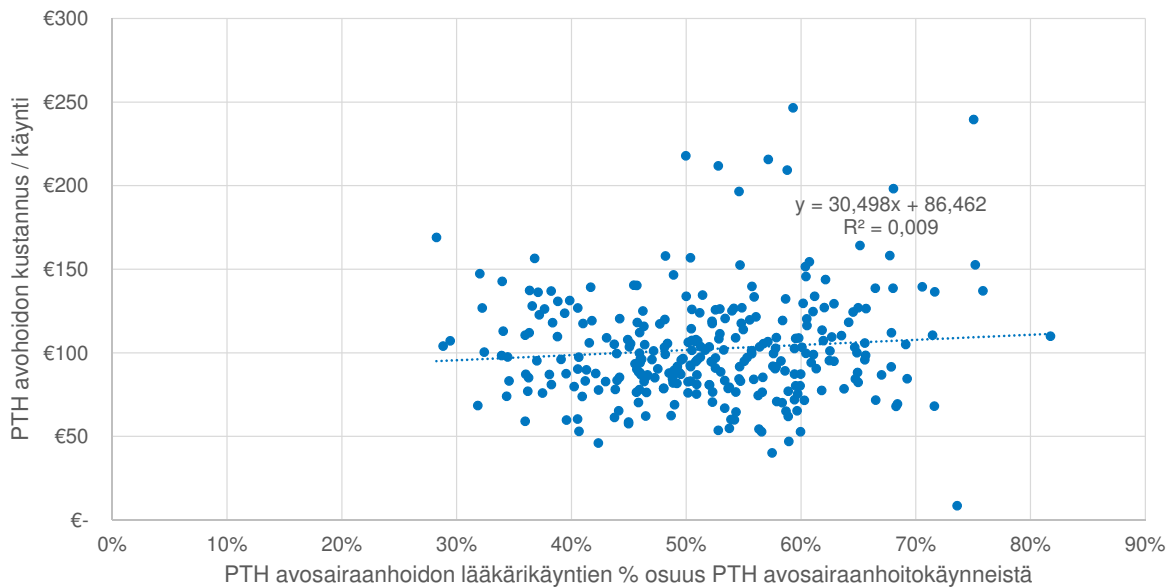
Lääkärikäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä



Lähde: Tilastokeskus

101

Lääkärikäyntien osuus ei nykytilanteessa vaikuta PTH avohoidon käyntikustannukseen



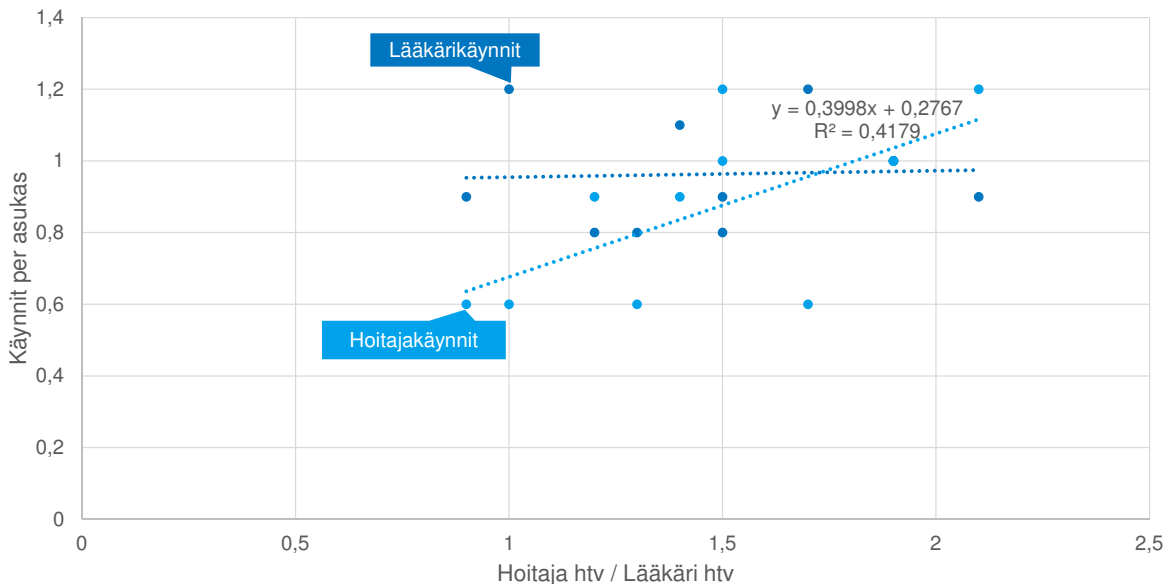
Lähde: Tilastokeskus, THL

102

Sillä hoitajaresurssin kasvaessa suhteessa lääkäreihin, käynnit suhteessa väestöön kasvaa- töitä ei saada siirrettyä lääkäriltä hoitajille

Jotta töitä saadaan siirrettyä onnistuneesti tarvitaan lääkärin konsultaatiotuki → pikapolimalli

Hoitajaresursoinnin vaikutus PTH avohoidon käyntimäärään per asukas

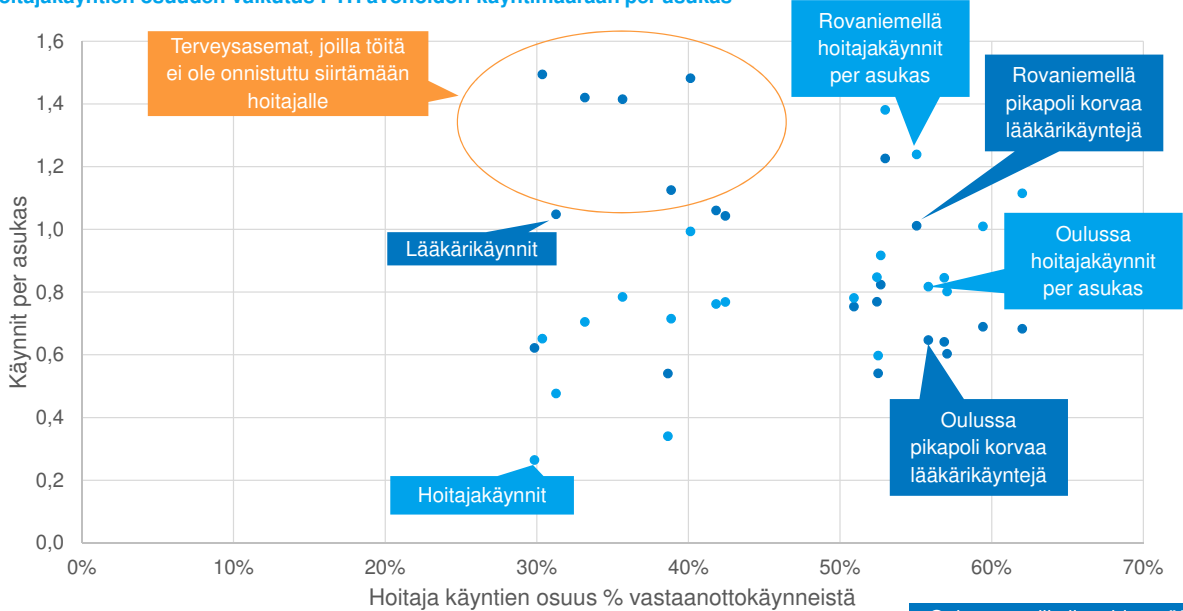


Lähde: NHG Benchmarking

103

Pikapolin avulla töitä on saatu siirrettyä onnistuneesti hoitajalle, mikä on vähentänyt lääkärikäyntejä suhteessa väestöön

Hoitajakäyntien osuuden vaikutus PTH avohoidon käyntimäärään per asukas



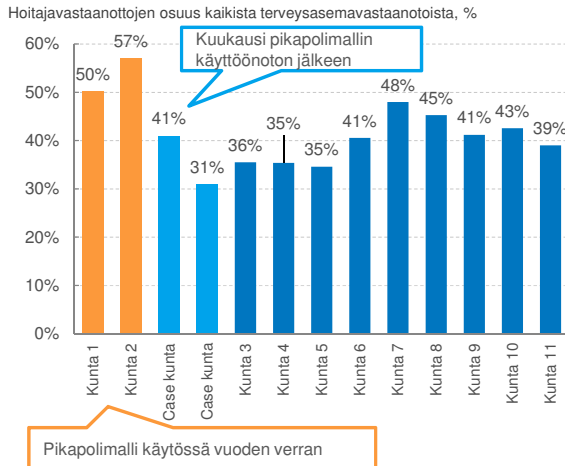
Lähde: NHG Benchmarking

Oulussa malli ollut pidempään käytössä, Rovaniemellä otettu syksyllä 2014 käyttöön

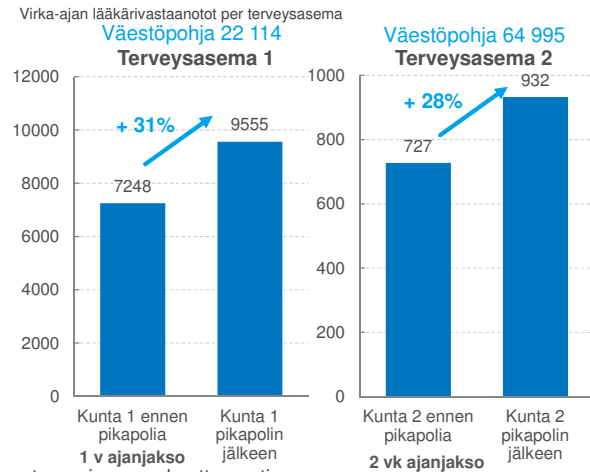
Pikapoli tehostaa lääkäreiden ei-kiireellisten vastaanottojen määrää n. 30 %, toisaalta suurin kustannussäästö tulee päivystyksen käytön vähenemisestä

Pikapolimalli onnistuu siirtämään töitä lääkäriltä hoitajalle samalla vähentäen kontaktimäärää per potilas

Pikapoli kasvattaa hoitajavastaanottojen osuutta



Samalla lääkäreiden käyntituottavuus paranee



- Pikapolimallissa hoitaja ottaa kiireellisiä ja ei-kiireellisiä potilaita vastaan ajanvarauksettomasti
- Hoitaja työskentelee itsenäisesti vain lääkärin kevyellä konsultaatiotuella, mutta pyytää lääkärin mukaan vastaanottotilanteeseen tarvittaessa
- Pikapolimalli on vähentänyt erityisen paljon kontaktimääriä per potilas, Nykymalli: puhelu hoitajalle → hoitajavastaanotto → lääkärin vastaanotolle varataan aika → lääkärin vastaanotto → jatkohoitotoimenpiteet. Pikapolissa: ajanvarauksettomasti hoitajavastaanotto → (lääkärikonsultaatio) → jatkohoitotoimenpiteet

Lähde: NHG Benchmarking

105

Pikapolitoiminnan kustannussäästöpotentiaali n. 35 %

Säästölaskelma bottom-up

- Nykymallissa lääkärillä n. 8 vastaanottoa / päivä ja hoitajalla n. 6 vastaanottoa / päivä
 - Lääkäriavastanoton hinta n. 60 €
 - Terveyskeskuslääkärin keskipalkka on n. 6 800€/kk, kustannus kunnalle on 6 800€/kk x 1,4 (työntekijän palkkauksen lisäkorvaus) = 9 520 € /kk
 - Lääkäri ottaa keskimäärin 8 vastaanottoa / päivä (sis. Kiireelliset ja kiireettömät vastaanotot / päivä), mikä tekee 160 käyntiä / kk
 - Käynnin hinta on 60 € / lääkärin vastaanotto = 9 520 €/kk / 160 vastaanottoa/kk
 - Hoitajavastaanoton hinta n. 30 €
 - Sairaanhoidajan keskipalkka on n. 2 500 €/kk, kustannus kunnalle on 2 500 €/kk x 1,4 (työntekijän palkkauksen lisäkorvaus) = 3 500 € / kk
 - Hoitaja tekee keskimäärin 6 vastaanottoa / päivä, mikä tekee 120 käyntiä / kk
 - Käynnin hinta on 30 € / vastaanotto = 3 500 € / kk / 120 vastaanottoa / päivä
- Pikapolimallissa lääkärillä keskimäärin 12 vastaanottoa per päivä (pikapolivastaanottoja n. 14 / päivä ja listapotilasvastaanottoja n. 7 / päivä) ja hoitajalla n. 10 vastaanottoa per päivä (pikapolivastaanottoja n. 12/päivä ja listapotilasvastaanottoja n. 7 / päivä)
 - Lääkäriavastanoton hinta on n. 40 €
 - Terveyskeskuslääkärin keskipalkka on n. 6 800€/kk, kustannus kunnalle on 6 800€/kk x 1,4 (työntekijän palkkauksen lisäkorvaus) = 9 520 € /kk
 - Lääkäri ottaa keskimäärin 12 vastaanottoa / päivä, mikä tekee 240 käyntiä / kk
 - Käynnin hinta on 40 € / lääkärin vastaanotto = 9 520 €/kk / 240 vastaanottoa/kk
 - Hoitajavastaanoton hinta on n. 18 €
 - Sairaanhoidajan keskipalkka on n. 2 500 €/kk, kustannus kunnalle on 2 500 €/kk x 1,4 (työntekijän palkkauksen lisäkorvaus) = 3 500 € / kk
 - Hoitaja tekee keskimäärin 10 vastaanottoa / päivä pikapolitoimintamallissa, mikä tekee 200 käyntiä / kk
 - Käynnin hinta on 18 € / vastaanotto = 3 500 €/kk / 200 vastaanottoa/kk
- Hoitajakäyntien osuus nykyään n. 46 %, kun pikapolimallissa hoitajakäyntien osuus on mahdollista nostaa parhaimman tasolle eli n. 60%
 - 60 € / lääkäriavastanotto x 0,54 + 30 € / hoitajavastaanotto x 0,46 = keskimääräinen vastaanoton hinta 46 € / vastaanotto
 - 48 € / hoitajavastaanotto x 0,40 + 18 € / hoitajavastaanotto x 0,60 = keskimääräinen vastaanoton hinta 30 € / vastaanotto
 - **Kustannussäästö n. 35 %**

Lähde: NHG Benchmarking, THL, Lääkäriliitto ja Tehy

106

Sähköisten palveluiden laajemmalla käyttönotolla voidaan säästää PTH avosairaanhoidon kustannuksia n. 15 %

Sähköinen hyvinvointitarkastus ja -valmennus

- Hyvinvointitarkastusten tehostuminen avosairaanhoidossa 5 % ja neuvolatyöskentelyssä 25 %¹

Älykkäät oirearvioinnit ja palvelutarpeenarviot

- Kokonaan tai osittain itsearviointiin siirtyneiden kustannushyödyt puhelinliikenne 22,5% ja vastaanottokäynnit 15%¹
- Puhelinliikenteen tehostuminen 22,5% ja vastaanottokäyntien tehostuminen 22,5 % oirearvioiden tehostumisen takia¹

Hyvinvointisuunnitelman liittäminen omahoitoon ja terveystaltioratkaisuun

- Oirearvion tehostuminen 20 %¹
- Käyntien tehostuminen sähköisten esitetietojen hyödyntämisen myötä 25 %¹

Säästöpotentiaali sähköisten palveluiden myötä

- Avosairaanhoidossa yhteensä 10,9 miljoonaa käyntiä
 - Avosairaanhoidon kustannukset n. 1,2 mrd €
- Neuvolakäyntimäärä yhteensä 19 miljoonaa käyntiä
 - Äitiysneuvola n. 888 000 käyntiä, lastenneuvola n. 17,9 miljoonaa käyntiä ja perhesuunnitteluneuvola n. 210 000 käyntiä
 - Neuvolatoiminnan kustannukset n. 190 M €
- ODA hankkeessa oli arvioitu kustannussäästöksi 17 € / asukas / vuosi, minkä on arvoitu vastaavan n. 100 M € säästöjä valtakunnallisesti eli n. 5 % PTH avohoidon kustannuksista**

Lähde: ¹ODA hanke

107

PTH avosairaanhoidon kustannussäästöpotentiaali n. 450 M €

TOP-DOWN

Nykyinen terveyskeskus

verrattaessa alhaisinta kustannustasoa keskiarvoon, ero 37 % → **440 M €**

BOTTOM-UP

Tulevaisuuden terveyskeskus

Säästöpotentiaali n. 24 % seurantakäyntien käyntivälin pidentämisellä

Sähköiset palvelut

Pikapolin säästöpotentiaali n. 44 %

Kustannussäästöpotentiaali

Listapotilaiden kontrollivälien pidentäminen n. 10 % **50 M €**
Sähköiset palvelut säästöpotentiaali n. 15 % **67 M €**

Pikapolin säästöpotentiaali n.35 % **261 M €**
Sähköiset palvelut säästöpotentiaali n. 15 % **73 M €**

Ohjatulla kilpailulla mahdollisuus tehostaa toimintaa

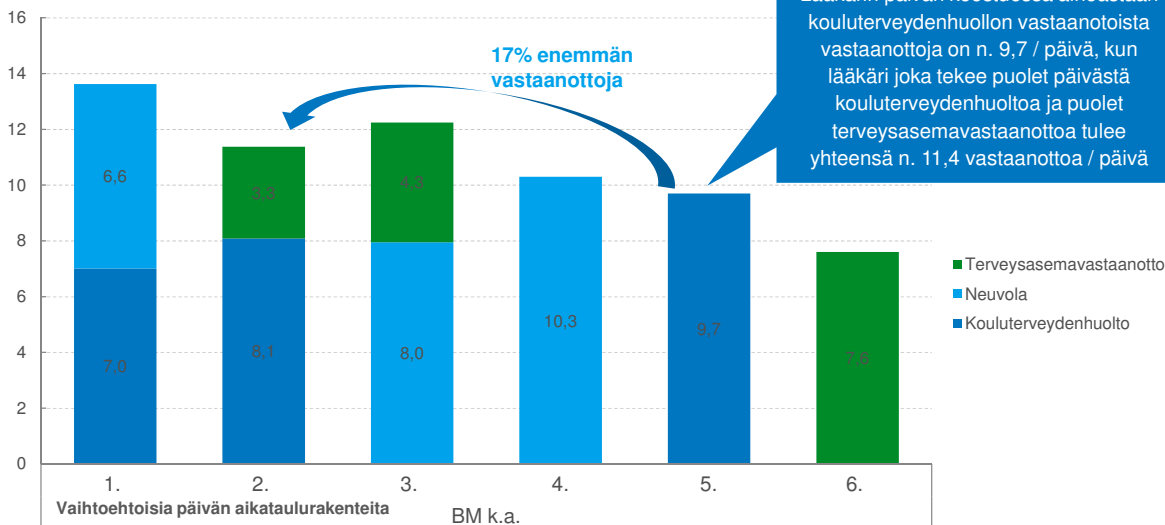
Lähde: Tilastokeskus, THL. Tarkempi kustannusjakauma on tehty THL:n terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014 raportin mukaisesti Tilastokeskuksen kokonaiskustannuksiin. Kustannussäästöissä huomioitu PTH lääkärin ja hoitohenkilöstön kustannus avosairaanhoidossa ja PTH työterveydenhuollossa

108

Integroitaessa neuvola- ja kouluterveydenhuollon toimintaa terveysasemavastaanotto toiminnan kanssa, säästöpotentiaali on n. 20%

Integroitaessa neuvola, kouluth ja ta toiminta, päivittäinen kokonaisvastaanottomäärä kasvaa

Virka-ajan lääkäri vastaanottoja / päivä / vastaanottaja



1. = vastaanottopäivä jolloin neuvola ja kouluth vastaanottoja
 2. = vastaanottopäivä jolloin ta ja kouluth vastaanottoja
 3. = vastaanottopäivä jolloin ta ja neuvola vastaanottoja
 4. = vastaanottopäivä jolloin vain neuvolavastaanottoja
 5. = vastaanottopäivä jolloin vain kouluth vastaanottoja
 6. = vastaanottopäivä jolloin vain ta vastaanottoja

Lähde: NHG Benchmarking

109

Perusterveydenhuollon säästöpotentiaali on n. 530 miljoonaa euroa

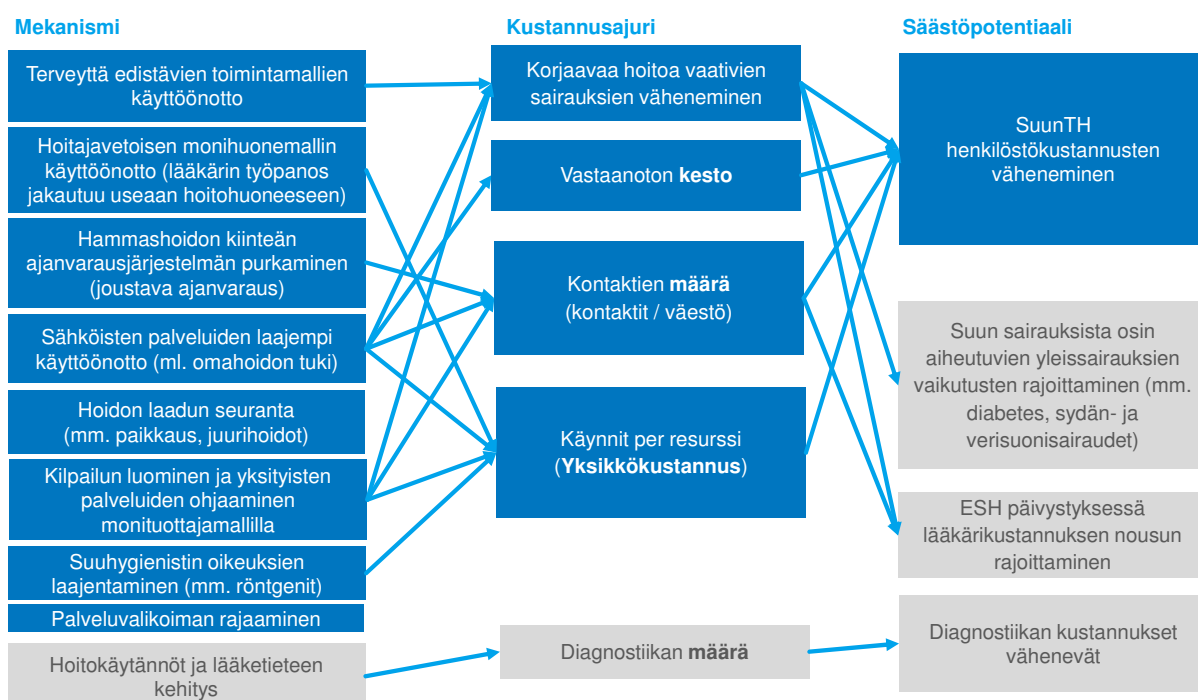
MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€
Hoitajavetoisen akuuttivastaanottomallin käyttöönotto	Vastaanoton kesto	TK lääkäri henkilöstökustannusten väheneminen 250
Suurkuluttajien ja kroonikoiden listaaminen ja hoidon jatkuvuus	Kontaktien määrä (kontaktit / väestö)	TK hoitohenkilöstön henkilöstökustannusten väheneminen 200
Sähköisten palveluiden laajempi käyttöönotto	Käynnit per resurssi (Yksikkökustannus)	Neuvola ja kouluth henkilöstökustannusten väheneminen 38
Paremmat ESH konsultaatiomahdollisuudet	PTH päivystyskäyntien määrä (käynnit / väestö)	Ostopalveluista säästäminen 47
Kilpailun luominen monituottajamallilla	Puheluiden määrä	Yhteensä 530

110

Sisältö

- 1 **Terveyspalveluiden säästömekanismit**
 - Suun terveydenhuolto
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

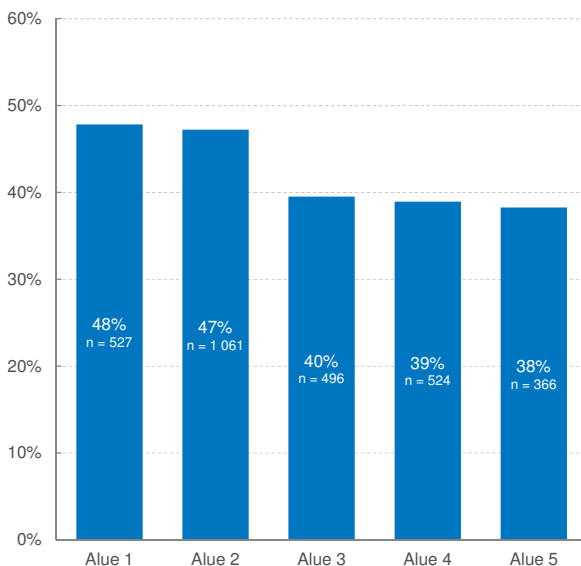
Kuntien järjestämän suun terveydenhuollon viitekehys



Terveyden edistäminen: Yli puolelle riskipotilaista ei onnistuta estämään uusien reikien syntymistä

Ajanjakso riskiryhmään* määrittelystä seuraavaan tarkastukseen 1 – 5 vuotta

Osuus riskiryhmään* kuuluvista potilaista, joille ei kehity seuraavaan tarkastukseen paikkausta tarvitsevia reikiä



*Riskiryhmässä ovat mukana kaikki potilaat, joilla on todettu edellisessä tarkastuksessa $i > 4$

113

Onnistuneella terveyden edistämällä voidaan ehkäistä riskiryhmän potilaiden hampaiden reikiintymistä

- Kariesvaurioiden pysähtyminen
- Osuus riskiryhmään kuuluvista ($i > 4$), joille ei kehity seuraavaan tarkastukseen mennessä paikkaushoitoa tarvitsevia reikiä ($D = 0$)
- Alueilla 1 ja 2 selvästi muita suurempi osuus riskiryhmään kuuluvista selviää ilman paikkaustarvetta
- Koko kunnan keskiarvo on noussut vuoden 2010 38%:sta vuoden 2014 43%:iin
- Tuloksia tulkittaessa tulee huomioida, että i-indeksin käyttö ei ole standardoitua, eikä mittarissa erotella aktiivisia alkavia reikiä pysähtyneistä

Terveyden edistäminen: Väestölähtöistä terveystyötä voitaisiin keskittää ja laajentaa huomattavasti

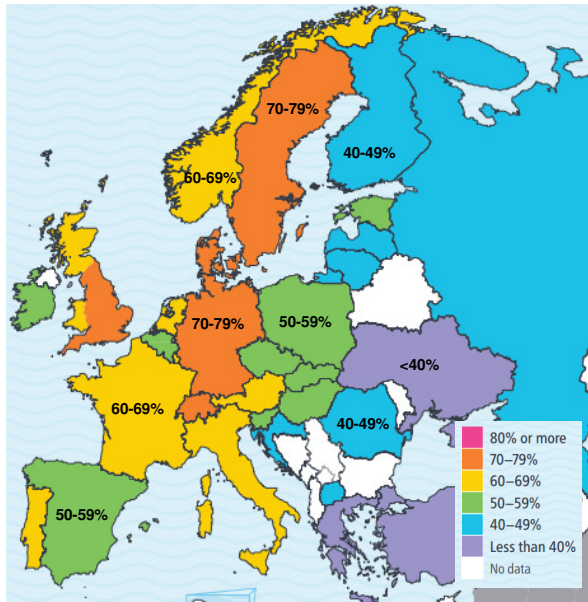
Oletteko tehneet yhteistyötä seuraavien tahojen kanssa suun terveyden edistämisen suhteen?

	Kunta1	Kunta2	Kunta3	Kunta4	Kunta5	Kunta6	Kunta7	Kunta8	Kunta9
Äitiys- ja lastenneuvolat	Kyllä		Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Varhaiskasvatus ja päivähoido	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Suunnitteilla	Kyllä	Suunnitteilla
Peruskoulu	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Muut oppilaitokset			Kyllä			Kyllä		Kyllä	Kyllä
Työterveyshuolto			Suunnitteilla			Kyllä			Suunnitteilla
Vanhustenhuolto	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Kaupat			Kyllä			Kyllä		Kyllä	
Urheiluseurat ja muu harrastustoim.						Kyllä		Kyllä	
Vesilaitokset			Suunnitteilla			Kyllä		Kyllä	
Jokin muu	Eläkeläisryhmät, MLL, sydänyhdistys					Sydänpiiri, ravitsemusterapeutit, seurakunta, poliisit, terveydenhoitajat, Satamaito, bussit, kauppakeskukset, paikallismedia		AMK:t	Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, päihdepalvelut, puolustusvoimat

114

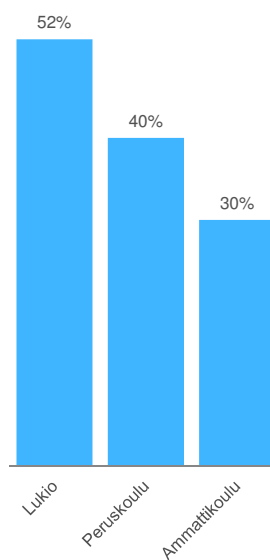
Terveyden edistäminen: Hampaiden harjausaktiivisuuden parantamiseen tulisi panostaa kansallisilla toimilla

Vähintään kahdesti vuorokaudessa hampaansa harjaavien 15-vuotiaiden poikien osuus



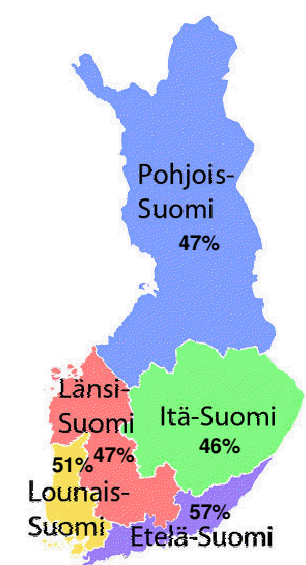
Lähde: WHO - Social determinants of health and well being among young people.

Vähintään kahdesti vuorokaudessa hampaansa harjaavien 15-18-v poikien osuus koulutuksen mukaan



Lähde: THL - Kouluterveyskysely

Vähintään kahdesti vuorokaudessa hampaansa harjaavien miesten osuus

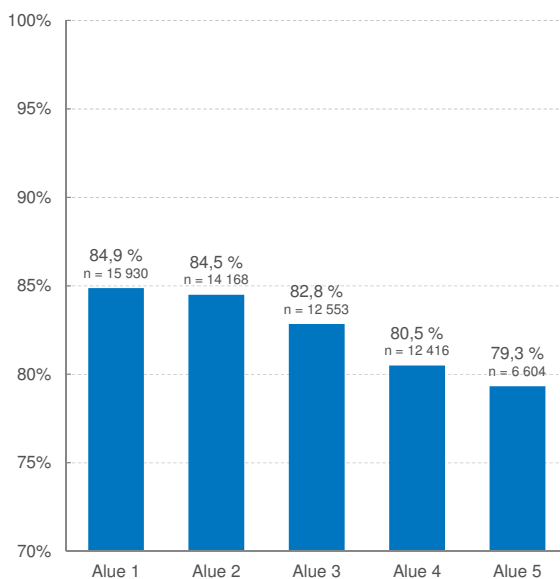


Lähde: THL - Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus

Laadun parantaminen: Vain 80% tehdyistä paikoista pysyy suussa kolme vuotta, vaikka paikkauksen kustannus jopa 100 euroa

Laskettu pintakohtaisesti*

Paikka kestänyt 3 vuotta, osuus kaikista paikkauksista (paikkaukset tehty vuonna 2011)



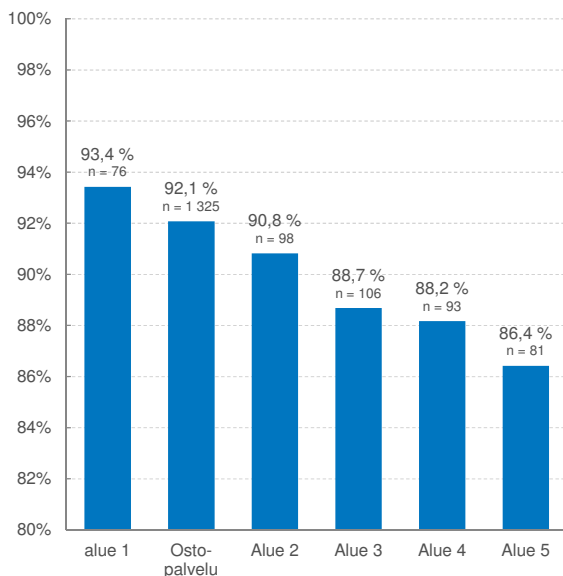
- Paikkaus lasketaan pysyneeksi, mikäli saman hampaan paikatuille pinnalle ei ole kohdistunut uutta paikkaustoimenpidettä 3 vuoden sisällä ensimmäisestä paikkauksesta. Yksi vastaavuus pinnoissa riittää määrittämään paikattavan reiän samaksi.
- Lähde: NHG Suun terveydenhuollon laaturekisteri

Paikkojen tulisi kestää vähintään 3 vuotta ilman uusintapaikkauksen tarvetta

- Pintakohtaisesti tarkasteluna vain 80% tehdyistä paikoista selviää kolme vuotta, ilman että paikkaus joudutaan uusimaan tai hammas joudutaan poistamaan
- Alueilla 1 ja 2 tehdyt paikkaukset kestävät parhaiten
- Paikkausten uusiminen 3 vuoden sisällä on yleistynyt 0,7 %-yksikköä vuodesta 2008, joten hoidon laadullisesta näkökulmasta katsottuna kehityssuunta on huono
- Ero tarkasteltaessa uusintapaikkauksia hammas- ja pintakohtaisesti oli noin 5 %-yksikköä
 - Hammaskohtaisesti tarkasteltuna vuonna 2011 tehdyistä paikkauksista 78 % kesti vähintään 3 vuotta
 - Pintakohtaisesti tarkasteltuna vuonna 2011 tehdyistä paikkauksista 83 % kesti vähintään 3 vuotta
- Viiden %-yksikön ero syntyy paikkauksista, jotka on tehty samaan hampaaseen, mutta eri pinnoille kuin aiempi paikkaus

Laadun parantaminen: Juurihoidetuista hampaista vain 90% selviytyy viisi vuotta, vaikka juurihoidon kustannus useita satoja euroja

Juurihoidetuista 6- ja 7-hampaista selviytyneiden* osuus 5 vuotta juuren täytön jälkeen (täyttö 2009), %



*Selviytyneeksi on laskettu hammas, jolle ei ole tehty 5 vuoden sisällä juuren täytön jälkeen uusintajuurihoitoa eikä sitä ole poistettu
Lähde: NHG Suun terveydenhuollon laaturekisteri

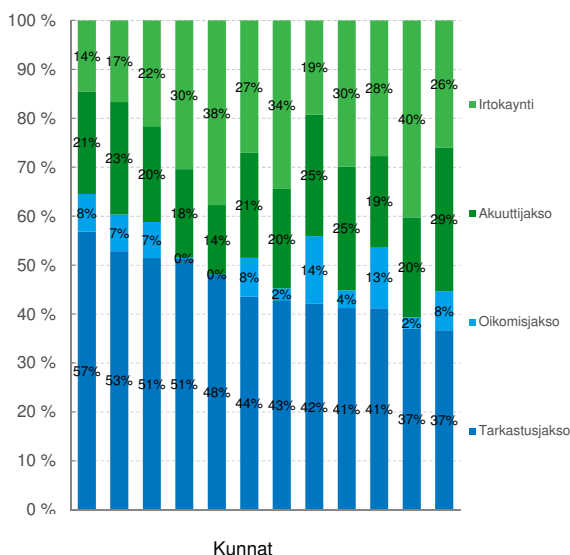
Juurihoidetun hampaan tulisi selvitä 5 vuotta ilman poistamista tai uutta juurihoitoa

- Vain noin 90% juurihoidetuista 6- ja 7-hampaista on selvinnyt 5 vuotta sulkemisesta, ilman että hammas poistetaan tai juurihoidetaan uudestaan. Tulokset ovat samansuuntaisia tarkasteltaessa kaikkien hampaiden juurihoitoja.
- 6- ja 7-hampaiden säilyminen juurihoidon jälkeen on vaihtelevampaa kuin kaikkia hampaita tarkasteltaessa
 - Selviyty osin pienemmällä otoskoollla
- Vaikuttaa, että Alueella 5 juurihoidetaan huonokuntoisempia 6- ja 7-hampaita kuin muualla kunnassa
 - Muilla alueilla juurihoidetut 6-7hampaat selviävät yhtä hyvin kuin muutkin hampaat
- Juurihoidettujen hampaiden säilyminen ei ole merkittävästi muuttunut viime vuosina:
 - 2003-2009 suljetuista 6- ja 7-hampaista on koko kunnassa selvinnyt 5 vuoden ajan vuosittain 86,9 - 87,9 % eli varsinkin tarkalleen sama osuus

117

Taustakalvo: Julkisen suun terveydenhuollon kustannuksista puolet menee tarkastuspohjaisiin hoitajaksoihin ja 30% kiireelliseen ja puolikiireelliseen hoitoon

Suun terveydenhuollon kustannusten jakautuminen hoitajaksoihin



Lasten ja aikuisten hammashoidosta noin puolet tapahtuu tarkastuksesta alkavissa hoitajaksoissa

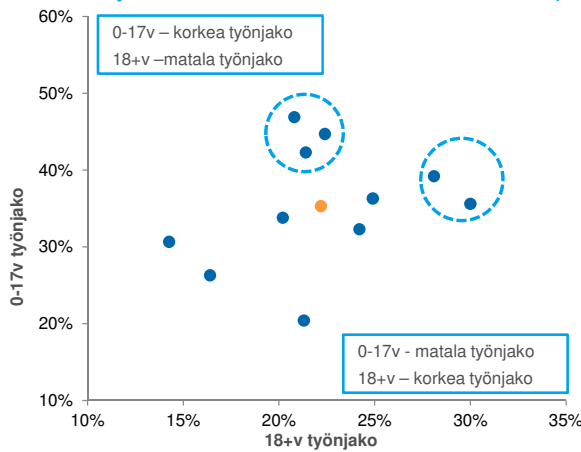
- Lasten ja aikuisten tarkastuksesta alkavat hoitajakset kattavat noin 50-60% julkisen suun terveydenhuollon kustannuksista (pl. esh)
- Lasten oikomistoiminta aiheuttaa noin 5-13% suun perushoidon kustannuksista
- Noin 20-30% suun terveydenhuollon kustannuksista menevät kiireelliseen, puolikiireelliseen hoitoon, joka keskittyy yksittäisen vaivan korjaamiseen, ja missä ei tehdä suun terveystarkastusta
- Loput 10-30% muodostuvat erilaisesta tarkastustoiminnan ulkopuolella tapahtuvasta hoidosta, kuten säännöllisestä vuosittaisesta parodontologisesta hoidosta sekä puolikiireellisestä hoidosta.

Lähde: NHG Benchmarking

118

Työnjakoa lisäämällä voidaan vähentää henkilöstökustannuksia sekä mahdollisesti lisätä potilaiden terveyttä

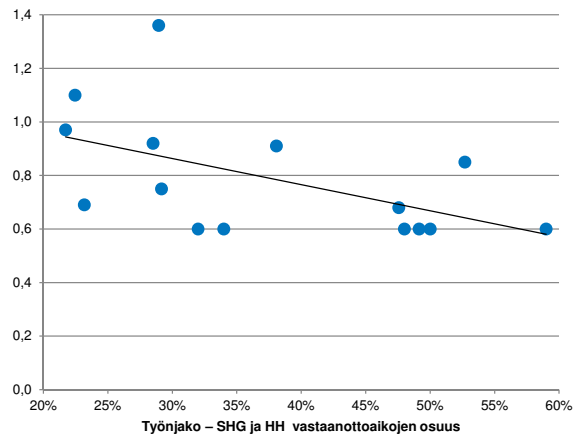
0-17-vuotiaiden työnjako vs. 18+v työnjako (suuhygienistien ja hammashoitajien itsenäisten vastaanottominuuttien osuus)



- Kuntien välillä on huomattavia eroja siinä, kuinka suuren osan kaikista vastaanottominuuteista tekevät suuhygienistit tai itsenäistä työtä tekevät hammashoitajat.
- Yhden hammaslääkärin palkalla voidaan palkata karkeasti jopa 2,5 – 3 suuhygienistiä, sillä hammaslääkäri työllistää aina apunaan toimivan hammashoitajan, kun taas suuhygienisti toimii pääsääntöisesti yksin.

Lähde: NHG Benchmarking

D+d keskiarvo, 7-17-vuotiaat suhteessa hoitohenkilökunnan itsenäisten vastaanottominuuttien osuuteen

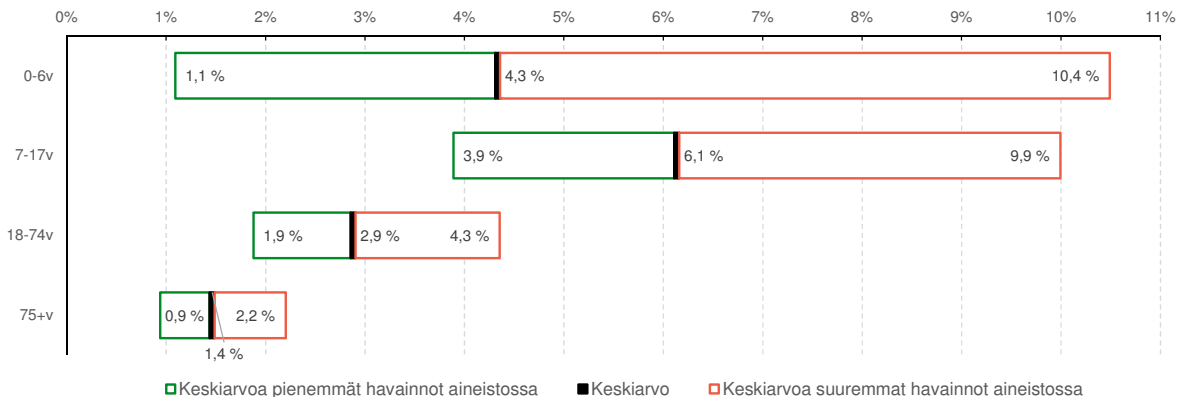


- Korjaavaa hoitoa tarvitsevien reikien määrä on vähäisempää niissä kunnissa, joissa suurempi osuus 7-17-vuositaiden hoidosta on suuhygienistien toteuttamaa

119

Huomattava osa suun terveydenhuollon kustannuksista muodostuu peruuttamattomista poisjäänneistä

%, Peruutusten osuus kaikista käynneistä



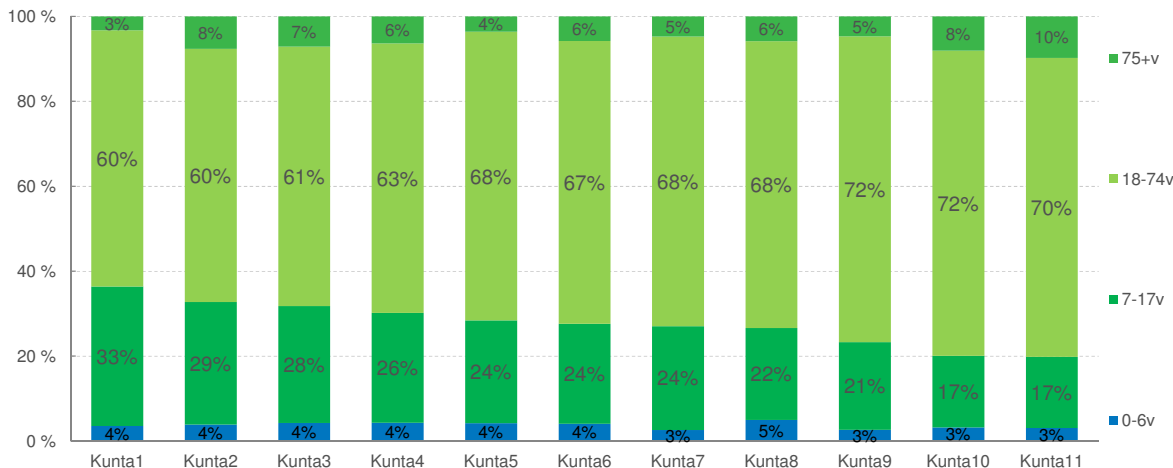
- Jopa 5% suun terveydenhuollon kustannuksista muodostuu peruuttamattomista poisjäänneistä
- Peruuttamattomien poisjääntien osuus käynneistä vaihtelee huomattavasti ikäryhmittäin
 - Huomattava osa kouluikäisten käynneistä on peruuttamattomia poisjäännejä
- Joustava ajanvaraus ja "Kerralla kuntoon" –toimintamalleissa asiakkaat odottavat hoidon alkamista, ja peruuttamattomien poisjääntien tilalle voidaan ottaa uusi asiakas. Tällöin poisjäänneistä ei aiheudu ylimääräisiä kustannuksia eivätkä suun terveydenhuollon ammattilaiset joudu odottamaan

Lähde: suun terveydenhuollon bnechmarking –suoriteaineisto 2015-2016

120

Valtaosa kunnallisen suun terveydenhuollon kustannuksista kohdentuu työikäisille asiakkaille

%, kustannusten jakautuminen ikäryhmittäin vuonna 2015



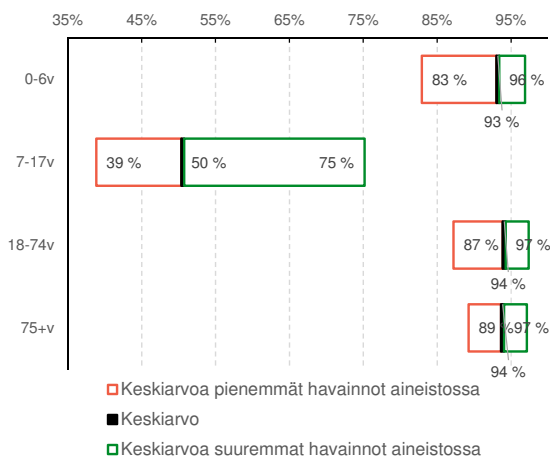
- Valtaosa kunnallisen suun terveydenhuollon kustannuksista kohdentuu työikäisille.
 - Lapsille ja nuorille kohdentuu noin 30% kustannuksista (0-6v 4% ja 7-17v 25%). Loput 70% kohdentuvat aikuisille (18-74v 65% ja 75+v 6%).
- Kustannukset on laskettu jakamalla ammattiryhmäkohtaiset palkat palveluita käyttäneille asiakkaille varattujen potilasikojen perusteella. Toimenpidenkustannukset on jaettu käynneille toteuman mukaan ja yleiskustannukset pääsääntöisesti käyntien kestojen perusteella.

Lähde: Suun terveydenhuollon benchmarking 2015

121

Jopa yli 80% kunnissa tehtävistä käynneistä soveltuu hoidettavaksi "Kerralla kuntoon" –toimintamallissa

"Kerralla kuntoon"-käyntien osuus toteutuneista käynneistä "Kerralla kuntoon" –toimintamalliin soveltuvat toimenpiteet



EB1AA	SAA01	SDC10	SGA01	SHA01	WX105
EB1CA	SAA02	SDD01	SGA02	SHA02	WX110
EB1HA	SAA03	SDE02	SGA03	SHA03	WX290
EB1SA	SAA04	SDE03	SGA04	SHA04	WZC00
EBA00	SCA01	SDE04	SGA05	SHB00	WZC05
EBA05	SCA02	SFA00	SGB00	SJC01	WZC10
EBA20	SDA01	SFA10	SGB10	SPF00	
EBA30	SDA02	SFA20	SGB20	SPF40	SAB01
ECA10	SDA03	SFA30	SGB30	SPF50	SAB02
ECA40	SDA04	SFA40	SGC00	SXA20	SCB01
ECA60	SDA05	SFC00	SGC10	SXB00	SCC01
ECB00	SDA10	SFC01	SGC40	SXB10	WZA00
		SFC92			WZA90
					WZB00

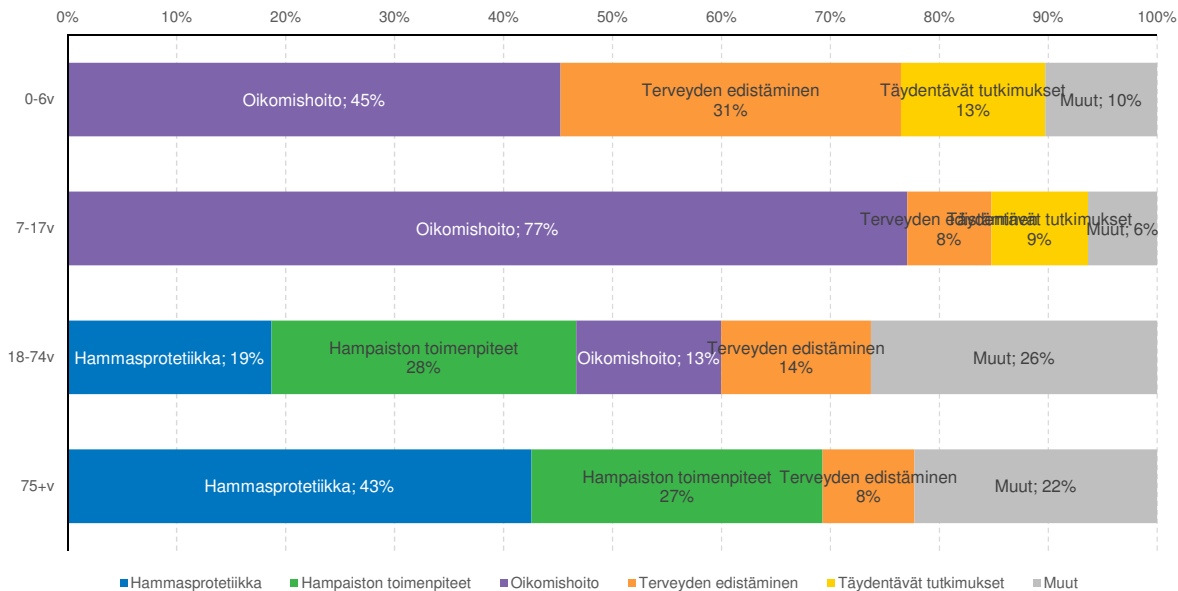
- Merkittävä osa toimenpiteistä voidaan hoitaa "Kerralla kuntoon" –toimintamallin avulla, vaikka esimerkiksi moni juurihoidon toimenpide edellyttääkin asiakkaalta useamman käynnin
- Tarkastelemalla ainoastaan käynneillä tehtyjä toimenpiteitä, nähdään että jopa yli 80% kaikista käynneistä soveltuisi "kerralla kuntoon" –toimintamalliin
 - Ainoastaan 7-17-vuotiailla ainoastaan puolet käynneistä soveltuu toimintamalliin, johtuen siitä että oikomishoidon rooli ikäryhmässä on merkittävä.
- Oikominen on osa erikoishoitoa, eikä sitä voida järjestää samassa toimintamallissa
 - Oikomisen järjestämisestä monihuonemallissa on kuitenkin runsaasti hyviä kokemuksia, jolloin myös oikomisen toimenpidemäärä voidaan pitää ennallaan pienemmillä kustannuksilla

Lähde: Suun terveydenhuollon benchmarking 2016

122

Erikoishoito jää ”Kerralla kuntoon”-toimintamallin ulkopuolelle

”Kerralla kuntoon”-malliin ei-sopivat toimenpiteet

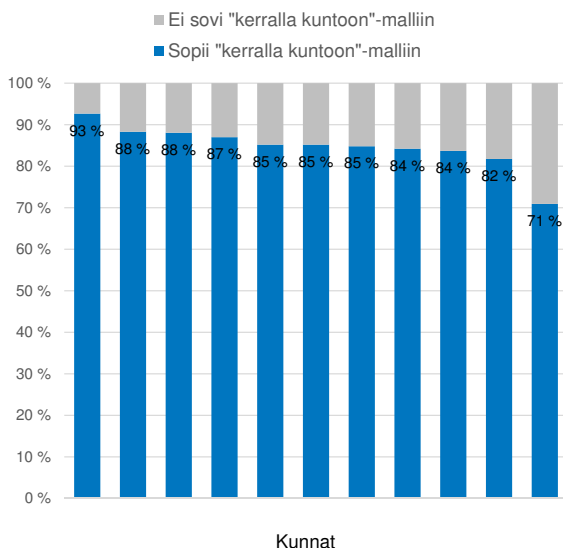


Lähde: suun terveydenhuollon benchmarking –suoriteaineisto 2015-2016

123

”Kerralla kuntoon”-mallilla voitaisiin toteuttaa suurin osa aikuishoidosta

”Kerralla kuntoon”-malliin sopivien tarkastusjaksojen osuus 18–74-vuotiailla



Kerralla kuntoon malli soveltuu merkittävään osaan julkista hammashoitoa

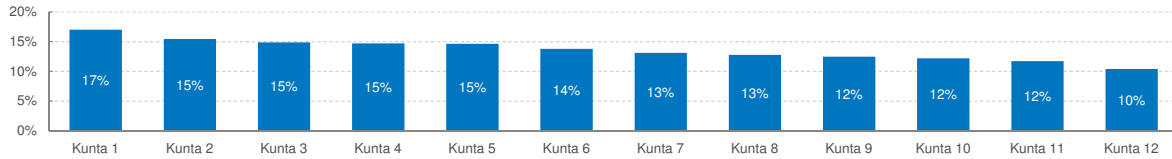
- Huomattava osa aikuisten tarkastuspohjaisesta hoidosta voitaisiin hoitaa ns. ”kerralla kuntoon” –mallilla, jossa säästetään potilasvaihdosta aiheutuva resurssihukka ja pystytään varautumaan peruttamattomiin poisjäänteihin (peruuttamattomat poisjäännit ovat jopa 5% kustannuksista)
- Myös merkittävä osa lasten hammashoidosta voidaan hoitaa vastaavalla toimintatavalla. Kiireellinen ja puolikiireellinen toiminta soveltuu myös erinomaisesti kerralla kuntoon toimintatapaan.
- Aalto-yliopiston toteuttamassa tutkimuksessa kerralla kuntoon –toimintatapaa soveltava suun terveydenhuollon yksikkö saavutti tarkasteluvälillä Jyväskylän muita yksiköitä korkeamman tehokkuuden: **26% enemmän toimenpiteitä henkilötyövuosiin nähden kuin muissa yksiköissä**
- Vaikka tavoite 20%:n tehokkuuslisästä saavutettiin, Megaklinikkaan verrattuna tehokkuudessa on kuitenkin vielä parannettavaa noin 35%
- Toimintamallilla voitaisiin siis saavuttaa sama toimenpidemäärä n. 30 % pienemmillä kustannuksilla.
- Mikäli vastaavan toimintamallin ajateltaisiin soveltuvat 80% julkisesta hammashoidosta, kustannussäästö on jopa 130 MEUR 450 MEUR:sta

Lähde: NHG Benchmarking

124

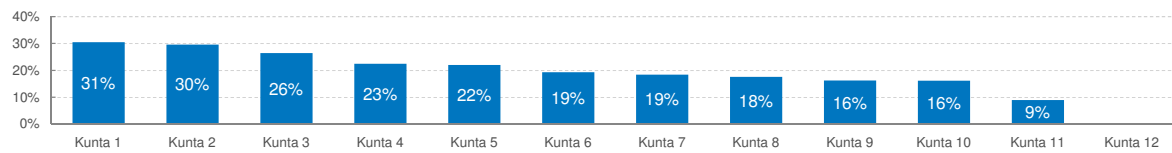
Suun terveydenhuollon palveluvalikoiman kehittäminen: Juurihoidon ja oikomishoidon yhtenäiset hoitokäytännöt

Juurihoidettujen potilaiden osuus kaikista 18+v potilaista 3v tarkastelujaksolla, %



- Juurihoidon kattavuudessa on huomattavia eroja kuntien välillä, eivätkä erot eivätkä selity ainoastaan tarjottavan yksityispuolelta määrässä. Juurihoitojen resursoinnissa olevat erot näkyvät selkeästi yksittäisten hammaslääkäreiden kohdalla. Julkisella rahoituksella tuettavien juurihoitojen määrää olisi syytä rajata kansallisesti. Juurihoito vaatii usean käynnin ja on kallista, lisäksi vain 90% juurihoidetuista hampaista selviytyy viisi vuotta, eli turhaa työtä tehdään paljon. Yhä useammin julkinen vaihtoehto voisi olla hampaan poisto

Oikomishoidon piirissä 3v aikana olleet 0-17v potilaat suhteessa 0-17v väestöön, %



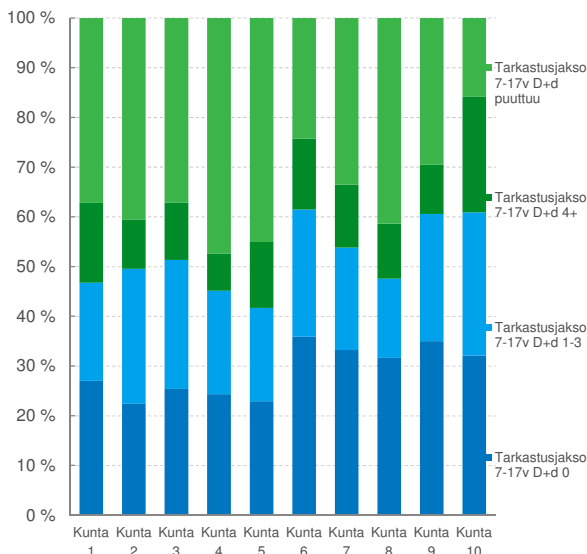
- Osassa kunnista merkittävä osa lapsiväestöstä saa oikomishoitoa, ja jopa 5-13% kunnan suun perushoidon kustannuksista menee oikomishoitoon. Kattavuuden lisäksi oikomisen potilasakohtaisessa resursoinnissa on merkittäviä kuntakohtaisia eroja. Joissain kunnissa oikomiseen liittyviä diagnooseja tehdään jopa enemmän kuin kariesdiagnooseja. Useissa kunnissa on käytössä samat pisteytysjärjestelyt, mutta pisteytysten tulkinnoissa on huomattavia eroavaisuuksia. Pienemmissä kunnissa oikomishoito ostetaan ulkopuolelta, mutta se ei selitä yksin tuloksia.

Lähde: NHG Benchmarking

125

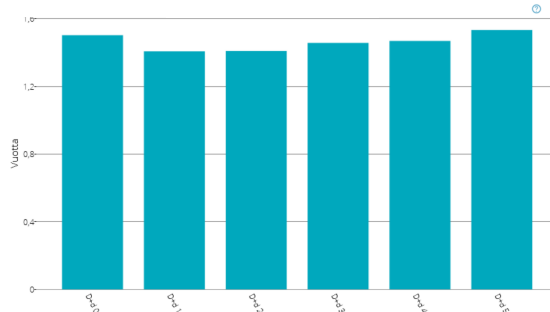
Suun terveydenhuollon palveluvalikoiman rajaaminen: Hyvän terveyshistorian omaavien potilaiden tarkastusvälejä voitaisiin pidentää ja sairaampien lyhentää

Yli kolmannes lasten tarkastustoiminnan kustannuksista ohjautuu terveisiin potilaisiin



Lähde: NHG Benchmarking

Potilaiden tarkastusvälit eivät ole yksilöllisiä, vaan terveiden tarkastusvälit voisivat olla huomattavasti pidempiä kuin sairaiden



- D+d kuvaa kuinka monta reikää ensimmäisessä tarkastuksessa havaittiin. Tarkastusvälin tulisi olla huomattavasti pidempi niille potilaille, joilla havaittiin nolla reikää kuin niille, joilla havaittiin esimerkiksi kolme reikää. Hammaslääkärikohtaiset erot ovat huomattavia.
- Suuremmissa sairastumisvaarassa olevia potilaat tulisi tarkastaa useammin kuin terveet potilaat, kuitenkin huomattavassa osassa kuntia potilaille määritettävät tarkastusvälit eivät riipu potilaan aikaisemmasta terveyshistoriasta, vaikka sen on todettu ennustavan potilaan tulevaa terveyskehitystä.

126

Säästöpotentiaalin laskentaperusteet toimintamalleittain

Toiminnan säästöpotentiaali palvelutuotannon malleihin

	Kerralla kuntoon	Joustava ajanvaraus	Monihuone-malli
Säästöpot.	33 %	17 %	21 %
Investointi	4 %	2 %	2 %
Säästö	29 %	15 %	19 %

Joustavan ajanvarauksen säästöpotentiaali

- Joustavassa ajanvarauksessa useassa huoneessa työskentelevät työparit ottavat asiakkaita vastaan odotusaulasta sitä mukaa kun huoneet vapautuvat
 - Toimintamallissa yksittäinen asiakas voidaan hoitaa mahdollisimman pitkälle tai valmiiksi, ilman että seuraavan asiakkaan aika keskeytyy
 - Mikäli asiakas saadaan valmiiksi pienemmällä käyntimäärällä, säästetään käynnin vaihdosta aiheutuva ylimääräinen työ
 - Peruuttamattomat poisjäännit eivät pysäytä palvelutuotantoa
- Asiakkaiden keskimääräiset odotusajat lyhenevät mitä enemmän toimintamallissa on käytössä huoneita
 - Toisaalta suurempi huonemäärä nostaa järjestelmän hallinnantarvetta ja voi edellyttää toiminnanohjausjärjestelmää tai henkilön ohjaamaan toimintaa, 12:sta huoneella henkilöinvestointi on noin 2%

Monihuonemallin säästöpotentiaali

- Monihuonemallissa hammaslääkäri kiertää useassa huoneessa samanaikaisesti hoidettavien asiakkaiden luona
 - Perinteisessä sovelluksessa suuhygienistit hoitavat asiakkaita kolmessa huoneessa ja hammaslääkäri kiertää asiakkaita asteittain
 - Monihuonemallin avulla voidaan saavuttaa noin 20% säästöpotentiaali
- Monihuonemallissa hammaslääkäriin hoitoaika lyhenee, mutta käynnin pituus kasvaa suuhygienistin tai hammashoitajan hoidossa
 - Käynnin keston pidentyminen nostaa tilantarvetta noin 20%
 - Tila- ja laitekustannukset ovat 10%, jolloin investointitarve noin 2%

Kerralla kuntoon –toimintamallin säästöpotentiaali

- Kerralla kuntoon –toimintamallissa on yhdistetty kahden edellä kuvattujen toimintamallien logiikka yhteen
- Investointeihin ja käyttökustannuksiin on varattu noin 4% toimintakustannuksista
 - Investoinnit sisältävät toiminnanohjausjärjestelmästä aiheutuvat kustannukset sekä lisääntyneestä tilantarpeesta aiheutuvat kustannukset
- Toimintamallilla voidaan saavuttaa lähes 30% säästöpotentiaali

127

Säästöpotentiaalin jakautuminen toimintamalleittain

Asiakkaiden jakautuminen toimintamalleittain

Ikäryhmät	Kerralla kuntoon	Joustava ajanvaraus	Monihuone-malli	Perinteinen toimintamalli
0-6v	50 %	20 %		30 %
7-17v	50 %		40 %	10 %
18-74v	90 %			10 %
75+v	75 %	10 %		15 %
P.keskiarvo	78 %	1 %	10 %	11 %

Säästöpotentiaali toimintamalleittain (M€)

Ikäryhmät	Kerralla kuntoon	Joustava ajanvaraus	Monihuone-malli	Perinteinen toimintamalli
0-6v	2	0	0	0
7-17v	16	0	8	0
18-74v	77	0	0	0
75+v	6	0	0	0
YHT.	102	1	8	0

Kustannusten jakautuminen ennen säästöjä (450 M€)

Ikäryhmät	Kerralla kuntoon	Joustava ajanvaraus	Monihuone-malli	Perinteinen toimintamalli
0-6v	8	3	0	5
7-17v	56	0	45	11
18-74v	264	0	0	29
75+v	21	3	0	4
YHT.	349	6	45	50

Toimintamallien säästöpotentiaalin laskenta (130 M€)

- Toimintamallien mahdollistama säästöpotentiaali on 112 M€
- Asiakasmaksut määräytyvät suurelta osin toimenpiteiden perusteella, jolloin toimintamallista aiheutuvat säästöt eivät näy asiakasmaksujen kautta kerättävässä rahoituksessa yhtä paljon kuin kuntien ja valtion rahoitusosuudessa.
 - Täten kokonaisrahoituksella tuotetun palvelun säästöpotentiaali kohdentuu painokkaammin julkiseen rahoitukseen, ja lisää julkisen toimijan säästöjä.
 - Varovainen arvio heikosti joustavien asiakasmaksujen aiheuttamasta julkisen rahoituksen säästön vipuvaikutuksesta on noin 15-25 M€.

128

Säästöpotentiaali bottom-up

- Työnjakoon ja tehokkaaseen "kerralla kuntoon" –vastaanottomalliin liittyvä tehostamispotentiaali on n. 130 m€
 - Potilassegmentointi
 - Suuhygienisten ja hammashoitajien roolin kasvattaminen
 - Toiminnanohjausjärjestelmä
- Lisäksi käyntejä per episodi voidaan vähentää n. 10 %, mikä vastaa n. 20 m€:n säästöjä
 - Terveyden edistäminen
 - Yksilölliset tarkastusvälit
 - Parhaiden käytäntöjen mukaiset episodit
 - Laaturekisteri ja siihen liittyvä vertaiskehittäminen

129

Suun terveydenhuollon säästöpotentiaali on 150 M€

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Terveyttä edistävien toimintamallien käyttöönotto	Korjaavaa hoitoa vaativien sairauksien väheneminen	Lääkärien henkilöstökustannukset	100
Hoitajavetoisen monihuonemallin käyttöönotto	Vastaanoton kesto	Muun henkilöstön henkilöstökustannukset	50
Sähköisten palveluiden laajempi käyttöönotto	Kontaktien määrä (kontaktit / väestö)		
Hammashoidon kiinteän ajanvarausjärjestelmän purkaminen	Käynnit per resurssi (Yksikkökustannus)		
Hoidon laadun seuranta (mm. paikkaus, juurihoidot)			
Kilpailun luominen monituottajamallilla			
		Yhteensä	150

130

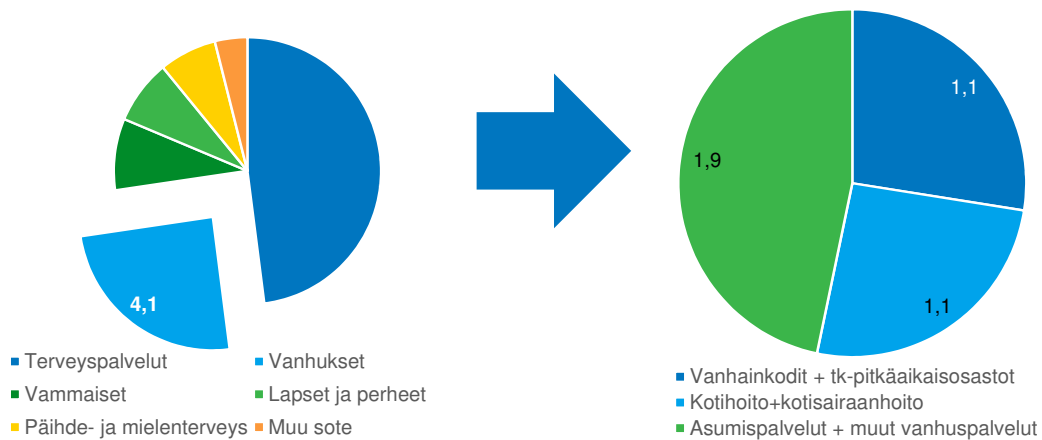
Sisältö

- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit**
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

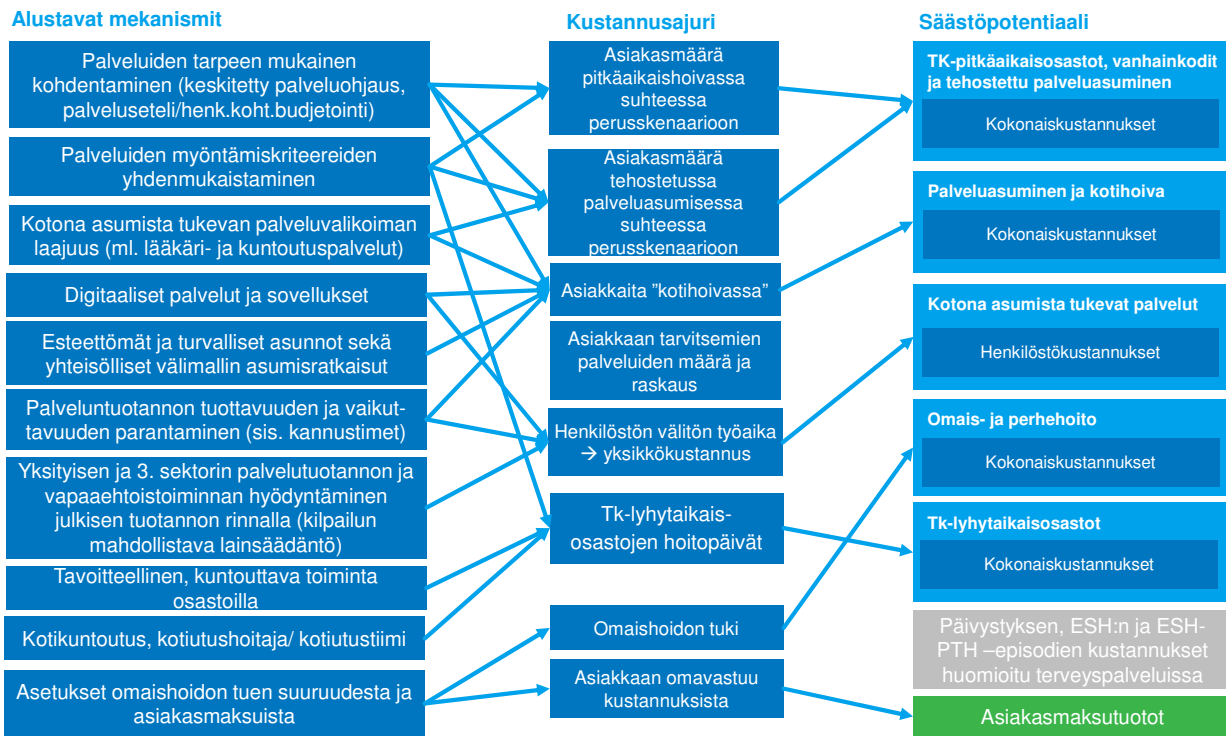
Vanhuspalveluiden kustannusten jakautuminen palveluihin

SOTE-nettokustannukset 16,7 mrd €

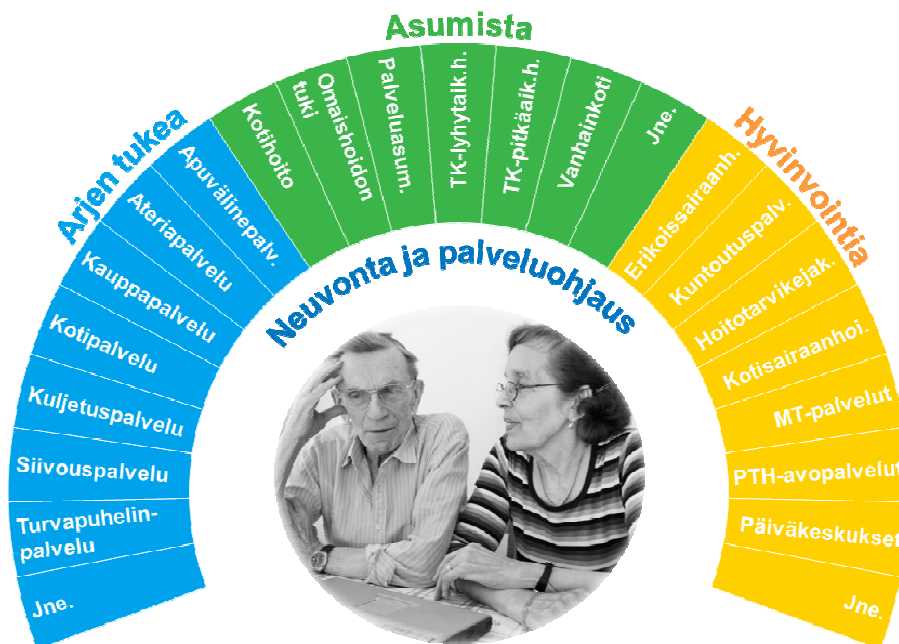
Vanhuspalveluiden kustannukset 4,1 mrd €



Vanhuspalveluiden ylätason viitekehys

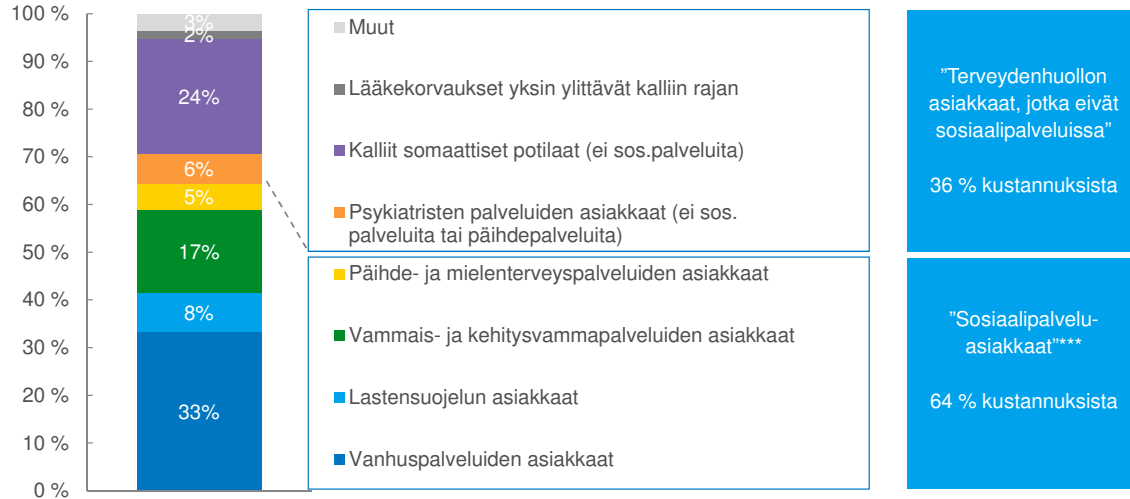


Vanhuspalvelujen valikoima on laaja



Vanhuspalveluiden asiakkaat muodostavan kolmanneksen runsaasti palveluita käyttävien asiakkaiden kustannuksista

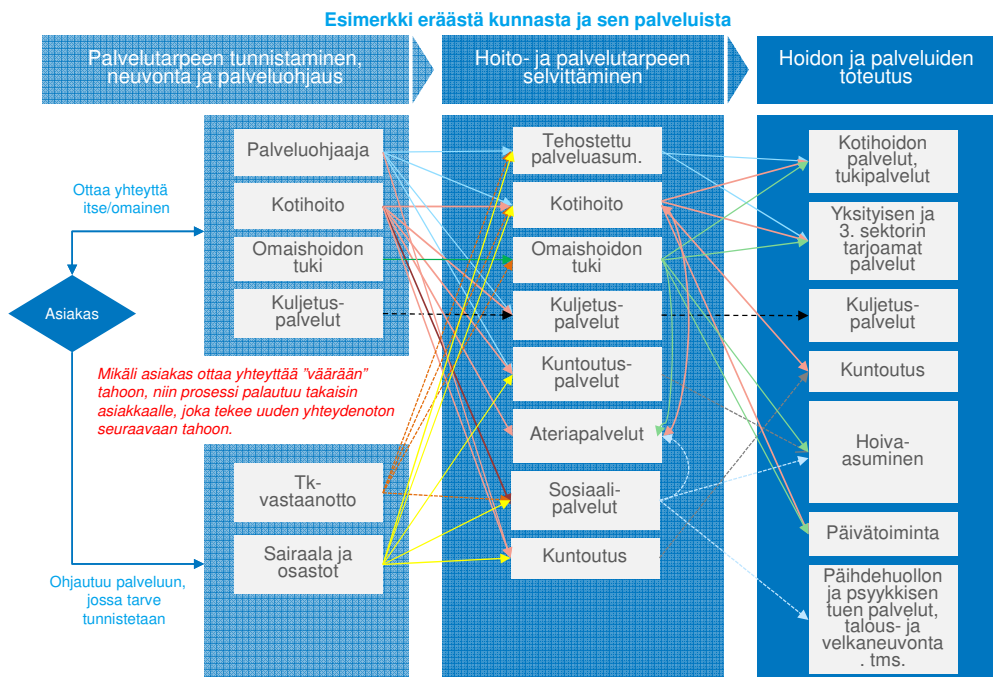
Eniten palveluita tarvitsevan 10 % kokonaiskustannusten jakautuminen**



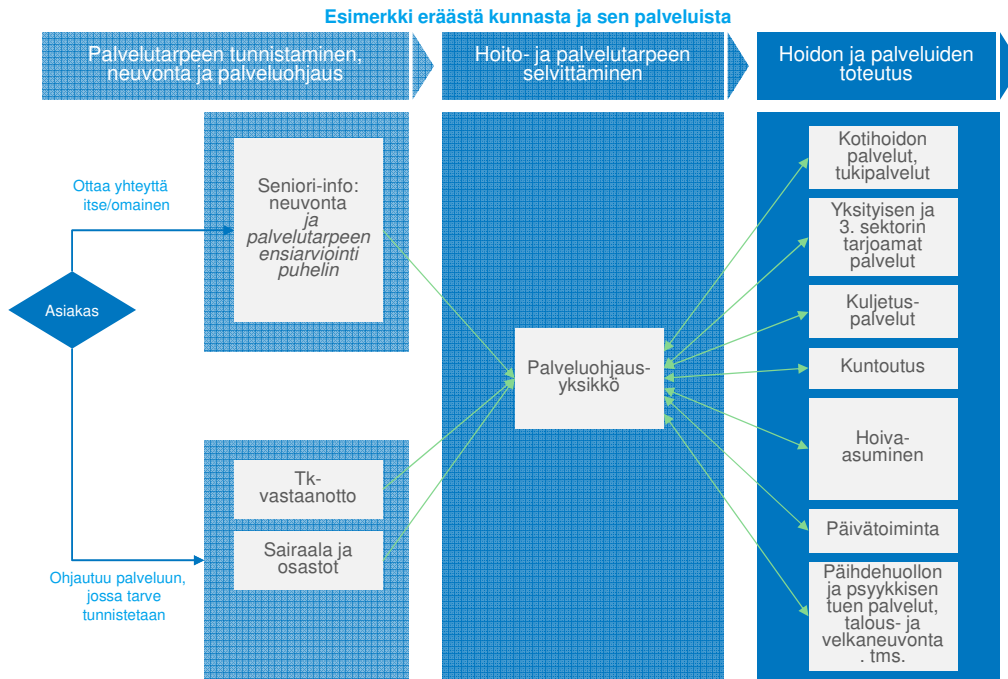
* Huom: kattaa 74 % Oulun, Kelan ja työterveyshuollon kustannuksista. Asiakkaan maksama osuus ei ole mukana kustannuksissa.
 ** Kukin asukas on luokiteltu vain yhteen ryhmään, jotta kenenkään kustannuksia ei laskettaisi kahteen kertaan. Mikäli asukas palvelunkäyttönsä puolesta kuuluisi useampaan ryhmään, on hänet luokiteltu listalla alimpaan mahdolliseen ryhmään. Päihdepalveluiden asiakkailla on voinut olla myös psykiatriaa, mutta psyk. esh:n asiakkailla ei ole päihdepalveluita. Vastaavasti ryhmä "kalliit somaattiset potilaat" sisältää vain ne potilaat, jotka eivät ole sosiaalipalveluiden tai mielenterveyspalveluiden tai psykiatrian asiakkaita.
 ****Sosiaalipalveluiden asiakkaiksi luokiteltujen asukkaiden kokonaiskustannukset koostuvat sekä sosiaali- että terveyspalveluiden käytöstä
 Lähde: Leskelä RL ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suom Lääkäril 2016;71(11):809–15

Palveluohjausta ja palvelutarpeen selvittämistä tehdään usein hajanaisesti eri tahojen toimesta

Arvioinnin tasavertaisuus ja -laatuisuus kärsii, eikä asiakkaan palveluita aina räätälöidä tarpeen mukaan



Keskitetty neuvonta ja palveluohjaus luo edellytykset tasavertaiselle ja –laatuiselle arvioinnille ja asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaavan palvelukokonaisuuden määrittämiselle



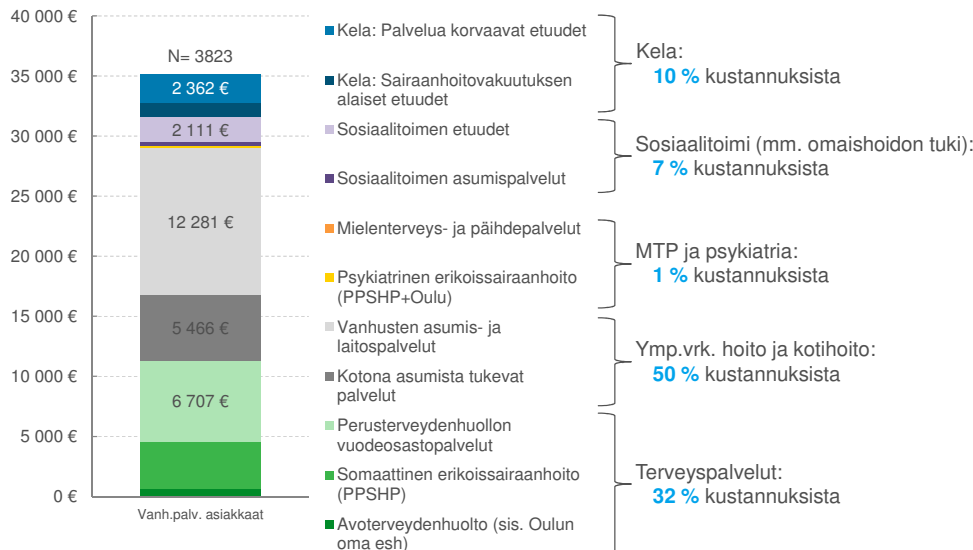
Lähde: NHG analyysi

137

Vanhuspalveluasiakkaiden kustannukset syntyvät useista eri lähteistä – vanhus- ja terveyspalvelut palvelut merkittävimmät

Eniten palveluita tarvitsevaan 10% kuuluvat vanhushuolteen asiakkaat

Vuosittainen kustannus (€/asiakas)




Kustannus ei sisällä asiakkaan itse maksamaa osuutta. Palvelua korvaavat etuudet: erityishoitoraha, vammaistuki ja eläkkeensaajan asumistuki palveluasumiseen, Sairaanhoidovakuutuksen alaiset etuudet: Kelan korvaus lääkkeistä, matkoista, kuntoutukselta, yksityislääkäreistä, yksityisistä hammaslääkäreistä ja yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, Sosiaalitoimen etuudet: Kuljetuspalvelut, omaishoidon tuki ja henkilökohtainen apu

Lähde: Leskelä RL ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suom Lääkäril 2016;71(11):809–15

138

Tampereen Kotitorissa palveluintegraattori on vähentänyt vanhusten erikoissairaanhoidon ja yksityisen ja julkisen yhteistyön kasvattanut kaupungin oman toiminnan tuottavuutta

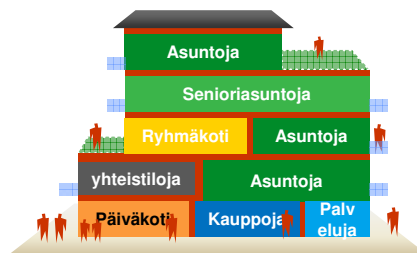
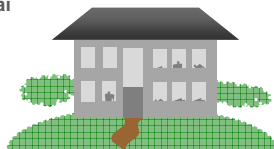
Kotitorin kuvaus	Kotitorin vaikutukset*
 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kotitori toimii Tampereen kaupungille ikäihmisten kotiin tarjottavien palveluiden palveluintegraattorina ▪ Palveluintegraattori vastaa n. 400 ikäihmisen kotiin tarjottavista palveluista väestövastuuperiaatteella <ul style="list-style-type: none"> – Vastuulle kuuluvat ikäihmisten säännöllinen kotihoito, turvapalvelut, kauppapalvelu, ateriapalvelu ja siivouspalvelu ▪ Palveluintegraattori toimii ikäihmisen palveluohjaajana / case managerina kooten hänelle yksilöllisen palvelukokonaisuuden julkisista, kolmannen sektorin ja yksityisistä palveluista <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palveluintegraattorin vastuulla myös palveluntuottajien kilpailuttaminen ja laadunhallinta <ul style="list-style-type: none"> – Kilpailuttaminen liiketoiminnallisin perustein varmistaen mahdollisimman alhainen hintataso ja korkea laatutaso. – Palvelujen laatutasoa seurataan jatkuvasti sekä numeeristen seurantatietojen että asiakaspalautteen kautta. Poikkeamiin puututaan ja varmistetaan että korjaavat toimenpiteet toteutetaan ▪ Palveluintegraattori tukee myös kaupungin oman kotihoidon kehittämistyötä <ul style="list-style-type: none"> – Puolivuositainen data-analyysi kotihoidon palveluiden tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta – Työryhmät joissa kehitetään ratkaisuja tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi (mm. aamun uusi työmalli, alueiden välinen resurssipooli, kannustimet henkilöstölle, kotihoidon tavoitteellinen toimintamalli) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integraattorin vastuulla olevan asiakasryhmän kotihoidon kustannukset vähenivät 1,9 M€ <ul style="list-style-type: none"> – Ulkoistettujen palveluntuottajien tuntihinnat ovat matalammat kuin julkisella – Palveluiden määrä per asiakas on matalampi kuin kaupungin muilla alueilla ▪ Integraattorin vastuulla olevalla alueella vaikuttavuus korkeampi kuin muualla kaupungissa: <ul style="list-style-type: none"> – Palveluasumisen SAS päätöksiä 5% vähemmän kuin kaupungissa keskimäärin ja 26% vähemmän kuin verrokkialueilla – Erikoissairaanhoidon kustannukset Kotitorin matalammat kuin kaupungissa keskimäärin; säästöä vuositasolla 0,5M€ ▪ Integraattorin kehittämistyön avulla kaupungin oman kotihoidon välitön työaika nousut 45 prosentista 55 prosenttiin <ul style="list-style-type: none"> – Kustannusvaikutus vuositasolla yli 3M EUR per vuosi
* Lähde: Kotitorin data-analyysi tammi 2012 – joului 2013, KPMG Kotitorin taloudellisten vaikutusten arviointi	139

Vanhuspalvelukortteli tukee ikäihmisten itsenäistä asumista

- Vanhustenhuollon tulevaisuuden asumis- ja palvelukonseptissa tavoitteena on suunnitella vanhuksille mahdollisimman kodinomainen ympäristö, jossa ikääntyneet voivat elää osana yhteiskuntaa ja hyödyntää mahdollisimman paljon samoja palveluita kuin muut. Ensisijaisena tavoitteena on, että ikäihmiset asuvat itsenäisesti omissa asunnoissaan
- Vanhuspalvelukorttelin avulla palveluasumisen ja asumispalveluiden raja-aita pienenee. Tarvittava välimuoto kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen väliin esim. turvallisuuden tunteen saavuttamiseksi. Asukkailla pystytään tarjoamaan tarpeen mukaan kotihoitopalveluita tai raskaampia palveluasumis- tai ryhmäkoti- tai asumispalveluita. Palvelukorttelin omaehtoisessa asumisessa turvattomuus vähenee koska apua löytyy aina läheltä.
- Palvelurakenne ja tilaratkaisut ovat joustavia ja keskimäärin tavanomaista kevyempiä – sekä palvelutuotanto että tilat muuntuvat asukkaiden tarpeen mukaan perinteisiä asumisratkaisuja nopeammin. Asiakas pärjää omassa asunnossa pidempään pelkän kotihoidon turvin (vaihtoehtoinen palvelumuoto)
- Asukas on vastuullinen omasta hoidostaan ja osallistuu siihen mahdollisuuksien mukaan (myös rahoitus)
 - Turvallinen ja aktiivinen ympäristö: fyysinen ja psyykinen kunto kohentuu / pysyy pidempään
 - Kotiin tarvittaessa tuotettavat palvelut joustavat tarpeen mukaan – ei siirtoja palvelumuotojen välillä
 - Tavoitteena on että suurin osa asukkaista maksaa asumiskustannuksensa sekä osan palveluista itse. Asukas käyttää helpommin omahoitoisia palveluita sekä maksaa asumiskustannuksensa itse ainakin osittain

Erillinen vanhushoidon asumisyksikkö tai laitos

passiivoina, työintensiivinen ympäristö



Integraatio monikäyttöisiin taajamakortteleihin

Aktiivinen ympäristö, joka tukee yhteisöllisyyttä ja itsehoitoisuutta kotiin vietävät palvelut alueen vanhusten tarpeen mukaan

Vaasan kaupunki säästi vuodessa 0,5 miljoonaa euroa ulkoistamalla hoivakotiensa lääkäripalvelut

Toimintamalli

- Vaasan kaupunki ulkoisti hoivakotiensa lääkäripalvelut lääkäriyhtiö Doctagonille sopimuksella, joka oli kymmenen kertaa kalliimpi kuin aikaisempi palvelu kaupungin omana toimintana
- Doctagon teki kaikille hoivakotien asukkaille alkukartoitukseen ja sen pohjalta hoitosuunnitelmaan
- Hoidon toteuttamisen tukena oli 24/7 toimiva lääkäripäivystys, johon hoitaja saa videoneuvotteluyhteyden jokaisesta hoivakodista
- Toimintamallilla pyritään tukemaan etälääkärimalilla hoivakodin työntekijöitä pitämään asiakkaat hoitotasapainossa ja välttämään tarpeetonta terveystalouden käyttöä

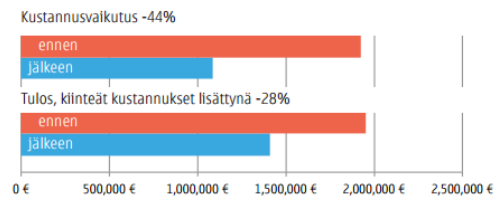
Seuraukset

- Hoivakotien asukkaiden tarvitsemien muiden terveydenhuollon palveluiden käyttö väheni huomattavasti
 - PTH-vuodeosastojaksojen ja ESH-hoitokausien käyttö ja kustannukset vähenivät 40 %
 - Ambulanssikuljetusten määrä väheni 50 % ja kustannusten määrä 54 %
 - Akuuttien päivystyskäyntien määrä väheni 50 %
- Aikaisempi palvelujen käyttö maksoi noin kaksi miljoonaa euroa ja uusi malli kaikkiaan noin 1,5 miljoonaa euroa. Säästöä syntyi puoli miljoonaa euroa yhdentoista kuukauden aikana
- Vanhusten hoito pystyttiin toteuttamaan entistä useammin hoivakodin puitteissa.

Lähde: Aalto-yliopiston HEMA-instituutin Jyvä-hankkeen loppuraportti, 2016
Doctagonin esitys Valvanne-symposiumissa 31.8.2015, Lahti

Aalto-yliopiston laskelma kustannusvaikutuksista

KUSTANNUSVAIKUTUKSET	ENNEN	JÄLKEEN
ERIKOISSAIRAANHOITO*	1 231 385 €	786 467 €
PERUSTERVEYDENHUOLTO	579 752 €	247 233 €
ENSIHOITO	45 248 €	20 382 €
PÄIVYSTYSKÄYNNIT	67 889 €	31 950 €
KUSTANNUSVAIKUTUKSET YHTEENSÄ	1 924 274 €	1 086 032 €
KUSTANNUKSET		
KIINTEAT	31 349 €	321 844 €
KUSTANNUKSET YHTEENSÄ	31 349 €	321 844 €
TULOS	1 955 623 €	1 407 875 €



Ruotsin kokemusten perusteella ympärivuorokautisen hoivan tarvetta voidaan vähentää

Landskronan malli vähensi paluuta sairaalaan ja siirtymiä ympärivuorokautisiin palveluihin

- Landskronan kunnassa Ruotsissa moniammatillinen "vastaanotto"-tiimi pyrki lisäämään sairaalasta jatkohoitoon siirtyneen vanhuksen toimintakykyä ja itsenäisesti pärjäämistä. Malli on asiakaslähtöinen: vanhukselle annetaan ne palvelut, joita hän kokee tarvitsevänsä.
- Toimintamallin myötä muun muassa lyhytaikaisen tk-vuodeosastohoidon tarve väheni, ja **sairaansijojen lukumäärä väheni 45 %**. Myös sairaalahoitokausen pituus lyheni, kun uloskirjaus sairaalasta nopeutui jatkohoidon saatavuuden parannuttua. **Kokonaiskustannukset vähenivät 22,5 %**, vaikka vastaanottotiimi oli hyvin resursoitu.
- Myös **ympärivuorokautiseen hoivaan siirtyneiden määrä väheni** suhteessa aikaisempaan: aikaisemmin 24 % kotiutuneista muutti ympärivuorokautiseen hoivaan 3kk:n sisällä kotiutumisesta, toimintamallimuutoksen jälkeen vain 3 %.

Göteborgin malli vähensi palveluasumisen tarvetta

- Kaupunki päätti ruveta tarjoamaan **systemaattista kuntoutusta**, joka **suunniteltiin yksilöllisesti** jokaisen vanhuksen ongelmien mukaisesti
 - Perustettiin **kuntoutussairaala**, jonka puitteet muistuttivat kotiolosuhteita
 - Samalla panostettiin kodinmuutostöihin
- Päätös sijoittamisesta** ympärivuorokautisiin palveluihin **tehtiin vasta kuntoutusjakson jälkeen**
- Tulokset: **80 prosenttia henkilöistä, jotka aikaisemmin sijoituivat palveluasuntoihin, palasi tuettuna kotiin 2–3 vuodeksi**. Loppuvaiheen hoitokauset palveluasunnoissa ovat vain muutamia kuukausia. Järjestelmä toimii niin hyvin, että **palveluasuntoja on voitu sulkea tarpeettomina**.

Tuloksia Suomesta: vanhusten sairaalahoidon tarvetta ja kotihoidon palveluiden määrää voidaan vähentää

- Porvoossa lisättiin geriatrasta asiantuntemusta vanhushuolteen palveluihin vuonna 2013.
 - Lääkärit olivat aiempaa tiiviimmin mukana kotiutuksen tukemisessa sekä olivat sitoutuneita olemaan tavoitettavissa akuuttitilanteissa. Tämä muun muassa paransivat vanhushuolteen kustannustehokkuutta ja kotihoidon laatua sekä vähensi iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden sairaalahoidon tarvetta kolmanneksella.
 - Myös rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä voitiin vähentää viiden vuoden aikana iäkkäillä kotihoidon asiakkailla.
- Kalajoen kaupungin kotihoidossa kehitettiin tavoitteellisen hoitotyön toimintamalli mm. Tampereen mallin pohjalta. Toimintamallissa kotihoidon asiakkaille nimettiin omahoitaja ja kullekin asiakkaalle laadittiin hoitosuunnitelma hänen omien tarpeidensa ja tavoitteidensa pohjalta.
 - Toimintamalli mm. selkiytti asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilöstön rooleja hoidon toteutuksessa sekä sitoutti hoitajia asiakkaidensa hoitoon vastuullisemmin. Toimintamallin myötä kotihoidon säännöllisiä käyntejä on voitu jopa vähentää omatoimisuuden lisääntyessä

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A., Nurme, P., Partanen, S. (2014). Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen Lääkärilehti 50-52/2014 vsk 69, 3467-3473.
Tekes, Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa -ohjelma
<http://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/kotihoido2020.pdf>

143

Kotihoidon henkilöstön välittömään työaikaan ja tuottavuuteen voidaan vaikuttaa monella eri keinolla

Kysynnän ja tarjonnan parempi kohtaaminen

- Aamulla kiire: valta osa päivän käynneistä ajoittuu välille 8-10(11)
 - Tämä johtaa siihen, että aamuvuoroon on varattava riittävästi henkilöstöä, jotta kaikki käynnit saadaan tehtyä kolmessa tunnissa. Loppu aika työvuorosta on vajaasti hyödynnettyä
 - mitä enemmän käyntejä voidaan aikatauluttaa muihin aikoihin, sen parempi
- Sekä kysyntä, että tarjonta vaihtelevat (käynnejä peruuntuu, uusia asiakkaita tulee, henkilöstö sairastuu), jolloin joustava resursointimalli, joka kohdentaa osan hoitajista sen mukaan, missä on tarvetta, esim. resurssipooli, vähentää tarvittavaa kokonaishenkilöstömäärää ja sijaisten käyttöä

Työpäivän organisointi ja apuvälineet

- Työpäivän aloittaminen asiakaskäynneillä auttaa purkamaan aamun ruuhkaa
 - Suoraan kotoa asiakkaalle
 - Henkilöstön kokoukset vasta iltapäivällä
- Reittien optimointi
- Tuotannonohjausjärjestelmä auttaa käyntien suunnittelussa
- Mobiili kirjaaminen vähentää tarvetta tehdä toimistotyötä käyntien jälkeen

Muut tekijät

- Henkilöstörakenteen optimointi: lähihoitajien ja sairaanhoitajien käyttö optimaalisessa suhteessa
- Sairauspoissaolot kasvattavat kustannuksia

Group J. Theory of Constraints in Field Service, Factors limiting Productivity in Home care Operations. Väitöskirja, Aalto-yliopisto 2012
<http://lib.tkk.fi/Diss/2012/isbn9789526045948/isbn9789526045948.pdf>

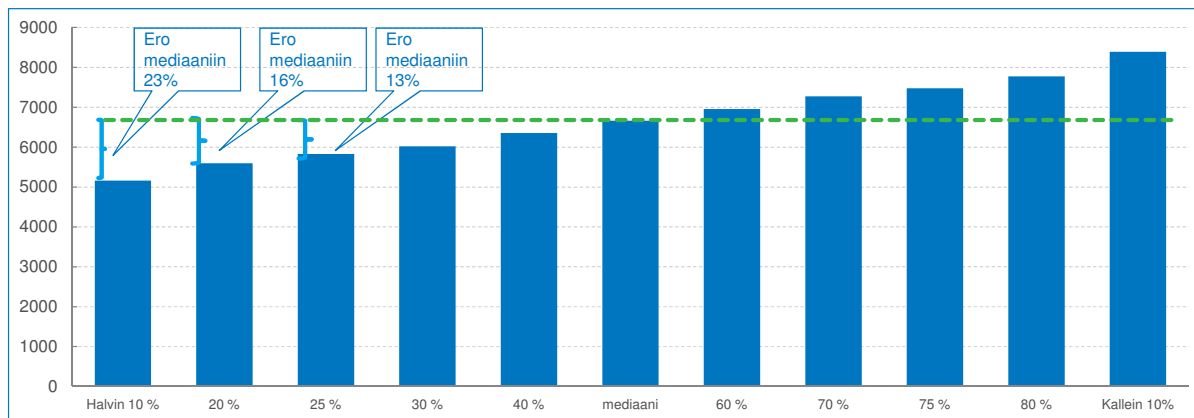
Mulari M. Kysynnän ja tarjonnan yhteen sovittaminen kotihoidossa: tarvepohjainen resursointimalli. Diplomityö, Aalto-yliopisto 2014. [https://www.innokyla.fi/documents/1122124/0/Mulari+\(2014\)%20-Kysynn%C3%A4n+ja+tarjonnan+yhteensovittaminen+kotihoidossa+-+tarvepohjainen+resursointimalli.pdf/3ccb3609-9375-4eef-a171-d4be877f1da5](https://www.innokyla.fi/documents/1122124/0/Mulari+(2014)%20-Kysynn%C3%A4n+ja+tarjonnan+yhteensovittaminen+kotihoidossa+-+tarvepohjainen+resursointimalli.pdf/3ccb3609-9375-4eef-a171-d4be877f1da5)

NHG Benchmarking

144

Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali nykytilanteessa top down – menetelmällä on 520–660M€

Vanhuspalveluiden kustannukset, € per 75v täyttänyt asukas, manner-Suomen kunnat



- Vanhuspalveluiden kustannukset ovat kokonaisuudessaan 4,1 mrd€, jolloin 13-16 % säästö tarkoittaisi vuositasolla 520-660 M€:n säästöjä
- Huomioitava kuitenkin, että vanhusväestön määrä ja sitä kautta vanhuspalveluasiakkaiden määrä ja vanhuspalveluiden kustannukset kasvavat merkittävästi vuoteen 2029 mennessä. Tämä tarkoittaa, että vuonna 2029 potentiaali on todennäköisesti absoluuttisesti suurempi.

Lähde: Sotkanet

145

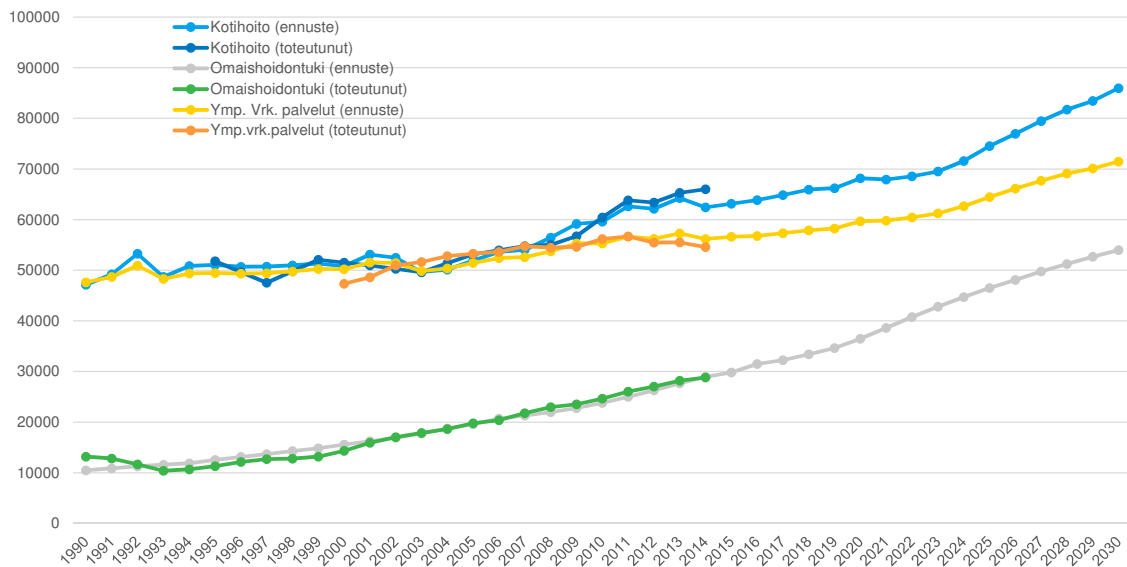
Vanhuspalveluiden kustannuskehityksen eri skenaarioiden laskentaperiaatteet

- Vanhuspalveluiden kustannuskehitystä on mallinnettu eri skenaarioiden kautta
 - Skenaariot perustuvat havaintoihin eroista nykyisissä palveluissa suhteessa kuntien asettamiin tavoitteisiin, uusiin toimintamalleihin tai tehokkaisiin yksiköihin
- **Perusskenaarioon** on mallinnettu ennuste palveluiden asiakasmäärien muutokselle 2015 – 2029 olettaen, että palveluiden piiriin ohjautuminen tapahtuu nykyisillä periaatteilla ja että vanhusväestön toimintakyky muuttuu samalla tavalla kuin historiallisestikin
 - Mallinnus perustuu palveluittain ja ikäryhmittäin historiatilastoista tehtyihin regressioanalyysiin, joissa selitettävänä tekijänä ovat asiakasmäärät eri palveluissa ja selittävinä tekijöinä ikäryhmissä kuolleiden määrä seuraavana vuonna
 - Poikkeuksena omaishoidon tuki, jossa paras selitysaste saatiin ikäryhmän koolle
 - Malli perustuu oletukseen, että ikäihmisten palvelutarve korreloi kuolleisuuden kanssa (palveluiden piirissä ollaan viimeiset elinvuodet). Tällöin malli myös huomioi eliniän pitenemisen ja terveyden elinvuosien lisääntymisen vaikutuksen.
 - Ennustemallista saatiin historialliseen kehitykseen hyvin sopiva, joten mallin ulkopuoliset tekijät, kuten muutokset kriteereissä, ovat vaikuttaneet palveluiden piirissä olevien vanhusväestön määrään paljon vähemmän kuin ikäryhmittäinen kuolleisuus
 - Mallissa yhdistettiin kaikki ympärivuorokautiset palvelut (vanhainkoti, tk-pitkäaikaishoito sekä tehostettu palveluasuminen), sillä näiden palvelumuotojen välillä on tapahtunut merkittäviä siirtymiä, jotka olisivat heikentäneet ennustemallia merkittävästi. Kustannuksia arvioitaessa kuitenkin huomioitiin näiden palveluiden osuudet ympärivuorokautisista palveluista, sillä niiden yksikkökustannukset poikkeavat toisistaan.
- Muut skenaariot saadaan perusskenaariosta muuttamalla oletuksia palveluiden peittävyksistä erilaisten toimenpiteiden seurauksena. Skenaarioiden säästöpotentiaali lasketaan suhteessa perusskenaarioon.
- **Kaikissa skenaarioissa** on oletettu, että **vanhuspalveluiden kokonaisasiakasmäärä noudattaa perusskenaarioiden määrää**, mutta palvelurakenteessa ja tuottavuudessa oletetaan tapahtuvan muutoksia.

146

Perusskenaariossa palveluiden asiakasmäärät kasvavat...

Toteutunut ja mallin pohjalta ennustettu 65v+ asiakasmäärä

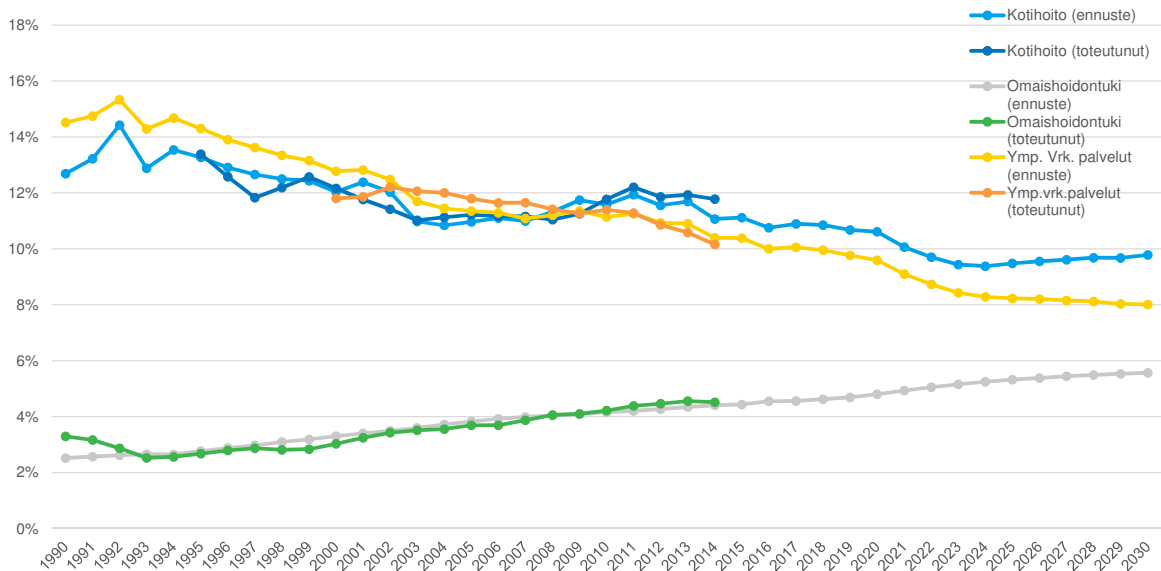


Data: THL (Sotkanet), menetelmä: NHG

147

...mutta peittävyys pienenee muissa palveluissa paitsi omaishoidon tuessa

Vanhuspalveluiden 75v täyttäneet asiakkaat, osuus vastaavasta ikäryhmästä

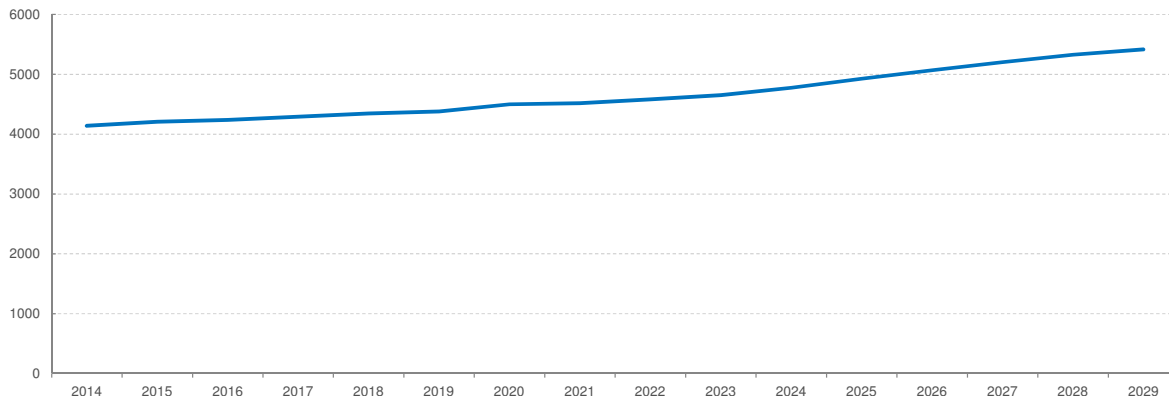


Data: THL (Sotkanet), menetelmä: NHG

148

Perusskenaariossa kustannukset kasvavat keskimäärin 1,8 % vuodessa

Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys perusskenaariossa, M€



- Kustannusten ennustettu kasvu perusskenaariossa on keskimäärin 1,8 % vuodessa, yhteensä vuodesta 2014 vuoteen 2029 kasvua tulee n. 31 %
- Kustannuskehitys on laskettu olettaen, että palveluiden asiakaskohtaiset kustannukset pysyvät samana
 - Inflaatiota ei siten ole huomioitu, vaan käytetty vuoden 2014 hintatasoa
- Ympärivuorokautisten palveluiden jakautumisen vanhainkotiin, tk-vuodeosastoon ja tehostettuun palveluasumiseen oletetaan pysyvän vuoden 2014 palvelurakenteen mukaisena

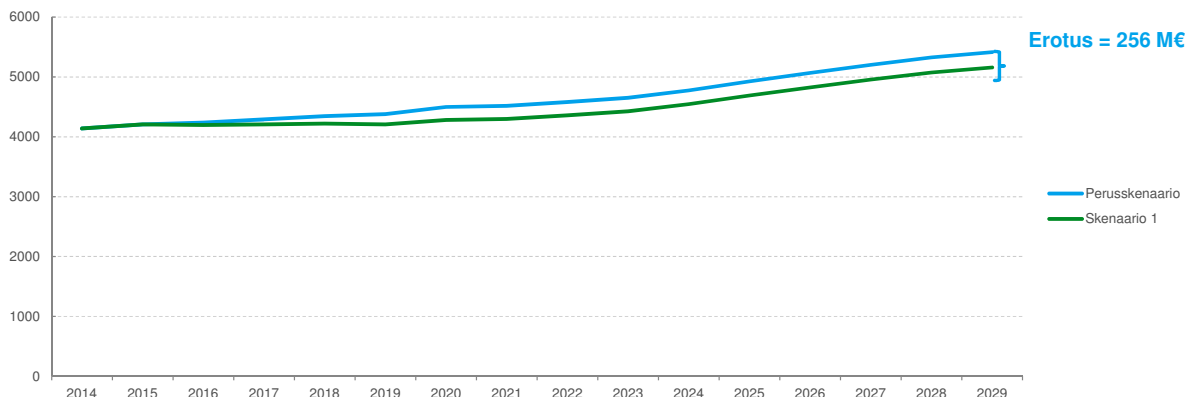
Data: THL (Sotkanet), Kuusikko-kunnat (vuosikustannus eri palveluissa)

149

Skenaariossa 1 67% vanhainkoti- ja pitkäaikaisvuodeosastosta muutetaan tehostetuksi palveluasumiseksi. Kustannukset kasvavat keskimäärin 1,5 % vuodessa.

Tällä hetkellä peittävyys on 3 %, mutta tavoite on 1 %

Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys eri skenaariossa, M€



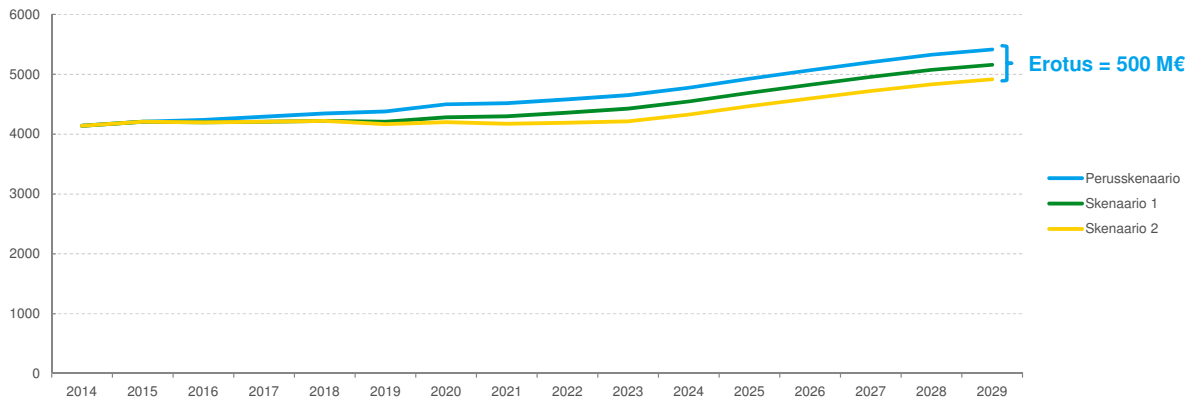
- Kustannusten ennustettu kasvu skenaariossa 1 on keskimäärin 1,4 % vuodessa, yhteensä vuodesta 2014 vuoteen 2029 kasvua tulee n. 25 %
- **Säästöä suhteessa perusskenaarioon vuonna 2029 on 256 M€**
- Kustannuskehityksessä on arvioitu, että pitkäaikaishoivasta siirtyminen tehostettuun palveluasumiseen kasvattaa näiden asukkaiden muiden palveluiden tarvetta, joten pitkäaikaishoivan ja tehostetun palveluasumisen vuosikustannuksen erotuksesta säästyy koko soten tasolla vain 65 %*. Selkeyden vuoksi näitä lisäkustannuksia ei ole lisätty terveyspalveluiden laskelmiin, vaan vähennetty näistä säästöistä.

* Perustuu Oulussa tehtyyn tutkimukseen (Leskelä ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suom Lääkäril 2016;71(11):809–15)

150

Skenaariossa 2 siirretään skenaarion 1 lisäksi kevyempiä tehostetun palveluasumisen asukkaita kotona toteutettavaan palveluun. Kustannukset kasvavat keskimäärin 1,2 % vuodessa.

Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys eri skenaariorissa, M€

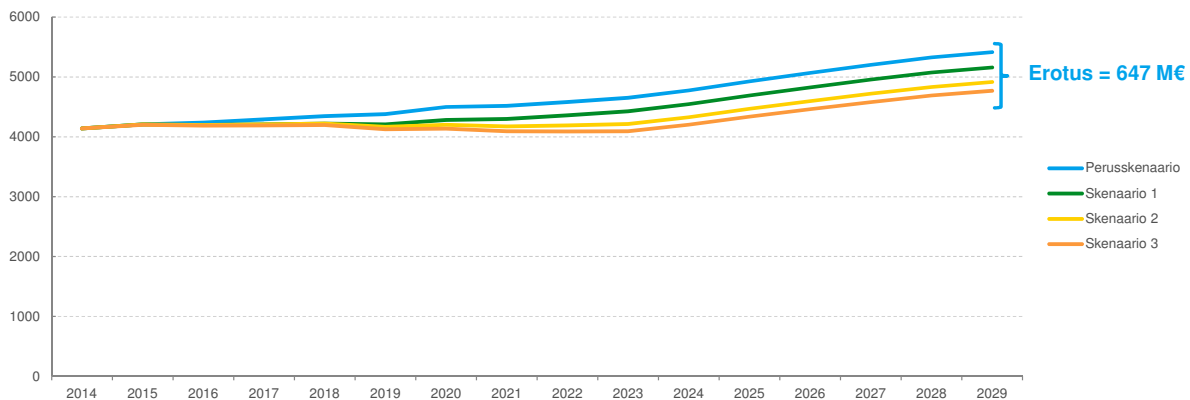


- Kotihoivalla tarkoitetaan asumista omissa kerrostaloyksioissä taajamien keskustoissa, joiden yhteyteen rakennettu yhteisöllisiä tiloja. Malli vastaa vanhuspalvelukorttelijäätelua.
 - Vantaalla tehdyn selvityksen perusteella kotihoivaan soveltuisi n. 2/3 niistä tehostetun palveluasumisen asukkaista, joiden CPS-toimintakykymittari on alle 4. Tämä on arviolta 40 % nykyisistä tehostetun palveluasumisen asukkaista.
 - Kotihoivassa arvioitu resurssinkulutus / asukas (= vuosikustannus) on n. 33 % vähemmän kuin tehostetussa palveluasumisessa
- Muutoksen oletetaan tapahtuvan viiden vuoden aikana alkaen 2019 (edellyttää kiinteistöinvestointeja)
- Kustannusten ennustettu kasvu skenaariorissa 2 on keskimäärin 1,1 % vuodessa. Yhteensä vuoteen 2029 kasvuja tulee n. 19 %
- **Säästöä suhteessa perusskenaariorion vuonna 2029 on 500 M€**

151

Skenaariossa 3 samat muutokset kuin skenaarioissa 1 ja 2, mutta lisäksi kotihoidon tuottavuus kasvaa. Kustannukset kasvavat keskimäärin 0,9% vuodessa.

Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys eri skenaarioissa, M€



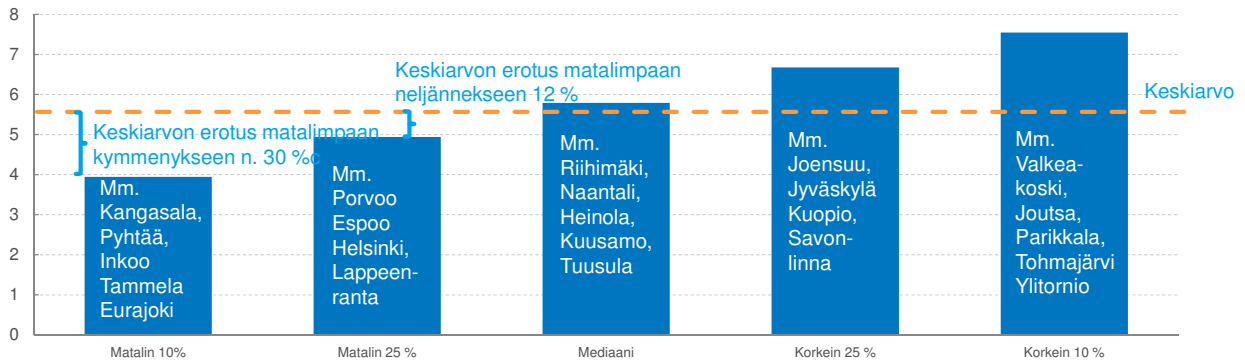
- Kuntien keskimääräinen kotihoidon ja kotisairaanhoidon asiakastyötunnin kustannus oli 87,3 €/asiakastunti*, kun tuottavimmassa 10%:ssa kunnista kustannus oli 78,0 €/asiakastunti.
- Oletetaan että muut kunnat saavuttaisivat tuottavimman kotihoitoyksikön tason, jolloin tehostamispotentiaali olisi 10,7%.
 - Muutoksen oletetaan tapahtuvan ensin hitaammin vuosina 2015 (kehittämistoimenpiteitä on käynnissä monissa kunnissa) ja kiihtyvän sote-uudistuksen myötä 2019. Koko potentiaali saavutetaan 2023.
- Kustannusten ennustettu kasvu skenaarioissa on keskimäärin 0,9% vuodessa. Yhteensä vuodesta 2014 vuoteen 2029 kasvuja tulee noin 15%. **Säästöä suhteessa perusskenaariorion on 647 M€ vuonna 2029**

152

Erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten lyhytaikaishoidossa olleiden 75 v täyttäneiden kaikkien hoitopäivien määrässä on eroja alueiden välillä

Vuoden 2014 tiedot

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitopäivät 75 v täyttäneillä / vastaavaniäinen väestö



- Vanhusten lyhytaikaishoidon hoitopäivissä 30 % säästöpotentiaali, jos keskiarvo saadaan laskettua nykyisten matalimman 10 % kunnista tasolle. Keskiarvon saaminen matalimman neljänneksen tasolle tuottaisi 12 % säästöpotentiaalin.
- Huom! Terveyspalveluiden yhteydessä laskettiin, että erikoissairaanhoidon jatkohoitona jatkuvien konservatiivisten episodien säästöpotentiaali on 22 %. Tämä analyysi antaa olettaa, että sama säästöpotentiaali pätsisi myös niille lyhytaikaishoidon hoitopäiville, jotka ovat pelkästään tk-vuodeosastolla.
- Terveyspalveluanalyyssissä laskettiin potentiaali niille jaksolle, jotka jatkuvat ESH:sta PTH:oon. Vanhuspalveluiden säästöpotentiaaliksi lasketaan ne hoitajaksot, jotka ovat pelkästään PTH-osastolla. Näiden hoitopäivien osuus on n. 50 % PTH-vuodeosaston hoitopäivistä. → **Säästöpotentiaali on 170 000 hoitopäivää, eli n. 42 M€.**

Lähde: THL (Sotkanet)

153

Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali on arviolta 690 M€

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Palveluiden tarpeen mukainen kohdentaminen (keskitetty palveluohjaus, palveluseteli/henk.koht.budjetointi)	Asiakasmäärä pitkäaikaishoivassa pienenee suhteessa perusskenaarioon	TK-pitkäaikaishoidon, vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen kustannukset pienenevät	995
Kotona asumista tukevan palveluvalikoiman laajuus (ml. lääkäri- ja kuntoutuspalvelut)	Asiakasmäärä tehostetussa palveluasumisessa pienenee suhteessa perusskenaarioon	Kotihoivan kustannukset kasvavat	-495
Digitaaliset palvelut ja sovellukset	Asiakkaita siirtyy välimallin asumiseen, eli kotihoivaan	Kotihoidon henkilöstökustannukset pienenevät	147
Esteettömät ja turvalliset asunnot sekä yhteisölliset välimallin asumisratkaisut	Henkilöstön välitön työaika kasvaa → yksikkökustannus pienenee	Tk-lyhytaikaishoidon kustannukset pienenevät	42
Palveluntuotannon tuottavuuden ja vaikutavuuden parantaminen	Tk-lyhytaikaishoidon hoitopäivät vähenevät	Yhteensä	689
Yksityisen ja 3. sektorin palvelutuotannon ja hyödyntäminen julkisen tuotannon rinnalla			
Tavoitteellinen, kuntouttava toiminta osastoilla, kotikuntoutus sekä kotiutushoitaja/ kotiutustiimi			

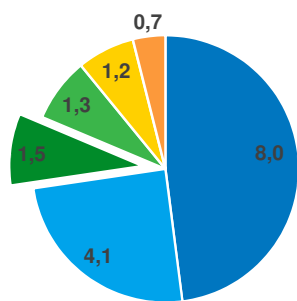
154

Sisältö

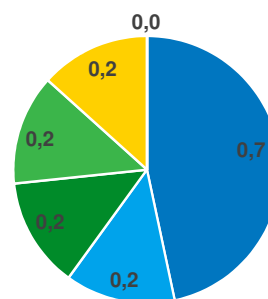
- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit**
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Vammaispalveluiden kustannukset n. 1,5 mrd €, josta vajaa puolet tulee asumispalveluista

Säästömekanismissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €

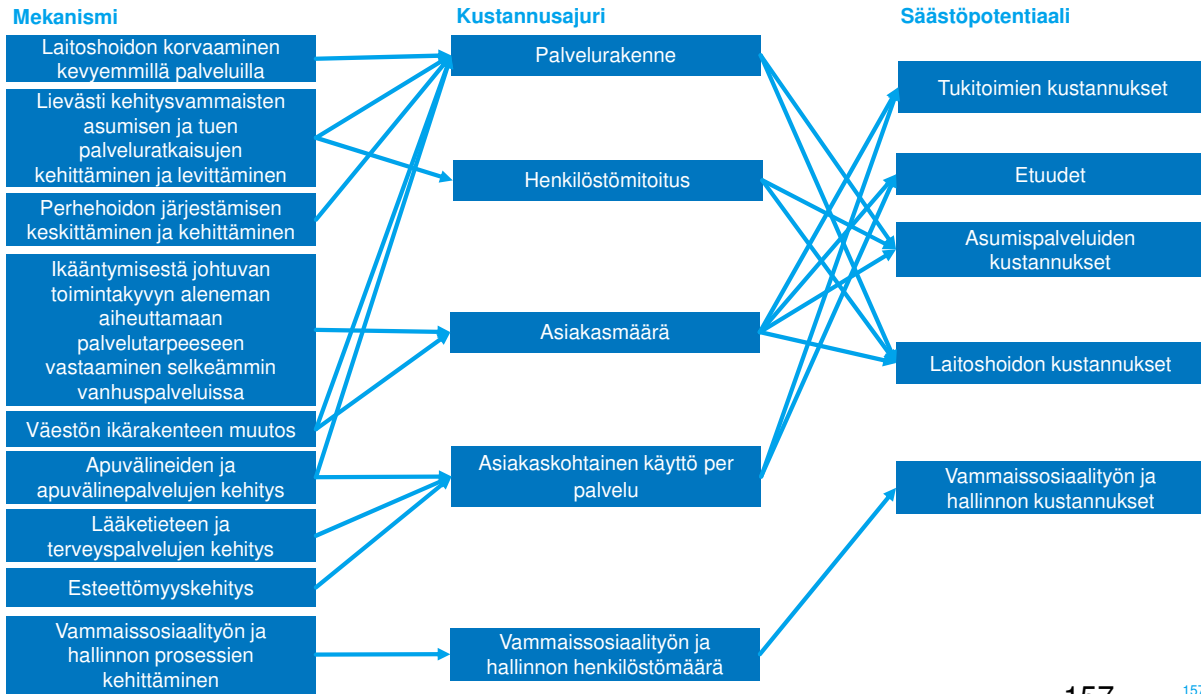


Vammaispalveluiden kustannusten jakautuminen 1,5 mrd €



- Terveyspalvelut
 - Vanhukset
 - Asumispalvelut
 - Henkilökohtainen apu
 - Vammaiset
 - Lapset ja perheet
 - Kuljetuspalvelut
 - Työllistämistoiminta
 - Päihde- ja mielenterveys
 - Muu sote
 - Laitospalvelut
 - Perhehoito
- Keskeiset muutokset
 - Lapset ja perheet = Lapset ja perheet + lasten- ja nuorisopsykiatria
 - Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveyspalveluita, ei lasten ja perheiden palveluiden alle

Vammaispalveluiden ylätason viitekehys

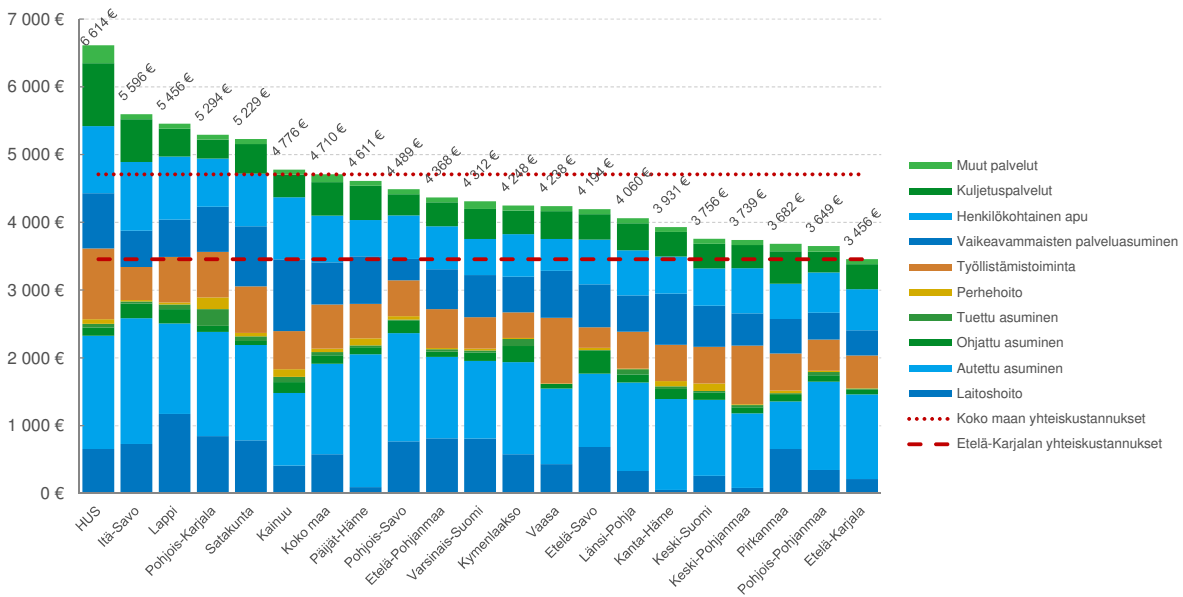


157

157

Etelä-Karjalassa on vammaispalveluiden alhaisin kustannustaso

Arvio vammaispalveluiden kustannuksista sairaanhoitopiirien alueilla 2014, € / KELA:n vammaisetuuden saajaa

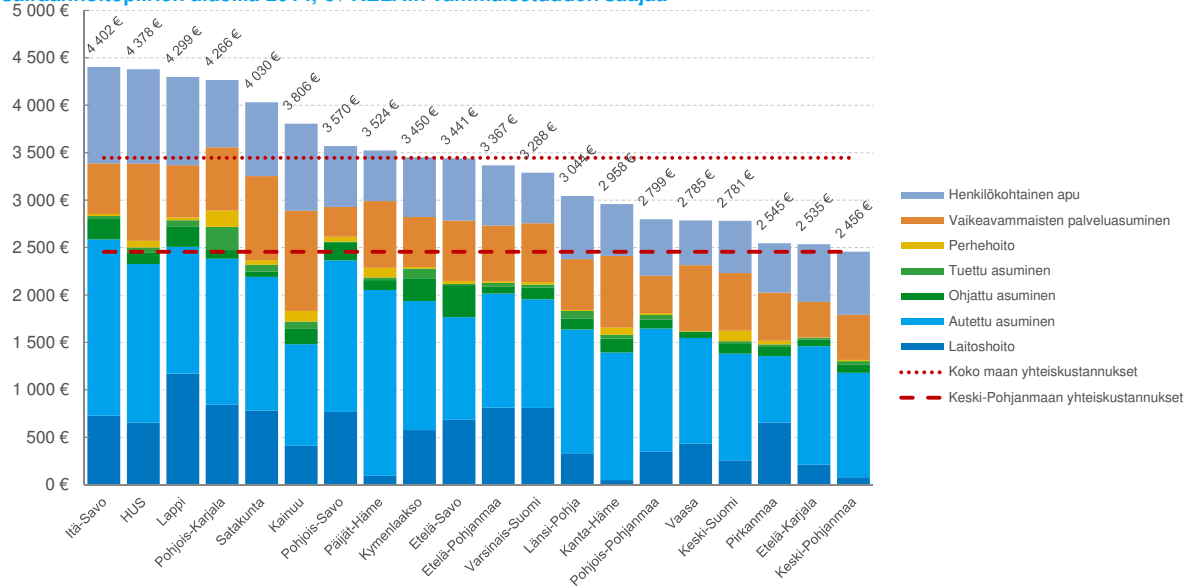


Lähde: NHG:n arvio, joka perustuu Sotkanetin asiakas-, suoritemäärä- ja KELA:n vammaisetuustietoihin sekä Kuusikkokuntien ja muutamien muiden kuntien kustannustietoihin

158

Keski-Pohjanmaalla on vammaispalveluiden alhaisin kustannustaso, kun otetaan huomioon vain asumisen ja perusavustamisen palvelut*

Arvio vammaispalveluiden asumisen ja perusavustamisen palveluiden* (palvelurakenne) kustannuksista sairaanhoitopiiriin alueilla 2014, € / KELA:n vammaisetuuden saaja



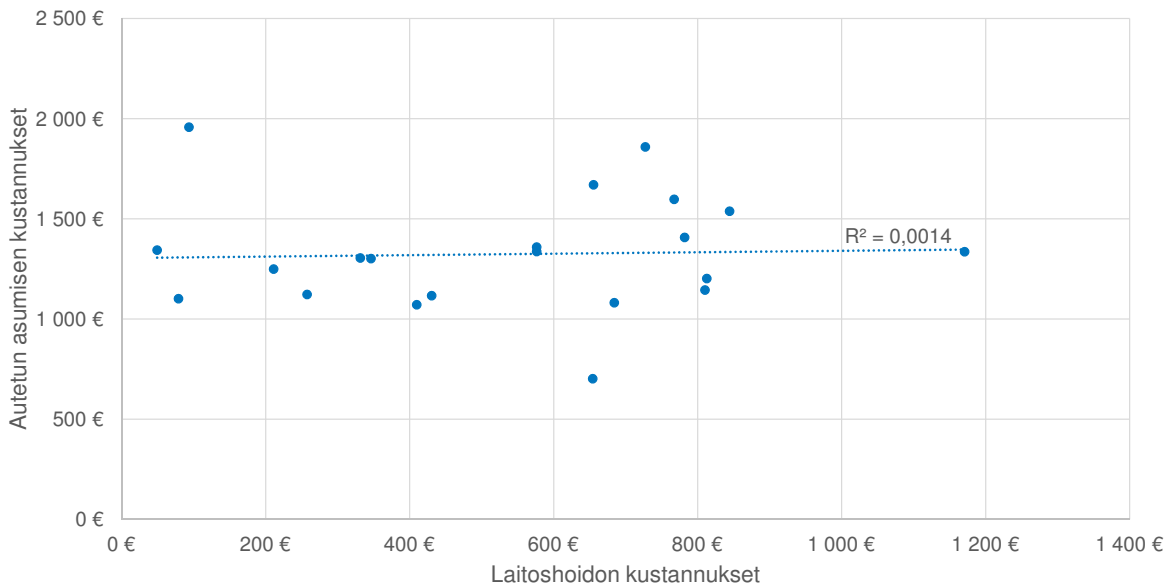
* Asumisen ja perusavustamisen palveluilla tarkoitetaan kaikkia muita palveluita paitsi työllistämistoimintaa, kuljetuspalvelua ja luokkaa muut palvelut
Lähde: NHG:n arvio, joka perustuu Sotkanetin asiakas-, suoritemäärä- ja KELA:n vammaisestuetietoihin sekä Kuusikkokuntien ja muutamien muiden kuntien kustannustietoihin

159

Laitoshoidon kustannukset eivät korreloi autetun asumisen kustannusten kanssa

Laitoshoidon vähentäminen ei siten automaattisesti tarkoita autetun asumisen lisääntymistä

Laitoshoidon ja autetun asumisen kustannukset 2014 / KELA:n vammaisetuuden saaja sairaanhoitopiiriin alueilla

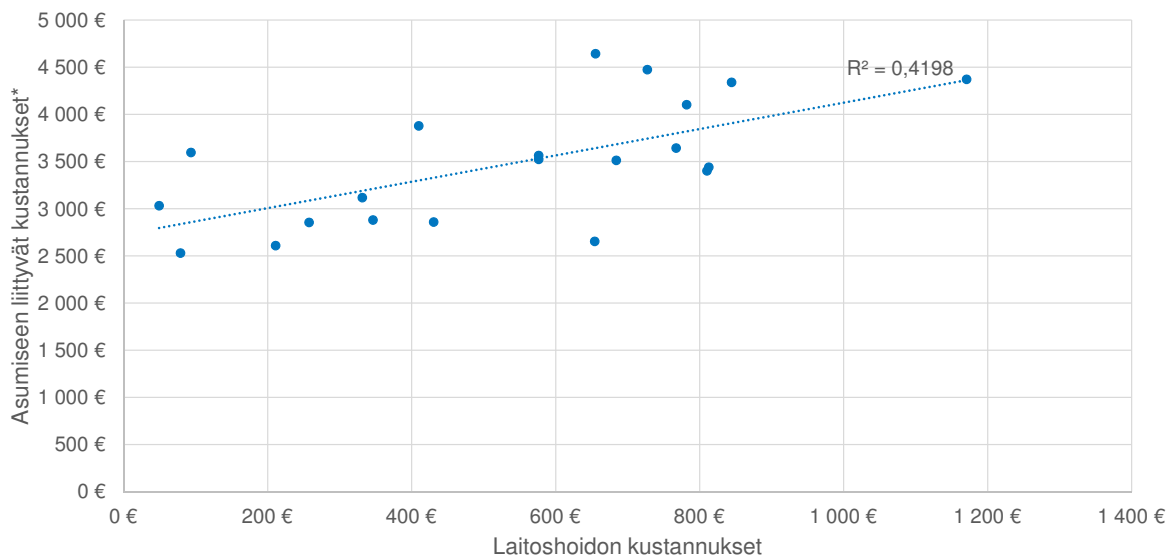


160

Laitoshoidon kustannukset korreloivat jonkin verran vammaispalveluiden asumiseen liittyvien kustannusten kanssa

Laitosvaltainen rakenne selittää siten kokonaiskustannuksia

Laitoshoidon ja vammaispalveluiden asumiseen liittyvät kustannukset 2014 / KELA:n vammaisetuuden saajaa sairaanhoitopiirien alueilla



*Asumiseen liittyvät kustannukset: Laitospalvelut, eri tasoiset asumispalvelut sekä henkilökohtainen apu

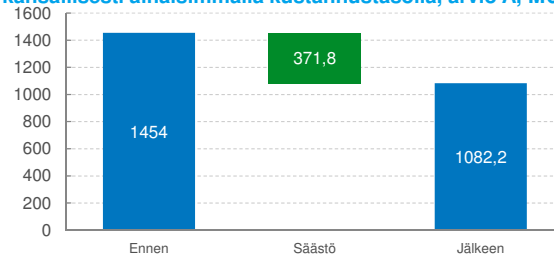
161

Säästöpotentiaali vammaispalveluissa top-down-menetelmällä arvioituna 304,4 - 371,8 M€

Säästöpotentiaaliarvio A

- Mikäli SOTE-uudistuksen myötä vammaispalveluiden kokonaiskustannustaso KELA:n vammaisetuuden saajaa kohden laskee Etelä-Karjalan tasolle, syntyy arvon perusteella säästöä 371,8 M€ eli 25,6 prosenttia.
- Laskelmassa ei ole huomioitu luokkaa muut palvelut, koska sen arvioinnissa liikaa epävarmuutta. Sen vaikutus kokonaisuuteen on kuitenkin pieni.

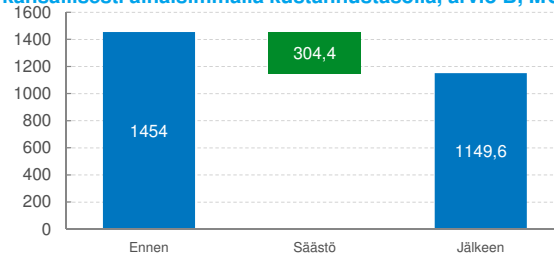
Vammaispalveluiden kustannukset toimittaessa kansallisesti alhaisimmalla kustannustasolla, arvio A, M€



Säästöpotentiaaliarvio B

- Mikäli laskelmasta jätetään pois myös työllistämistoiminta ja kuljetuspalvelut ja keskitytään vain asumisen ja perusavustamisen palveluihin (palvelurakenne), matalin kustannustaso on Keski-Pohjanmaalla. Tällöin vastaava säästöarvio on 304,4 M€ eli 20,9 prosenttia.

Vammaispalveluiden kustannukset toimittaessa kansallisesti alhaisimmalla kustannustasolla, arvio B, M€

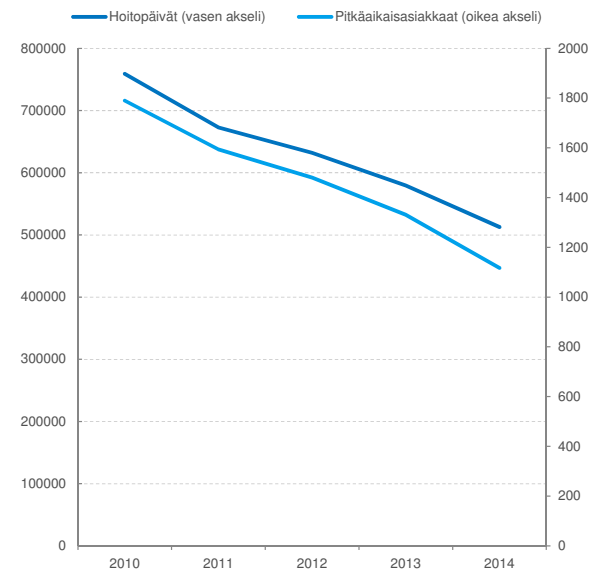


162

Pitkäaikaisen laitoshoidon korvaaminen kevyemmällä palveluilla - säästö 65,2 M€

- Valtioneuvoston periaatepäätös ohjelmasta kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi (2010) ja Valtioneuvoston periaatepäätös kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta (2012) ovat asettaneet tavoitteeksi vammaisten laitoshoidon purkamiseksi.
- Laitoshoidon purkaminen ei ole edennyt tavoitteiden mukaisesti, mutta SOTE-uudistuksella voidaan varmistaa sen toteutuminen.
- Vammaisten laitoshoidossa oli 1117 pitkäaikaisasiakasta vuonna 2014. Laitoshoidon hoitopäivän keskihinta oli 347 €. Mikäli palvelu järjestettäisiin avopalveluina (esim. autetun asumisen ja muiden palveluiden yhdistelmänä) vuorokauden keskimääräisellä kustannustasolla 187 € (keskimääräinen autetun asumisen hinta, 156 €, ja lisäksi +20 prosenttia autetun asumisen tason ja muiden palveluiden käytön kasvuun), syntyisi säästöä 65,2 M€.
 - Oulun kaupungissa vuonna 2011 laitoshoidon asiakkaiden kokonais-SOTE-kustannukset verrattuna täysin autetun asumisen asiakkaiden kokonais-SOTE-kustannuksiin olivat vastaavassa suhteessa.
 - Sillanpää (2012) on päätyntä toisen suuntaiseen tulokseen tarkastelemalla kahdeksan runsaasti palvelua tarvitsevan kehitysvammaisen henkilön siirtymistä laitoshoidosta asumispalveluun. Pienen otoksen ja yksilöllisen vaihtelun vuoksi tuloksesta ei ole kuitenkaan tehtävissä laajoja yleistyksiä.

Vammaisten laitoshoidon hoitopäivät ja pitkäaikaisasiakkaat koko maassa



Lähde: data Sotkanet, Kuusikkokunnat ja Oulun kaupunki; kirjallisuus Sillanpää, V. 2012. Yksi naapureista – yhteisöllisen asumisen kustannusvaikuttavuuden arviointi; analyysit NHG

163

Lievästi kehitysvammaisten asumisen ja tuen palveluratkaisujen kehittäminen ja levittäminen - säästö 4,1 M€

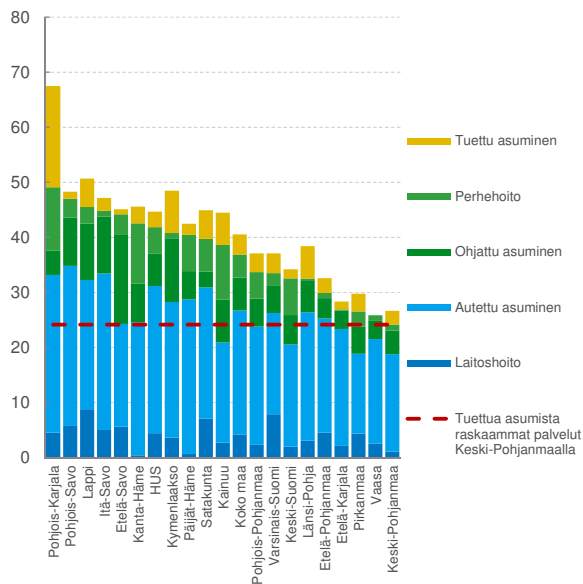
- Lievästi kehitysvammaisten asumiseen ja tukeen kehitetään erilaisia uusia palveluratkaisuja. Ratkaisujen avulla on mahdollista vähentää säännöllisen tuen määrää ja toisaalta laajentaa tuetun asumisen asiakaskuntaa myös hieman enemmän tukea tarvitseviin.
- Uudet palveluratkaisut voivat perustua esimerkiksi:
 - Kuvapuheluyhteyden ja muun teknologian hyödyntämiseen
 - Sosiaaliseen isännöintiin ja yhteisölliseen asumiseen
 - Tuetun asumisen, kotihoidon ja henkilökohtaisen avun kombinaatoratkaisuihin
 - Kotihoidon hyvien käytäntöjen soveltaminen tuettuun asumiseen
 - Henkilökohtaiseen budjetointiin
- SOTE-uudistuksen myötä suuremmat järjestämisalueet mahdollistavat voimakkaammat toimijat, joilla on mahdollisuuksia uusien palveluratkaisujen kehittämiseen ja järjestämiseen. Toisaalta uudistus kannustaa kaupallisia ja 3. sektorin toimijoita innovoimaan uusia palveluratkaisuja.
- Keski-Pohjanmaalla on matalin peittävyys tuettua asumista raskaammissa palveluissa. Mikäli uudistuksen seurauksena niillä alueilla, joilla ohjatun asumisen peittävyys on Keski-Pohjanmaata korkeammalla tasolla, onnistuttaisiin laskemaan ohjatun asumisen peittävyys Keski-Pohjanmaan tasolle korvaamalla sitä tuetulla asumisella, syntyisi säästöä 4,1 M€.

164

Keski-Pohjanmaalla on matalin peittävyys tuettua asumista raskaammissa palveluissa

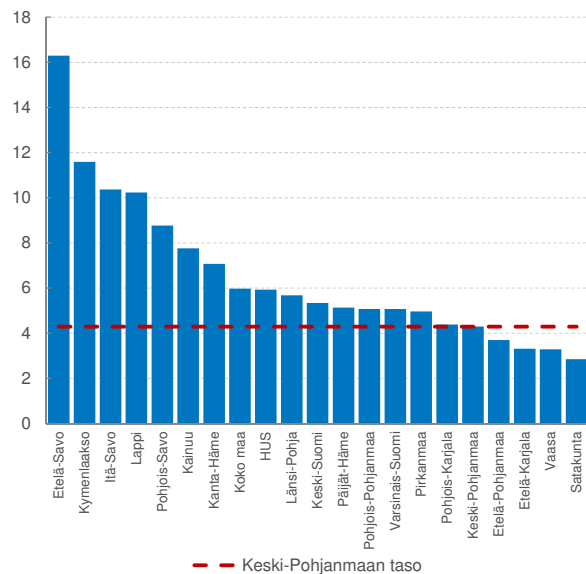
Vain 4 piirissä on Keski-Pohjanmaata matalampi ohjatun asumisen peittävyys

Eri asumismuotojen asiakasmäärät 1000:ta KELAN:n vammaisasetuuden saajaa kohden 31.12.2014



Lähde: data Sotkanet; analyysit NHG

Ohjatun asumisen asiakasmäärä 1000:ta KELAN:n vammaisasetuuden saajaa kohden 31.12.2014



165

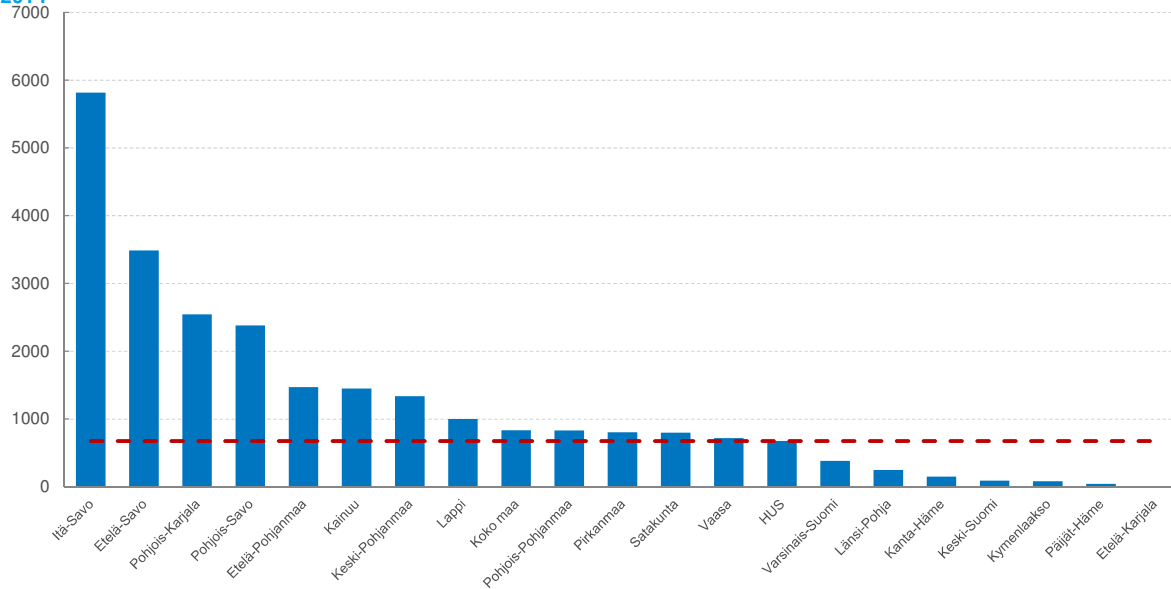
Perhehoidon järjestämisen keskittäminen ja kehittäminen - säästö 1,2 M€

- Perhehoidon määrässä on suuria alueellisia eroja. Keskeinen haaste on perhehoitajien rekrytoinnissa, johon eri erityishuollon kuntayhtymät ovat etsineet erilaisia ratkaisuja: palkkioiden nostaminen, tukipalveluiden kehittäminen ja markkinointikampanjat.
- Perhehoito sopii hyvin kehitysvammaisten lasten lyhyt- tai pitkäaikaiseksi hoitomuodoksi silloin, kun hoitojaksolla ei ole erityisiä kuntoutuksellisia tavoitteita.
- SOTE-uudistuksen myötä suuremmat järjestämisalueet mahdollistavat voimakkaammat toimijat perhehoidon järjestämiseen, jolloin perhehoitajille voidaan järjestää tukipalveluita ja turvata muutenkin paremmin heidän asemansa. SOTE-integraation myötä sama toimija voi järjestää kehitysvammaisten henkilöiden perhehoidon lisäksi lasten ja nuorten, ikäihmisten ja mielenterveyskuntoutujien perhehoitoa.
- Mikäli uudistuksen myötä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisen laitoshoidon hoitopäivät vastaavanikäistä KELA:n vammaisasetuuden saajaa kohden saataisiin HUS-alueen tasolle niillä alueilla, joilla se on korkeampi, korvaamalla perhehoidolla syntyisi säästöä 1,2 M€. Arvioissa on oletettu, että toimenpide vaatii perhehoidon hoitopäivän keskihintaan 5 euron korotusta. Arviosta on jätetty pois Pohjois-Karjala, jossa on eniten perhehoitoa suhteessa väestöön.

166

Alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisen laitoshoidon määrä HUS-alueen tasolle perhehoitoa lisäämällä

Lyhytaikaisen laitoshoidon hoitopäivät alle 18-vuotiailla 1000:ta vastaavanikäistä KELA:n vammaisetuuden saajaa kohden 2014



Lähde: data Sotkanet ja KELA; analyysit NHG

167

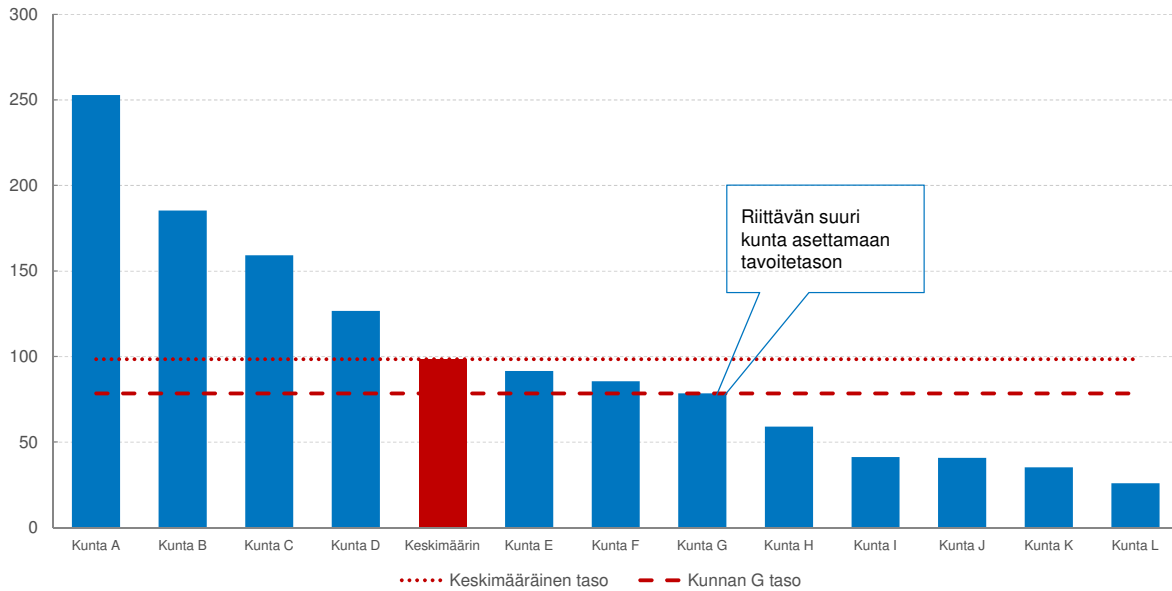
Vammaissosiaalityön ja hallinnon prosessien kehittäminen - säästö 6,1 M€

- Vammaissosiaalityö on tapahtunut suurelta osin kuntatasolla. Vammaispalvelut sisältävät runsaasti erilaisia palveluita, joista osa edellyttää usean lainsäädäntöalan tuntemusta, asiakaskunta on erittäin heterogeeninen ja asiakastilanteisiin vaikuttaa monenlaiset tekijät. Kuntatasolla pienet volyymit eivät ole mahdollistaneet osaamisen, prosessien ja tietojärjestelmien asianmukaista kehittämistä. Tämä on johtanut epätarkoituksenmukaisiin toimintatapoihin, tehottomuuteen ja laatuongelmiin.
- SOTE-uudistuksen myötä laajemmat järjestämisalueet mahdollistavat toiminnan kehittämisen ja tehostamisen.
- Vammaissosiaalityön ja palveluohjauksen kustannuksissa on suuria kuntakohtaisia eroja 14 kunnan/yhteistoiminta-alueen/kuntayhtymän aineistolla. Aineiston perusteella vammaissosiaalityön ja palveluohjauksen valtakunnallisiksi nettokustannuksiksi voidaan arvioida 30,4 M€ (sisältyy muihin kustannuksiin). Aineiston perusteella 20 %:n säästö tehostamisella on realistista. Tämä tarkoittaisi 6,1 M€.

168

Vammaissosiaalityön ja palveluohjauksen kustannuksissa on 20 prosentin säästöpotentiaali

Vammaissosiaalityön ja palveluohjauksen nettokustannukset KELA:n vammaisetuuden saajaa kohden 2014



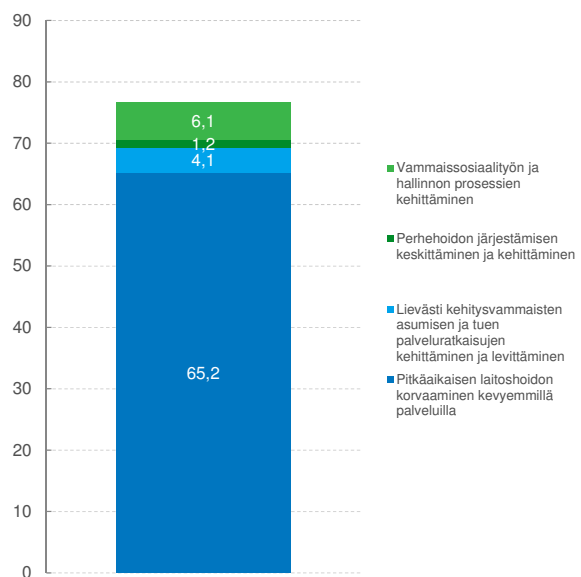
Lähde: data Kuntamaisema ja SotkaNet; analyysit NHG

169

Säästöpotentiaali vammaispalveluissa bottom-up-menetelmällä arvioituna 76,6 M€

- Bottom-up-menetelmällä arvioituna vammaispalveluiden säästöpotentiaali on 76,6 M€ eli 5,3 prosenttia.

Vammaispalveluiden säästöpotentiaali, M€

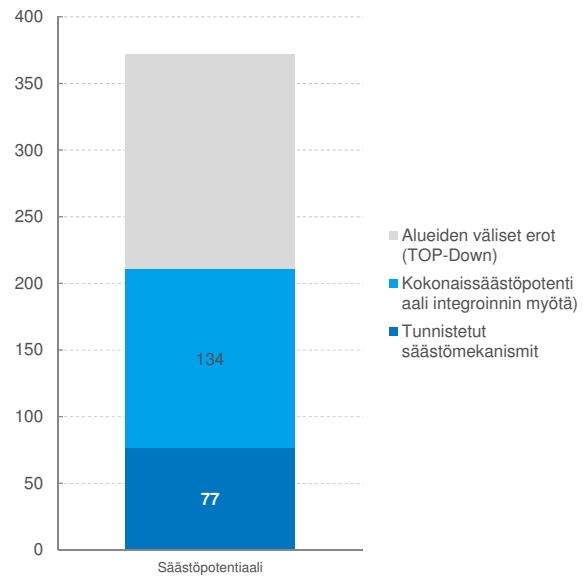


170

Säästöpotentiaali vammaispalveluissa on n. 210 m€

- Säästöpotentiaali vammaispalveluissa on arvioitu kahdella lähestymistavalla.
- Arvioiden välillä on suuri ero. Ero johtuu seuraavista tekijöistä:
 - Bottom-up –lähestymisessä ei ole voitu tehdä arviota kaikista vaikuttavista tekijöistä soveltuvan datan puuttumisen vuoksi
 - Kaikkia vammaispalveluiden kustannuksia selittäviä taustatekijöitä ei tunneta
 - Top-down –lähestymisessä on oletettu, että kustannustasoltaan edullisimmalla alueella vastaamattoman palvelutarpeen määrä ei ole muita alueita suurempi
 - Vastaamaton palvelutarve voi johtua siitä, että tarpeellisia lakisääteisiä palveluja ei ole haluttu tai osattu hakea tai niitä ei ole myönnetty
- Kustannusjakautumia arvioimalla on päädytty, että n 210 m€ liittyy alueellisiin eroihin rakenteissa ja toimintatavoissa ja loppuosa alueellisista eroista on ”luontaisia”
 - 210 m€ tulee lähinnä laitos- ja asumispalvelurakenteiden kehittämisestä kustannuksiltaan alhaisimmalle tasolle

Vammaispalveluiden säästöpotentiaali, 210 M€



171

Sisältö

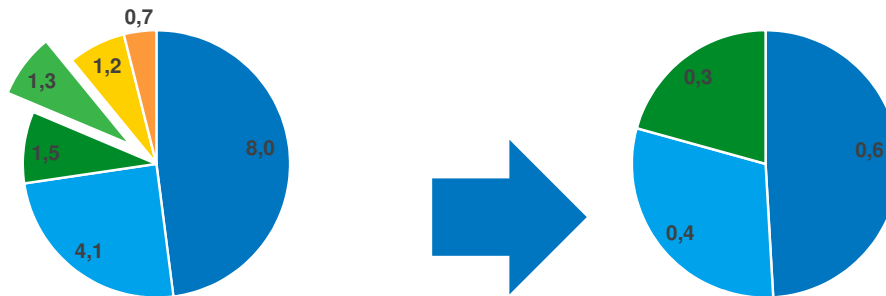
- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit**
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Tarkastellut lasten ja perheiden palveluiden kustannukset ovat 1,3 mrd €, josta lastensuojelun laitos- ja perhehoito muodostaa lähes puolet

Lasten ja perheiden palveluiden kokonaiskustannuksiksi on arvioitu yhteensä 10-12 mrd € (Valtionvarainministeriön työryhmä 2015, sivu 35), josta sosiaali- ja terveystalouden osuus ilman opiskelija- ja kouluterveydenhuoltoa ja lasten ja nuorten somaattista hoitoa on 1,3 mrd €.

Säästömekanismeissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €

Lasten ja perheiden palveluiden kustannukset 1,3 mrd €

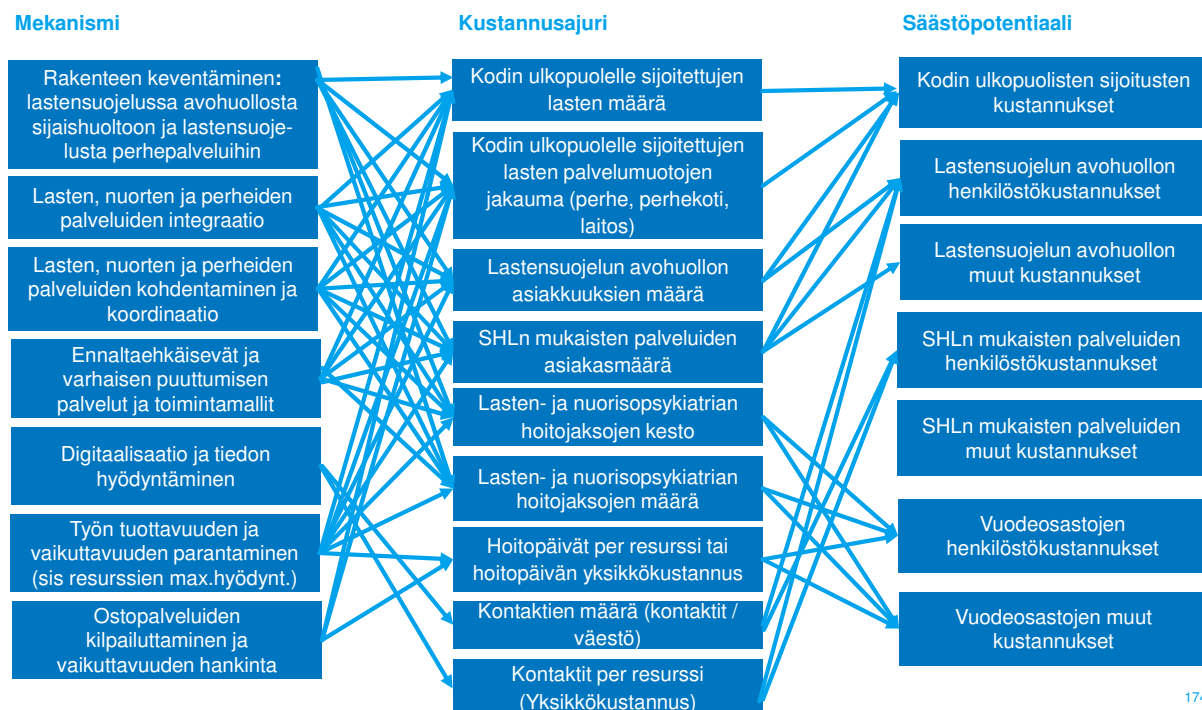


- Terveyspalvelut
- Vammaiset
- Päihde- ja mielenterveys
- Vanhukset
- Lapset ja perheet
- Muut palvelut
- Lastensuojelun laitos- ja perhehoito
- Lasten- ja nuorisopsykiatria

- Keskeiset muutokset
 - Lapset ja perheet = Lapset ja perheet + lasten- ja nuorisopsykiatria
- Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveyspalveluita, ei lasten ja perheiden palveluiden alle

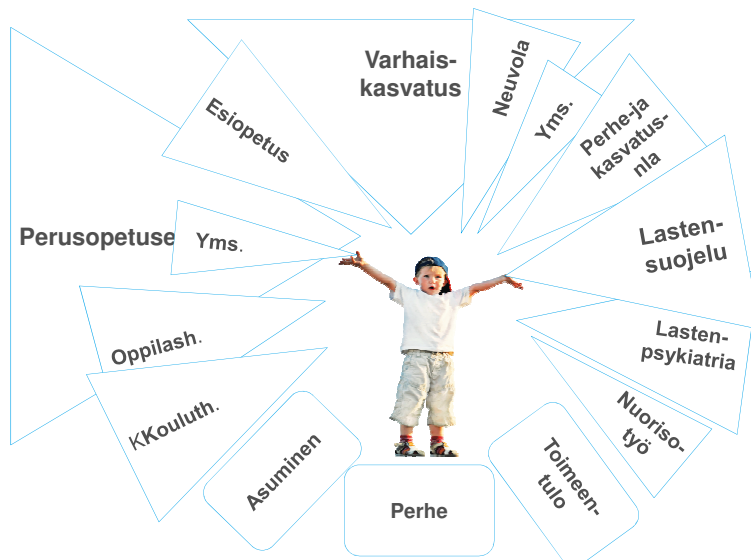
173

Lasten ja perheiden palveluiden rakennemuutoksen viitekehys



174

Kehittämisen lähtökohta: Lasten ja perheiden palvelut tänään



Palvelut hajanaisia, irtautuneet perheiden arjesta omiin tiloihinsa, ongelmalähtöisiä ja ammattikuntajohtoisia.

Tiedot hajautuvat lukuisiin rekistereihin ja asiakirjoihin.

Lähde: Rimpelä M ja Rimpelä M. Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla. Kunnallissalan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 93

175

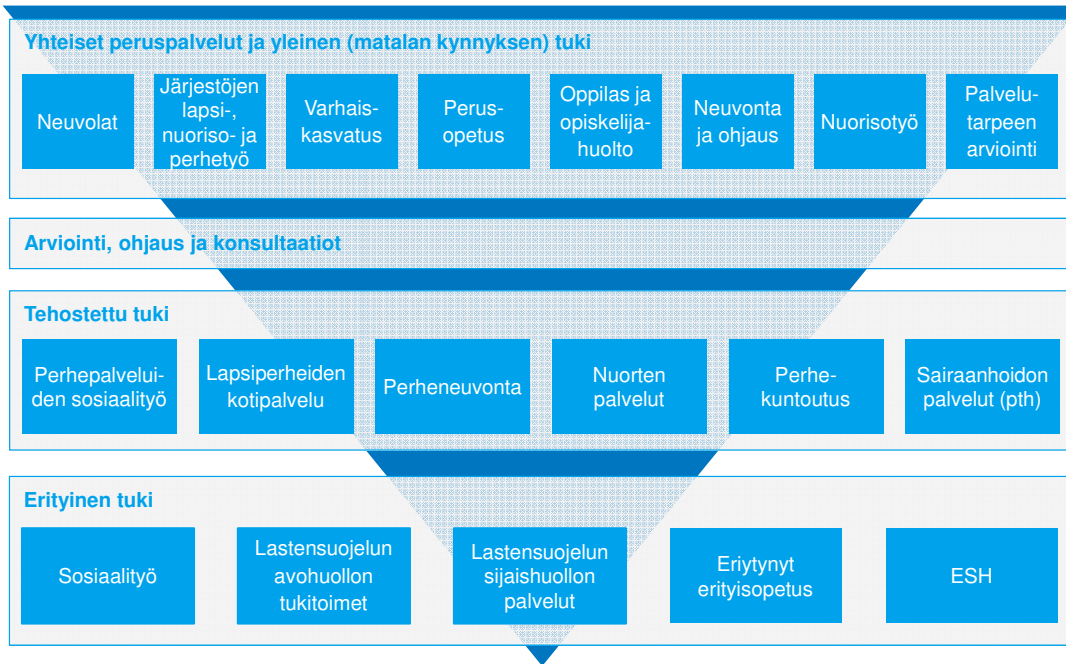
Lasten ja perheiden palveluiden keskeiset kehittämistoimenpiteet nykyisen palvelurakenteen keventämiseksi

- Lapsi- ja perhepalveluiden hajallaan olevan palvelujärjestelmän yhteensovittaminen integroiduksi kokonaisuudeksi lapsiperheiden näkökulmasta
 - Sosiaali- ja terveystieteiden rinnalle olisi nostettava myös varhaiskasvatus, perusopetus, harrastukset ja sekä lapsiperheen elinolot (asuminen, toimeentulo, työn ja perheen yhteensovittaminen) sekä vanhempien palvelut.
 - Yhtenäistämällä käytössä olevia toimintatapoja ja menetelmiä (esim. palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus)
 - Kohdentamalla viiveettä tehostettua tukea kriisiperheiden tilanteisiin myös vanhempien tukemiseksi
- Painospisteen siirtäminen 1) lastensuojelussa sijaishuollosta avohuoltoon ja 2) lastensuojelusta (LSL:n mukaiset palvelut) perhepalveluihin (SHL:n mukaiset palvelut)
 - Lapsi- ja perhepalveluiden kehittämisellä on jo saatu aikaiseksi yli viidenneksen kustannussäästöjä, esim. Imatran kaupungissa.
 - Painospisteen siirto toteutetaan parantamalla palveluiden oikea-aikaista saatavuutta ja asiakaslähtöisyyttä sekä lapsi- ja perhelähtöisyyttä,
 - Investoimalla varhaisen vaiheen palveluihin (kuten neuvonta ja ohjaus, kotipalvelu, perhetyö, perheneuvolat) ja kohdentamalla niitä nykyistä tarpeenmukaisemmin ja aikaisemmassa vaiheessa vähennetään korjaavien palveluiden tarvetta. Lisäksi tulee kehittää myös lastensuojelun avohuoltoa.
- Tehostamalla toimintaa, jossa aito asiakaslähtöisyys ja kasvatuksen tuki sekä sähköiset palvelut ovat mukana
 - Sähköisestä vuorovaikutuksesta ja henkilökohtaisesta vuorovaikutuksesta tulisi rakentaa toimiva kokonaisuus, jonka yhtenä tasona ovat kaikille avoin neuvonta ja sitä täydentävä vuorovaikutteinen neuvonta (esim. 'sähköinen neuvola' ja kohdennettuna 'Voimaperheet-kasvatusvalmennus') ja toisena intensiivinen terapia, jolloin ollaan jo pääosin henkilökohtaisen vuorovaikutuksen alueella
 - Vanhemmuuden tukemisen rinnalle tulisi nostaa myös kasvatuksen tukeminen (päiväkodissa, koulussa, harrastuksissa, jne).
 - Digitalisaatio tarjoaa kustannustehokkaita ratkaisuita ja palveluita varhaiseen vaiheeseen sekä matalan kynnyksen palveluihin ohjautumiseen mutta myös varsinaisten palveluiden tuottamiseen (esim. etätuki ja -ohjaus) ja parantaa tiedon kulkua
- Siirtämällä ostopalveluiden kilpailuttamisen painopistettä puhtaista suoritteista kohti kuntouttavia ja vaikuttavia palveluita saadaan aikaan kustannussäästöjä
- Muita keskeisiä teesejä säästöjen aikaansaamiseksi ovat välitön puuttuminen, kopin ottaminen/vastuunkantaminen, työntekijöiden vaihtuvuuden minimointi, verkostojen mukaansaaminen (muut viranomaiset, omaiset ja läheiset sekä vapaaehtoistoimijat ja muut järjestötoimijat, jne.)

176

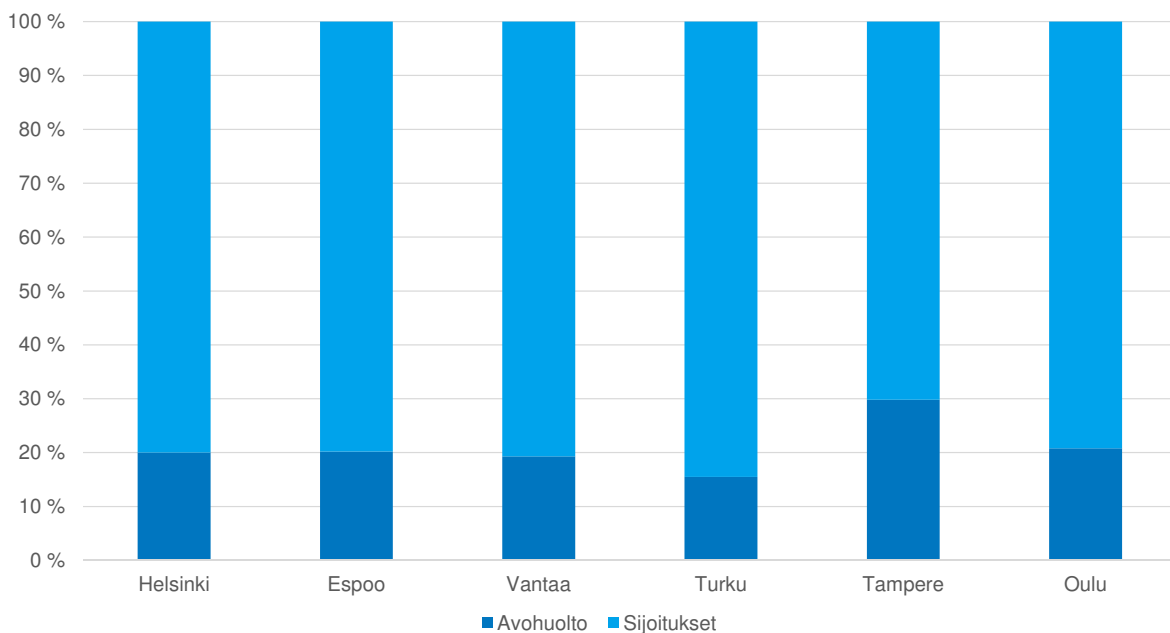
Lasten ja perheiden palveluiden kehittämisen viitekehys

Palvelurakenteen keventäminen edellyttää panostusta erityisesti yhteisiin perustason palveluihin

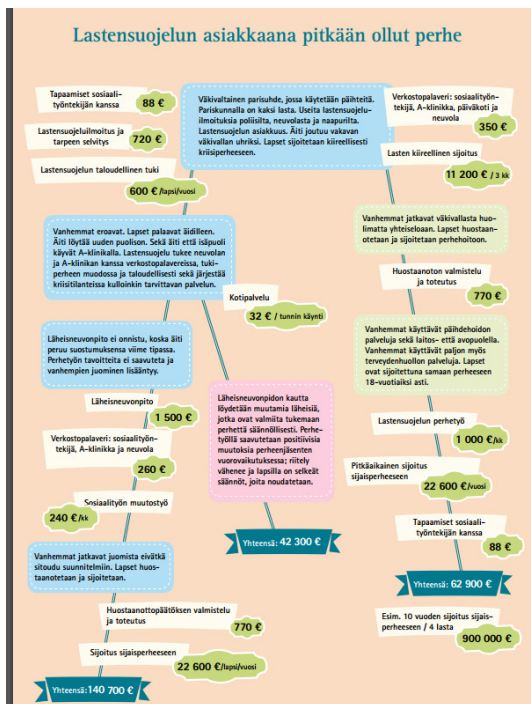


177

Kunnan lastensuojelun kustannuksista keskimäärin 20 % tulee avopalveluista ja 80 % sijoituksista



Kodin ulkopuolelle sijoitetusta lapsesta kertyy 10 vuodessa yhteensä n. 900 000 € suorat kustannukset



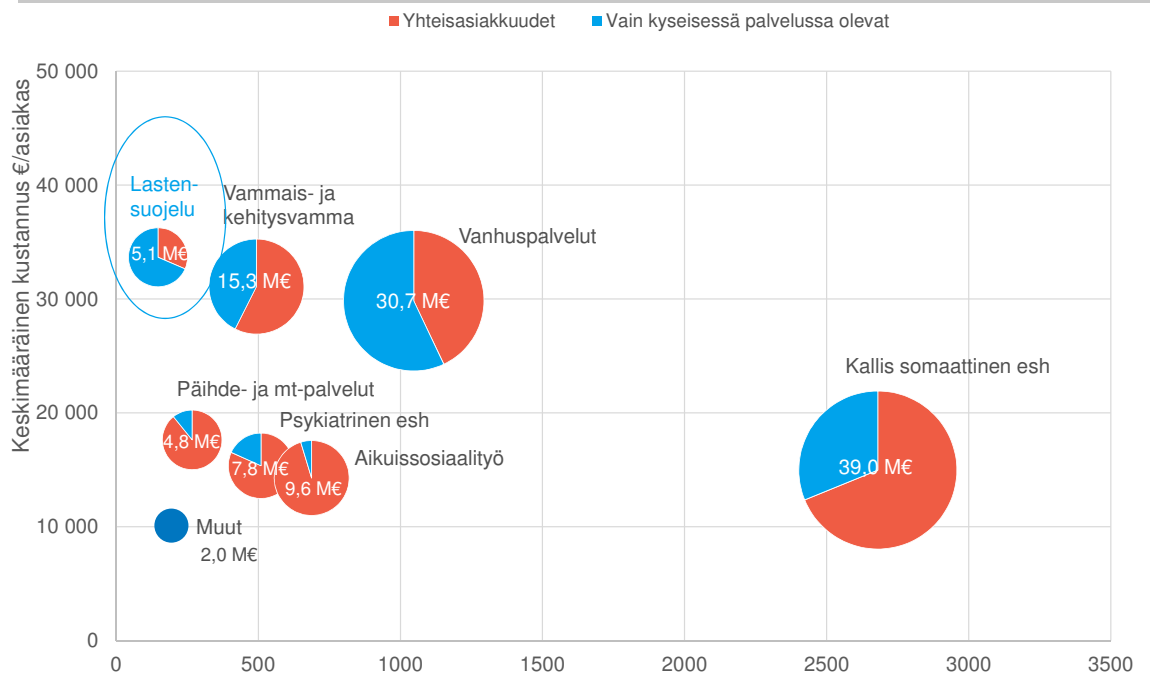
https://www.lsk.fi/materiaali/lastensuojelun-keskusliitto/Miten_lastensuojelun_kustannukset_kertyvat.pdf

179

- Lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle on kustannuksiltaan hyvin kallis vaihtoehto. Lapsen sijoittaminen sijaisperheeseen maksaa noin 23 000 euroa vuodessa, ammatilliseen perhekotiin noin 60 000 euroa vuodessa ja laitoshoitoon yli 90 000 euroa vuodessa (Kuusikkokuntien lastensuojelun työryhmä 2011.)
- Vuoden 2010 tiedot osoittavat, että avohuollon kustannukset vastaavat noin 21:tä prosenttia kaikista lastensuojelukustannuksista. (Kuusikkokuntien lastensuojelun työryhmä 2011.)

Lastensuojelun asiakkaat ovat yksi kalleimmista asiakasryhmistä, vaikka valtaosa asiakkaista käyttää pääosin vain yhtä palvelua

Vain hieman yli kolmannes asiakkaista käyttää useampaa kuin yhtä palvelua



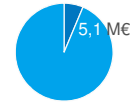
Lähteet: NHG kalliit asiakkaat analyysi

Asiakkaiden lukumäärä

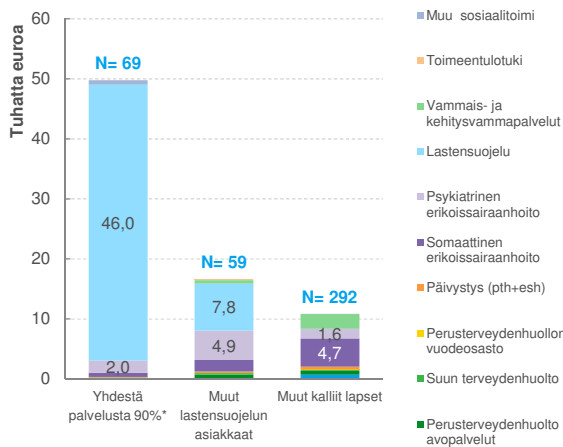
180

Kalliiseen 10 % kuuluvilla lapsilla ja nuorilla kustannukset tulevat pääosin lastensuojelun palveluista

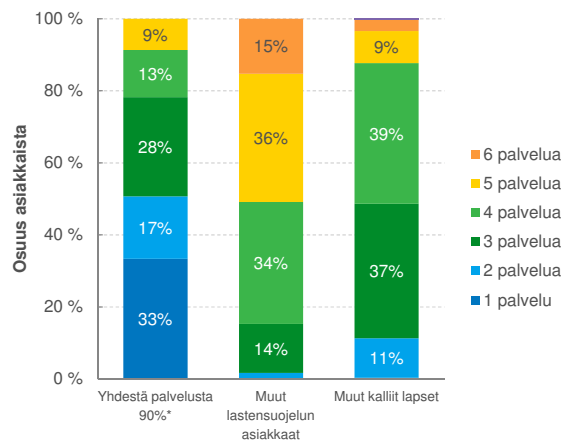
Lastensuojelun asiakkaat käyttävät paljon myös psykiatrista erikoissairaanhoidoa



Kalliiseen 10 % kuuluvien alle 18-vuotiaiden kustannukset keskimäärin (€/asiakas)



Kalliiseen 10 % kuuluvien alle 18-vuotiaiden käyttämien palveluiden määrä



- Kalliilla lapsilla kustannukset tulevat lastensuojelun lisäksi erikoissairaanhoidosta
 - Lastensuojelun asiakkailla korostuu psykiatrinen erikoissairaanhoido, muilla kalliilla lapsilla somaattinen erikoissairaanhoido
- Kalliit lapset käyttävät pääosin 1-3 palvelua
- Lastensuojelun asiakkaista psykiatrian palveluita käyttää yli 20 %

Yli 90 % asiakkaan kokonaiskustannuksesta vain yhdestä palvelusta
Lähteet: NHG kalliit asiakkaat analyysi

181

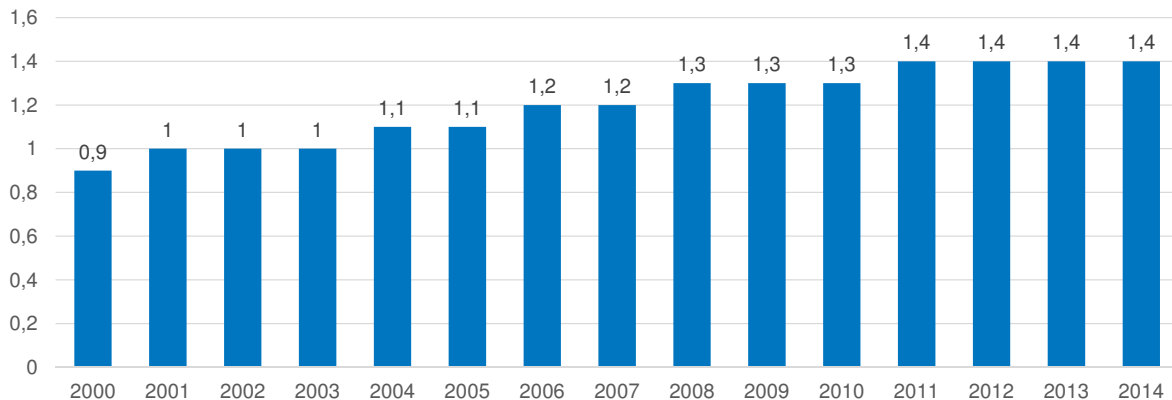
Lasten ja perheiden palveluiden kehittämisen avulla tavoitellut vaikutukset (myös suhteessa LAPE-kärkihankkeen tavoitteisiin)

- Palvelut kohdentuvat oikea-aikaisesti oikeisiin tarpeisiin ja niiden saatavuus paranee
 - Palvelutarpeen kasvun ehkäisy
 - Sijoitusten määrä vähenee
 - Vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmien aiheuttamat haitat lapsille vähenevät
- Palveluiden asiakaslähtöisyys paranee
 - Lasten, nuorten ja vanhempien kokemus osallisuudesta paranee
- Lapset ja perheet kohdataan heidän arkiympäristössään ja tarvittaessa otetaan koppia mahdollisista ongelmatilanteista
 - Varhainen puuttuminen ja kopin ottaminen mahdollistuu ja siten ehkäistään palvelutarpeen kasvua
 - Lasten ja nuorten kiinnittyminen kouluun vahvistuu
 - Lasten ja perheiden välinen vuorovaikutus paranee
 - Yksinäisyys ja syrjäytyminen vähentyvät
- Ennaltaehkäisevien ja kevyiden palveluiden (ml. kolmannen sektorin palveluiden) käyttö lisääntyy
 - Valinnan vapaus lisääntyy palveluvalikoiman laajentuessa, mahdollisuus yksilöllisempiin ja motivoivempiin ratkaisuihin
- Työhyvinvoinnin lisääntyminen:
 - Työntekijät kokevat voivansa tehdä oikeita asioita ja pystyvänsä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin
 - Työntekijät kokevat saavansa toimivat työkalut asiakkuuksien hallintaan
 - Työntekijät saavat näkymän omaan työhönsä ja omiin asiakkaihinsa
- Tiedon saatavuus paranee
 - Johto saa tarvittavat tiedot johtamisen tueksi

182

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus vastaavankäisistä alle 18-vuotiaista on noussut yli 50 % 2000-luvulla

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus -% 0-17 -vuotiaista



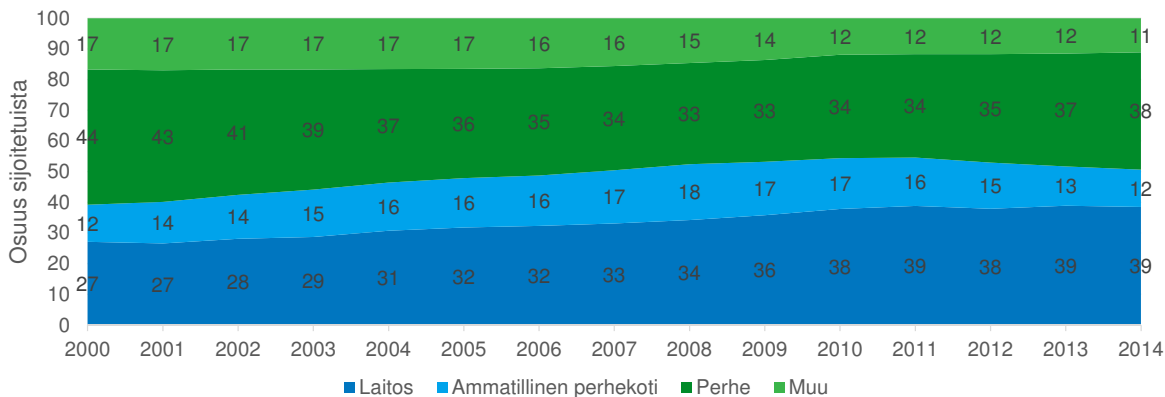
- Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus kasvanut koko 2000-luvun
- Viime vuosina kasvu saatu pysähtymään

Lähde: SOTKANET

183

Laitokseen sijoitettujen osuus on kasvanut 2000-luvulla

Kodin ulkopuolelle sijoitetut sijoituspaikan mukaan

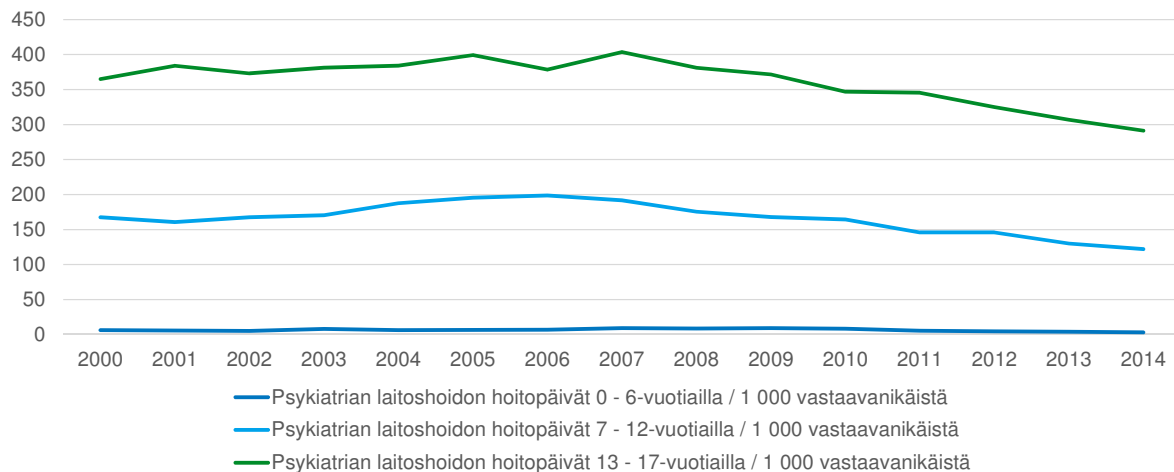


- Lapsen sijoittaminen sijaisperheeseen maksaa noin 23 000 euroa vuodessa, ammatilliseen perhekotiin noin 60 000 euroa vuodessa ja laitoshoitoon yli 90 000 euroa vuodessa (Kuusikkokuntien lastensuojelun työryhmä 2011.)

Lähde: SOTKANET

184

Lastenpsykiatrian hoitopäivät kääntyneet laskuun 2007

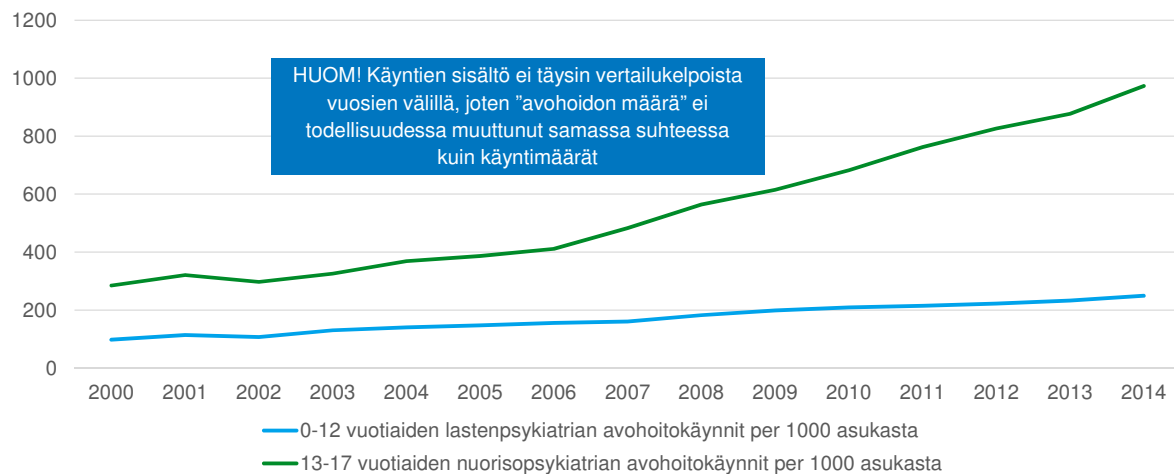


- Vaihtoehtoisiin palvelumuotoihin alettu panostaa ja etenkin pitkiä hoitajaksoja ja vuodeosastokapasiteettia purkaa 2006-2007

Lähde: SOTKANET

185

Vastaavasti avokäyntien määrät ovat lisääntyneet



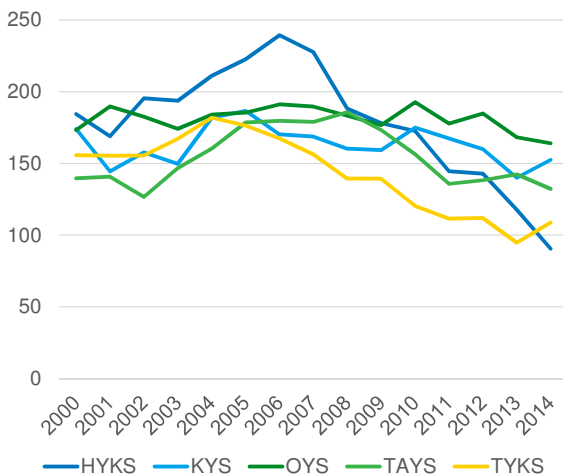
- Sekä lasten- että etenkin nuorisopsykiatriassa selvästi 2006 alkaen rakenteellista muutosta vuodeosastohoidosta avopalveluiden suuntaan

Lähde: SOTKANET

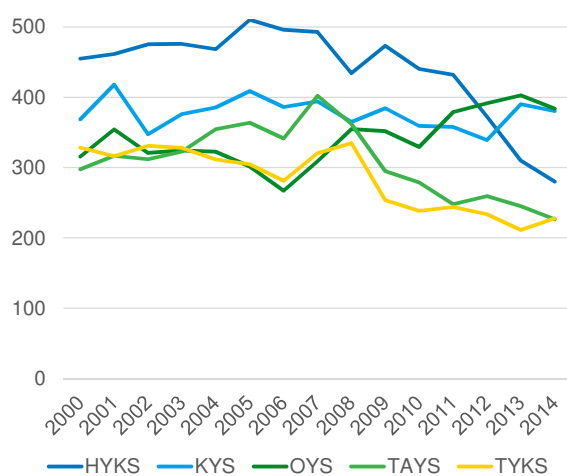
186

ERVA-alueiden välillä on eroja sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian osastokäytössä että viimeaikaisessa kehityksessä

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 7 - 12-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä



Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 13 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä

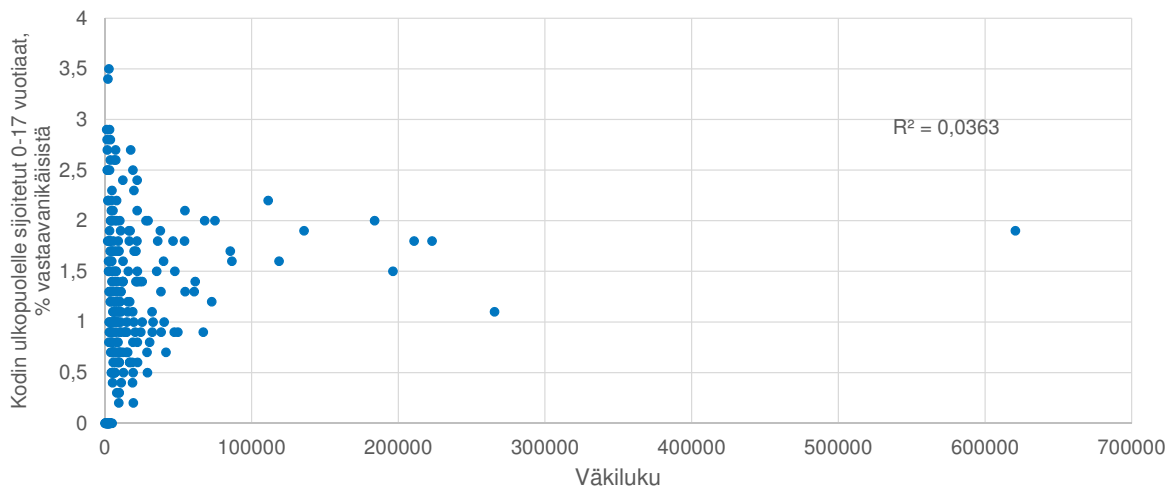


- Erot hoitopäivien lukumäärissä suhteutettuna vastaavan ikäisiin yli 50 % ERVA-alueiden välillä
- Esim. HUS:ssa useita kehitysprojekteja 2006- vuodeosastopeittävyyden vähentämiseksi ja vuodeosastohoidon korvaamiseksi avopalveluilla (esim. aluepoliklinikat)

Lähde: SOTKANET

187

Kunnan koolla ei yhteyttä kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0-17 vuotiaiden osuuteen



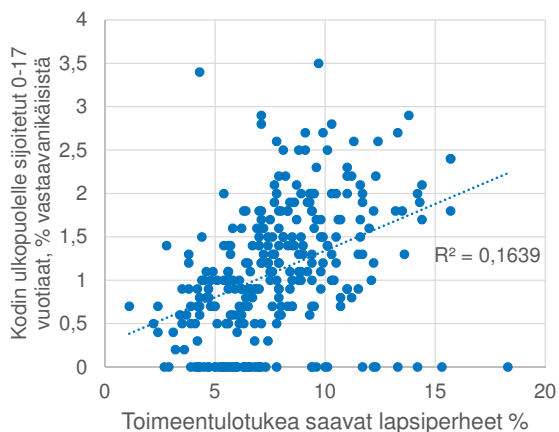
- Pienissä kunnissa hajonta suurempaa kuin suurissa kunnissa, mikä osittain liittyy myös vähäisempään lasten määrään

Lähde: SOTKANET

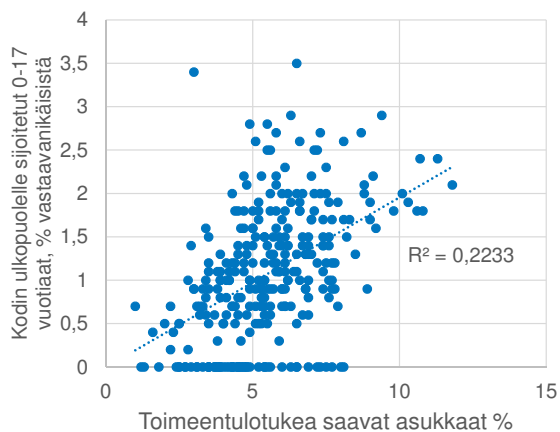
188

Korrelaatio toimeentulotukea saavien osuuden kanssa heikkoa

Suhteessa toimeentulotukea saavien lapsiperheiden osuuteen



Suhteessa toimeentulotukea saavien asukkaiden osuuteen



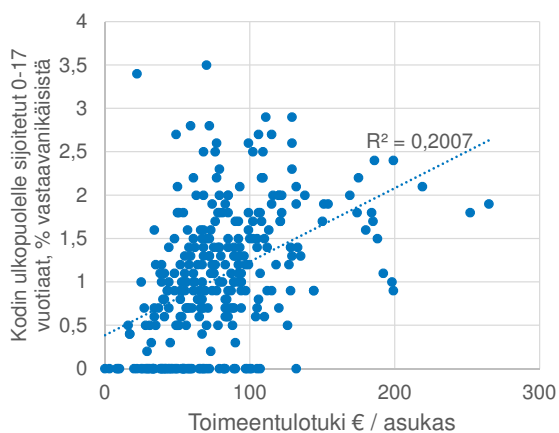
- Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus niin pieni, että korrelaatiota koko kunnan toimeentulotukea saavien osuuteen ei näy
 - Joissakin tutkimuksissa havaittu toisin päin, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen joukossa keskimääräistä korkeampi osuus (38 %) toimeentulotukea saavia (esim. Paananen/THL Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimusaineisto)

Lähde: SOTKANET

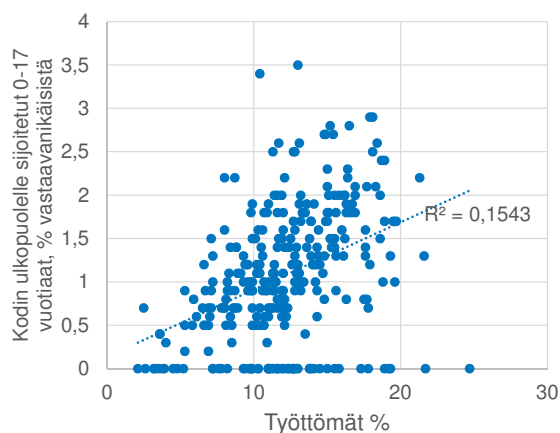
189

Korrelaatio myös toimeentulotuen määrään ja työttömien osuuteen heikkoa

Suhteessa toimeentulotuen määrään per asukas



Suhteessa työttömyysprosenttiin per asukas

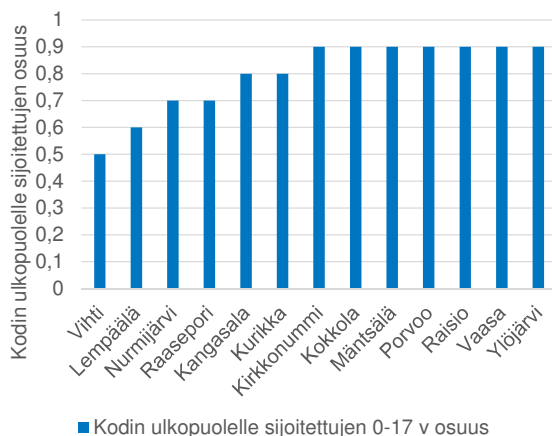


Lähde: SOTKANET

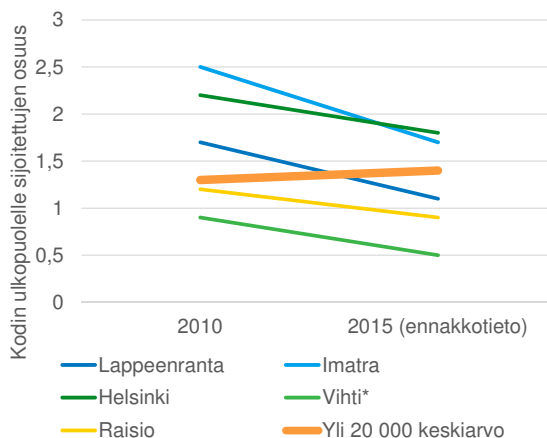
190

Parhaiden käytäntöjen etsiminen (yli 20 000 asukkaan kunnat)

Missä vähiten kodin ulkopuolelle sijoitettuja 2014?



Missä positiivisin kehitys viime vuosina?



- Vihdissä, Raisiossa ja Lappeenrannassa kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus on laskenut ja on alle maan keskiarvon. Lappeenrannassa ja Helsingissä on suhteellisesti suuri vähenemä.

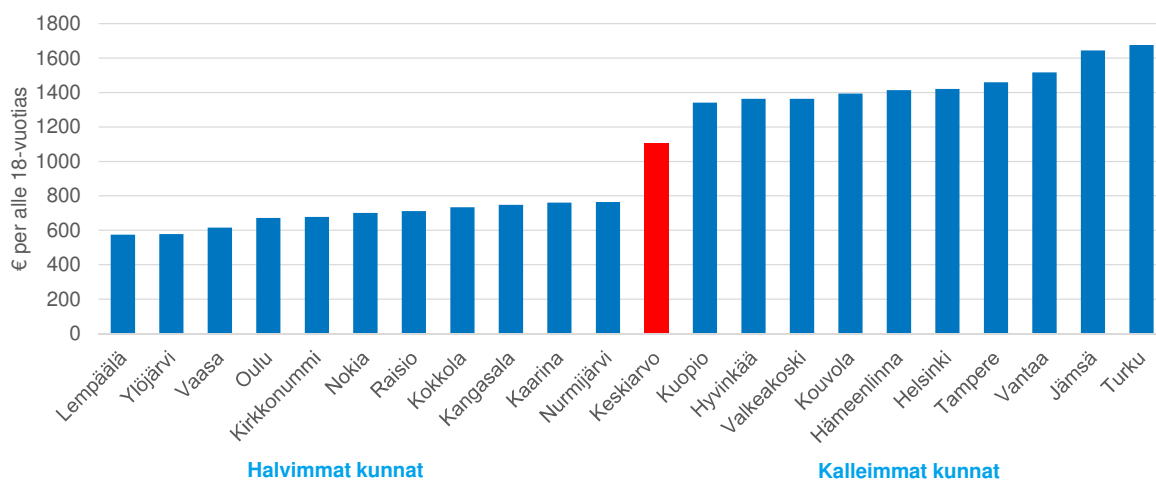
Lähde: SOTKANET

* Vihdin osalta käytetty 2014 lukua, kun ennakkotieto ei käytettävissä

191

Lastensuojelun kustannuserot kunnissa (yli 20 000 asukkaan kunnat)

Kalleimmat ja halvimmat kunnat



Lähde: Kuntaliitto

192

Esimerkkejä lasten ja perheiden palveluiden kehittämisestä eri kunnissa

<p>Vahva panostus ennaltaehkäiseviin palveluihin – tulokset konkretisoituvat pidemmällä aikavälillä</p>	<ul style="list-style-type: none"> Useissa kunnissa on investoitu perhetyöhön ja muihin ennaltaehkäiseviin palveluihin. Monet kunnat ovat myös saaneet erinomaisia tuloksia sijoitusten vähenemisessä ja kokonaiskustannusten laskussa. Tulokset tulevat usein 3-5 vuoden viiveellä Vahva panostus ennaltaehkäisyyn vaatii uskoa omaan tekemiseen sekä vahvaa johtajuutta
<p>Koko lapsen tai nuoren elinpiiriin huomioiminen ja laajan toimijajoukon osallistaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lasten ja nuorten elinpiiri tulisi nähdä laajasti ja ottaa mukaan keskusteluihin kaikki tahot ja tekijät, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden arkeen ja arjen sujuvuuteen Kaikkien kunnan peruspalveluiden tulisi toimia samojen toimintaperiaatteiden mukaisesti ja lasta tai nuorta auttaa hänen arkiympäristössään Esimerkiksi Lapsi puheeksi -toimintamallin hyödyntäminen kaikissa lapsi- ja perhepalveluissa, jossa laaja toimijajoukko otetaan mukaan kehitystyöhön
<p>Rohkea, henkilöstöä vastuuttava ja innovointia tukeva työskentely-ympäristö</p>	<ul style="list-style-type: none"> Useita uusia ja innovatiivisia toimintamalleja on kehitetty antamalla työntekijöille aiempaa suuremmat valtuudet Lisäksi avopalveluiden puolella on kehitetty kaikki asiakasta tukevia ratkaisuita asiakaslähtöisen ajattelun kautta Myös yksityisen sektorin ja muiden toimijoita tulee hyödyntää laajemman palveluvalikoiman tarjoamiseksi

193

Eksoten lapsiperhepalveluiden kehittäminen kokoamalla palvelut lasten ja nuorten taloon ja talliin

Eksotessa tehty kehitystyötä vuodesta 2011 lähtien

Kehitystyön ja uuden toimintamallin kuvaus

- Eksotessa kehitystyötä tehtiin erilaisten hankkeiden muodossa (Esim. KONSTI, OSUVA) ja perhepalvelujen integroituun kokonaisuuteen on päästy vasta vuoden 2014 alusta
 - Yksikkö sisältää lasten ja nuorten ehkäisevät palvelut, lasten ja nuorten tutkimukselliset ja hoidolliset palvelut (myös ylilääkärit ja lääkärit) sekä lastensuojelu
- Resursseja lisätty huomattavasti neuvolan perhetyöhön, oppilas- ja opiskelijahuoltoon sekä palveluperheiden kotipalveluun ja ehkäisevään perhetyöhön

Vaikutukset ja aikaansaannokset

<p>Vaikutukset lastensuojeluun 2011-2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lastensuojeluilmoitukset - 8 % Kiireelliset sijoitukset - 51 % Avohuollon sijoitukset - 36 % Huostaanotot - 59 % Lapsia ostopalveluissa – 48 %, omat paikat – 33 %
<p>Vaikutukset kustannuksiin 2011-2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ehkäisevän työn ja varhaisen tuen kustannukset + 31 % Lasten- ja nuorisopsykiatria - 8% Lastensuojelun laitosostot – 32 % Oma lastensuojelun laitoshoido + 8 %
<p>Muut vaikutukset</p>	<ul style="list-style-type: none"> Palvelujärjestelmä selkiytynyt ja matalan kynnyksen vastaanotto toimii

Keskeisimmät muutokset verrattuna entiseen

- Ehkäisevään työhön on lisätty resursseja ja valtakunnalliset tavoitetasot saavutettu vuonna 2014
- Lasten ja nuorten talo ja talli valmistuivat vuonna 2013
 - Sisältää monikäyttövastaanottohuoneita, avotoimistoja kirjallisiin töihin, ryhmätiloja, neuvotteluhuoneita ja huoneita puheluille
 - Näihin tiloihin koottiin pääosin Lappeenrannan alueelta yhdestätoista eri osoitteesta noin 130 lasten ja nuorten parissa työtä tekevää ammattihenkilöä
 - Keskeisiä tavoitteita: palvelutarpeen arvio ja palveluun pääsy viiveettä, lyhytkestoinen hoidollinen interventio (1-5x) ilman erityispalveluiden asiakkuutta, yhden palvelun paikka, ei pompottelua, verkostotyö, vastuutyöntekijyyden toteutuminen, palvelun vaikuttavuuden arviointi strukturoidusti ja selvästi aiempaa tiheämmin
- Matalan kynnyksen palveluiden lisääminen ja tuen tarpeen arviointi koko perheen näkökulmasta

Keskeisimmät opit

- Panostukset ennaltaehkäisyyn
- Toimintojen keskittäminen yhteen pisteeseen
- Kokonaisvaltainen asiakkaiden arviointi
- Lastensuojelun ostopalveluiden vähentäminen

Imatralla on tehty systeemistä muutostyötä kehittämällä ja vahvistamalla perhetyötä ja kokoamalla palvelut yhteisesti johdettavaksi

Kehitystyötä on tehty vuodesta 2008 alkaen

Kehitystyön ja uuden toimintamallin kuvaus

- Kehitettiin kaksi perhetyön innovaatiota
 - Perhelähtöisyys, perhe asiakkaana
 - Riittävästi apua ilman lastensuojelun asiakkuutta ja heti, kun omat siivet eivät enää kannaa.
 - Intensiivistä perhetyötä lastensuojelun sijoitusten vähentämiseksi
- Lasten ja nuorten palveluja johdetaan kokonaisuutena
 - Kunnan lapsi- ja perhepolitiikka sekä kaikki lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut kokonaisuutena
 - Yksi lautakunta ja yhteinen viranhaltijajohto

Vaikutukset ja aikaansaannokset

Vaikutukset lastensuojeluun	<ul style="list-style-type: none">▪ Lastensuojeluilmoitusten määrä laskenut▪ Sijoitettujen lasten määrä laskenut▪ Avohuollon tukitoimien kuormitus vähentynyt hieman
Vaikutukset kustannuksiin	<ul style="list-style-type: none">▪ Noin 200K€ investointi + kehittäminen + rakennemuutokset = tuotto vuositasolla noin 1,6 M€ (2014 verrattuna 2008)▪ Säästää yli 10 % ongelmalähtöisten palvelujen kustannuksissa (ei vielä tuloksia)
Vaikutukset henkilöstö-resursseihin	<ul style="list-style-type: none">▪ Pätevän henkilöstön rekrytointi helpottunut▪ Kuormituksen vähentyessä resursseja siirretty erityispalveluista peruspalveluihin
Muut vaikutukset	<ul style="list-style-type: none">▪ Henkilöstö kokee uuden toimintamallin kehittäneen työstä konkreettisempaa ja asiakaslähtoisempää

Lähde: KAKS raportin aineistoliite (Matti Rimpelä & Markku Rimpelä (Toimittajat), 2015

LUOTTAMUKSELLINEN

195

Perhetyön kehittäminen

- Hyvinvointineuvolan perhetyö
 - Äitiys- ja lastenneuvolat yhdistettiin hyvinvointineuvolaksi
 - Neuvolaterveydenhoitajien työpareiksi kuusi perhetyöntekijää; ei vastaanottotiloja, vaan kotikäyntejä ja vertaisryhmiä
 - Perheen muuttaessa kunnan sisällä perhetyöntekijä pysyy samana,
 - Tiivistä yhteistyötä lastensuojelun ja perheneuvolan kanssa
 - ”Oma” perhetyöntekijä päiväkodeille ja alakouluille
- Intensiivisen perhetyön uusi toimintamalli
 - Tiimissä mukana 9 työntekijää ja 1 esimies
 - Yhdellä työntekijällä keskimäärin 3-4 perhettä. Käynnit kestävät keskimäärin kolme tuntia, joskus koko päivä. Tapaamisia keskimäärin 3-4 viikossa. Työprosessin kesto on noin 15 kuukautta.
 - Työntekijät tekevät kotikäynnit pääsääntöisesti yksin

Keskeisimmät opit

- Peruspalveluiden vahvistaminen
- Tuoreiden vanhempien vahvempi tuki
- Keskittyminen perheen vahvuuksiin ja perheenjäsenten tarpeisiin ongelmien sijaan – perhe osallistuu suunnitteluun
- Tuen kohdentaminen luontaisiin kohtauspaikkoihin. kuten kotiin, päiväkotiin, kouluun, välitunnille, nuorisotiloihin, jne.

Raahen seudun strategisena päämääränä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen

Raahen seudulla tuki peruspalveluiden kautta 2012 vuodesta lähtien

Kehitystyön ja uuden toimintamallin kuvaus

- Kuntayhtymä nosti strategiseksi päämääräksi lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja erityisesti vaikuttamisen kasvu- ja kehitysympäristöihin sekä varhaiseen tukemiseen ja hoitoon
 - Vain pieni osa lapsiin ja lapsiperheisiin kohdistuvista palveluista ja resursseista on sosiaali- ja terveydenhuollossa.
 - Toimintamallissa on otettu mukaan kaikki ne toimijat, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden arkeen ja arjen sujuvuuteen
 - Lapset puheeksi -keskustelu ja - neuvonpito (LpNp) -menetelmässä tavoitteena on kartoittaa lapsen kehitystä suojaavat tekijät ja tukea niitä joko yhden tai useamman palvelun sekä muiden lapselle ja perheelle tärkeiden toimijoiden yhteistyönä

Vaikutukset ja aikaansaannokset

Vaikutukset lastensuojeluun	<ul style="list-style-type: none">▪ Lastensuojeluilmoitukset - 25 %▪ Aloitetut asiakkuudet - 58 %▪ Kiireelliset sijoitukset - 33 %
Vaikutukset kustannuksiin	<ul style="list-style-type: none">▪ Ehkäisevän lastensuojelun kustannuksia lisäty 2012: 66 t€ ja 2014TA: 248t€, 2015TA: 380 t€▪ Odotuksena vähentää pitkällä aikavälillä sijoitusten kustannuksia (ei vielä tuloksia)
Muut vaikutukset	<ul style="list-style-type: none">▪ Asiakas- ja lapsilähtöiset prosessit ja toimintamallit▪ Parantunut yhteistyö ja konsultaatiot

Lähde: KAKS raportin aineistoliite (Matti Rimpelä & Markku Rimpelä (Toimittajat), 2015

Keskeisimmät muutokset verrattuna entiseen

- Koulutettu 25 omaa Lapsi puheeksi -kouluttajaa varhaiskasvatukseen, kouluihin sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin ja koulutettu henkilöstöä laajasti (250 työntekijää)
- Kuntayhtymän viisi työntekijää on nimetty paikallispalveluiden ohjaajiksi
 - Tehtävänä järjestää joustavasti tuki kotien, päivähoidon ja koulujen yhteydenottojen perusteella. Keskeinen idea on lyhentää avun tarpeen ja avun alkamisen väliä jäävä viive mahdollisimman lyhyeksi.
 - Palveluohjaajien tulee kyetä järjestämään perheille tarvittava tuki joustavasti. Tuen tarve pyritään määrittelemään mahdollisuuksien mukaan Lapset puheeksi -keskustelun perusteella
- Perheille alettiin tarjota varhaisen tuen perhetyötä entistä laajemmin

Keskeisimmät opit

- Lapsen nostaminen palveluiden keskiöön
- Koko elinpiirin laaja hahmottaminen
- Toimijoiden osallistaminen ja kouluttaminen laajalla rintamalla
- Johdon vahva sitoutuminen ja uskallus viedä muutoksia läpi

196

Raision kaupungin perhepalveluiden nopea uudistaminen osallistamalla ja johtamalla henkilöstöä rohkeasti

Raision perhepalveluiden uudistus 2011 lähtien

Kehitystyön ja uuden toimintamallin kuvaus

- Kaupungin perhepalvelut uudistettiin vuodesta 2011 alkaen nopealla aikataululla kolmessa vuodessa keskittyen perheneuvolaan ja lastensuojeluun
- Nelitasoinen kehittämisstrategia
 - Linnoitusvaihe: Kuvattiin lastensuojelun palvelut linnakkeena, jonka aitojen yli asiakkaat kiipeävät -> muutostarpeen kuvaaminen
 - Bastionivaihe: Uudistamisen ensimmäinen vaihe, jossa tavoitteena madaltaa linnoituksen muureja ja kehittää sisäistä työtä
 - Aluepuolustusvaihe: Ulkoisen yhteistyön ja palveluohjauksen kehittäminen
 - Vallankumous: Laajan toimijajoukon vastuuttaminen hyvinvoinnin edistämiseen (Lapsen puheeksi -menetelmän hyödyntäminen)

Vaikutukset ja aikaansaannokset

Vaikutukset lastensuojeluun 2010-2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten - 27 % (106 -> 77) ▪ Hoitovuorokaudet - 30 %
Vaikutukset kustannuksiin 2010-2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avohuollon kustannukset +120 % (1,4 M euroon) ▪ Kodin ulkopuolelle sijoitettujen kustannukset - 40 % (2,5 M euroon) ▪ Kokonaissäästö 1 M€ vuosikustannuksista (- 19 %)
Vaikutukset henkilöstöön	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perhepalvelujen 35 työntekijän organisaatioon on vuodesta 2011 vuoteen 2014 lisätty 2,8 htv
Muut vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lukuisien vaikuttavien toimintamallien käyttöönotto

Lähde: KAKS raportin aineistoliite (Matti Rimpelä & Markku Rimpelä (Toimittajat), 2015

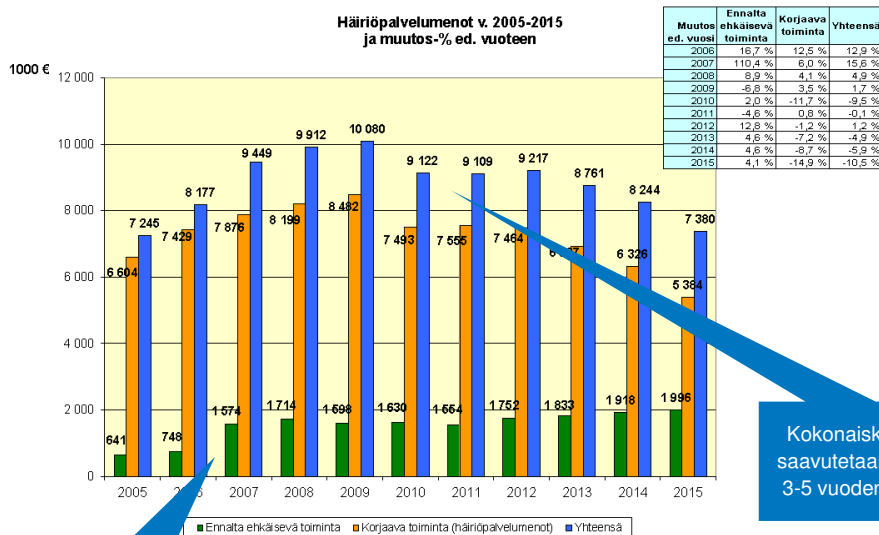
Keskeisimmät muutokset verrattuna entiseen

- Perhepalveluiden kustannusrakennetta korjattiin oikea-aikaistamalla palveluita
- Sisäisen yhteistyön vahva kehittäminen
- Vanhan toimimattoman perhekeskuksen alasajo ja uuden verkostomaisen työn kehittäminen
- Perheneuvolan jonojen purkaminen antamalla ensimmäinen aika aika viimeksi varanneelle (vaikuttava toimintamalli)
- Työntekijöillä vapaat kädet hyödyntää kevyitä palveluita ja myös yritys yhteistyön tiivistäminen
- Palveluohjauksen vahvistaminen, jotta asiakkaat saavat heille sopivaa palveluita. Laajojen yhteistyöverkostojen luominen

Keskeisimmät opit

- Ratkaisukeskeisen johtamisen malli
- Varojen rohkea allokointi avopalveluihin ja arjen innovoinnin mahdollistaminen sekä työntekijöiden vapauden lisääminen
- Asiakaslähtöinen kehitys organisaatiolähtöisen sijasta
- Palveluohjauksen ja palveluvalikoiman laajentaminen
- Selkeiden vaihekohtaisten tavoitteiden hahmottelu
- Julkisuuden ja näkyvyyden tuominen omaan kehitystyöhön

Esimerkki toteutetusta muutosprosessista Imatralta kustannuksilla mitattuna



Muutos vaatii investointia ennaltaehkäisyyn
Lähde: Imatran kaupunki

Kokonaiskustannuksissa saavutetaan laskeva trendi 3-5 vuoden panostuksella

- Resurssien kohdentaminen ennaltaehkäisevään toimintaan 2007 alkaen on alkanut vähentää korjaavan toiminnan tarvetta ja kustannuksia 2009-2010
 - Mm. Palveluiden integraatio, perhetyön kehittäminen, neuvolatyön kehittäminen ja vahvistaminen
- Seurauksena päästy laskevalle kokonaiskustannustrendille
 - ennaltaehkäisevän toiminnan kustannukset ja resurssit ovat kasvaneet joka vuosi

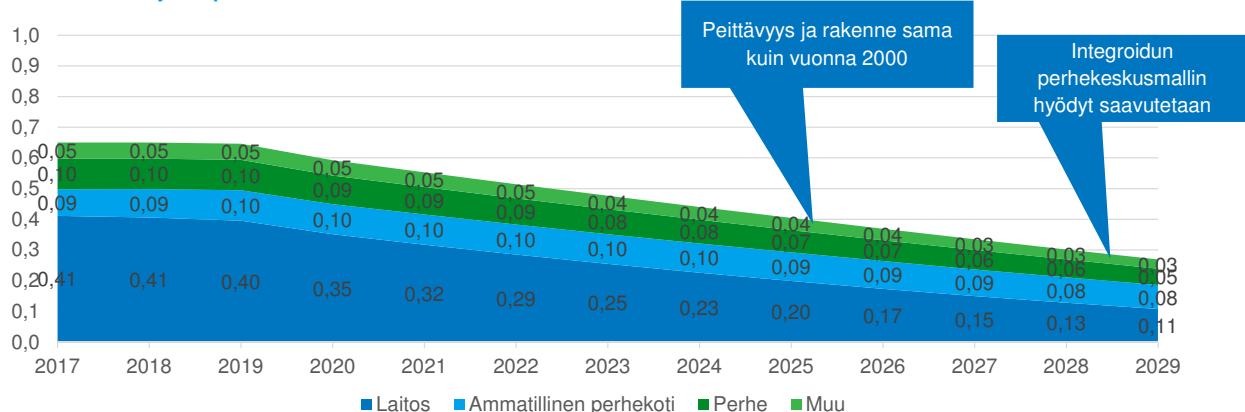
Säästöpotentiaalin laskeminen TOP-Down

- Lasten ja perheiden kokonaiskustannukset vuonna 2013 olivat n 1300 miljoonaa euroa, josta:
 - Lastensuojelun laitos- ja perhehoito n. 640 m€
 - Lasten- ja nuorisopsykiatria n. 270 m€
 - Muut palvelut n 390 m€
- NHG:n kalliit potilaat analyysin perusteella pääosa kustannuksista syntyy tämän alueen sisällä (lastensuojelu + -psykiatria)
- Päästäessä parhaiden kuntien nykyiselle keskiarvotasolle (0,9 sijoitettua per 100 alle 18-vuotiasta), säästöpotentiaali on laskennallisesti n. 250 m€ (vuoteen 2025 mennessä)
 - Edellyttää investointia avomuotoisiin palveluihin n. 30 miljoonaa euroa
 - Tällöin ollaan Suomen vuoden 2000 tasolla
- Integroidun järjestelmän myötä on mahdollista saavuttaa vielä tätäkin parempi taso
 - Esim. Lappeenrannan ja Raision kehitys on jatkunut positiivisena vielä 2014-2015 eikä parasta tasoa ole vielä saavutettu
 - Muutosten aikaansaaminen alkaa n 2-3 vuoden aikavälillä ja kestää 5-10 vuotta ennen kuin integraation hyödyt on kokonaisuudessaan saavutettu
- Päästäessä integroidun mallin hyötyihin kokonaissäästöpotentiaali on n. 420 miljoonaa euroa (vuoteen 2029 mennessä)
 - Tavoitteena vähentää sijoituksia n. 50 %:lla → 0,7 % per vastaavanikäiset
 - Samanaikaisesti kehitetään sijoitusten osalta palvelurakennetta siten, että laitosten osuus vähenee
 - Sisältää investoinnin avohuollon ja SHL:n mukaisiin palveluihin 50 m€
- Integroidun mallin kokonaissäästöpotentiaali vuoteen 2025 mennessä on 250 M€ ja vuoteen 2029 420 M€

199

Lastensuojelun säästöpotentiaali on n 420 miljoonaa euroa

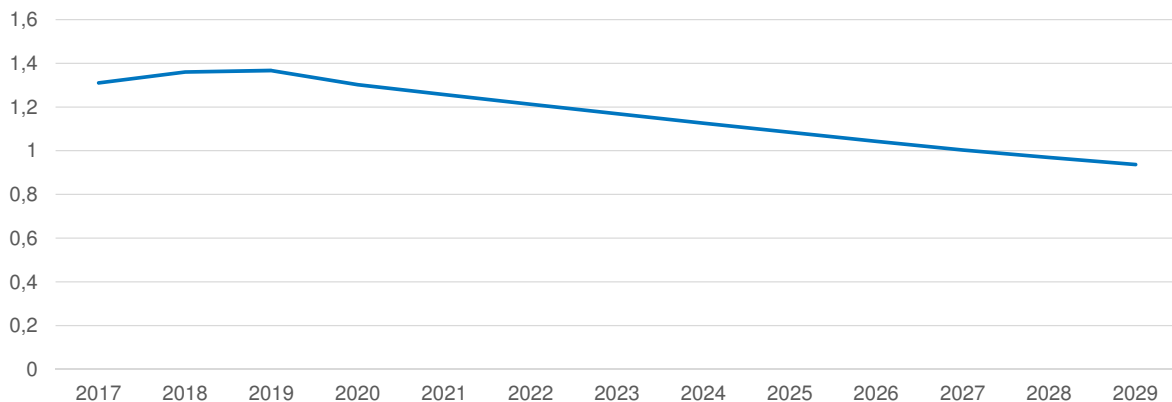
Kustannukset sijoituspaikan mukaan mrd €



- Skenaario perustuu oletukseen, että muutos alkaa tapahtua 2 vuoden aikajänteellä.
 - Vuonna 2025 saavutetaan sama osuus kodin ulkopuolelle sijoitetuista (0,9 per vastaavanikäistä) ja sama rakenne kuin oli vuonna 2000
 - Vuonna 2000 näkyi jo 1990-laman jälkeinen kasvu, joten tätä rakennetta ei voida pitää parhaana käytäntönä
 - Integroidun perhekeskusmallin tavoitetilana pidetään, että vuonna 2029 kodin ulkopuolelle sijoitettuja olisi n. 0,5 per vastaavanikäistä
 - Pohjautuu analyysiin ja kokemuksiin kunnista, joissa mallia alettu käyttää sekä asiantuntijahaastatteluihin

200

Lasten ja perheiden kokonaiskustannusskenaario



- Lasten ja perheiden sektorilla säästöjen aikaansaaminen edellyttää investointeja integroidun mallin kehittämiseen ja levittämiseen eri alueilla
 - Tarvitaan maakunta/kuntakohtaiset tavoiteasetannat raskaiden palveluiden kustannusten vähentämiseksi, niin että se mahdollistaa tulosten seurannan ja todentamisen

201

Lasten ja perheiden palveluiden säästöpotentiaali on 420 M€, kun huomioidaan lisäykset avopalveluihin.

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI m€
Lapsi- ja perhepalveluiden integraatio	Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä	Kodin ulkopuolisten sijoitusten kustannukset 420
Rakenteen keventäminen: lastensuojelussa avohuollosta sijaishuoltoon ja lastensuojelusta perhepalveluihin	Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten palvelumuotojen jakauma (perhe, perhekoti, laitos)	Lastensuojelun avohuollon henkilöstökustannukset -30
Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kohdentaminen ja koordinaatio	Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä	SHLn mukaisten palveluiden henkilöstökustannukset -20
Ennaltaehkäisevät ja varhaisen puuttumisen palvelut ja toimintamallit	SHLn mukaisten palveluiden asiakasmäärä	Vuodeosastojen henkilöstökustannukset 50
Digitaalisaatio ja tiedon hyödyntäminen	Lasten- ja nuorisopsykiatrian hoitopäivät	
Työn tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen	Hoitopäivät per resurssi tai hoitopäivän yksikkökustannus	
Ostopalveluiden kilpailuttaminen ja vaikuttavuuden hankinta	Avopalveluiden kontaktien määrä (kontaktit / väestö)	
		Yhteensä 420

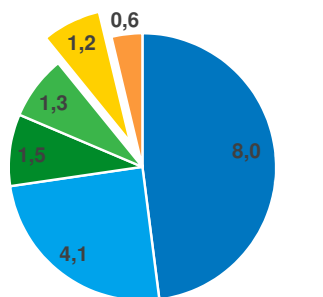
202

Sisältö

- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 **Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit**

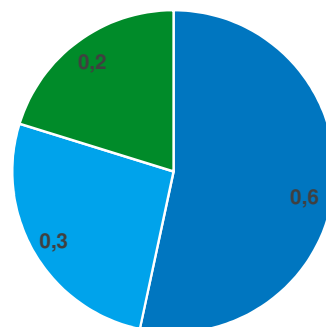
Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannukset ovat n. 1,2 miljardia euroa

Säästömekanismissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €



- Terveyspalvelut
- Vanhukset
- Vammaiset
- Lapset ja perheet
- Päihde- ja mielenterveys
- Muu sote

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannukset 1,2 mrd €

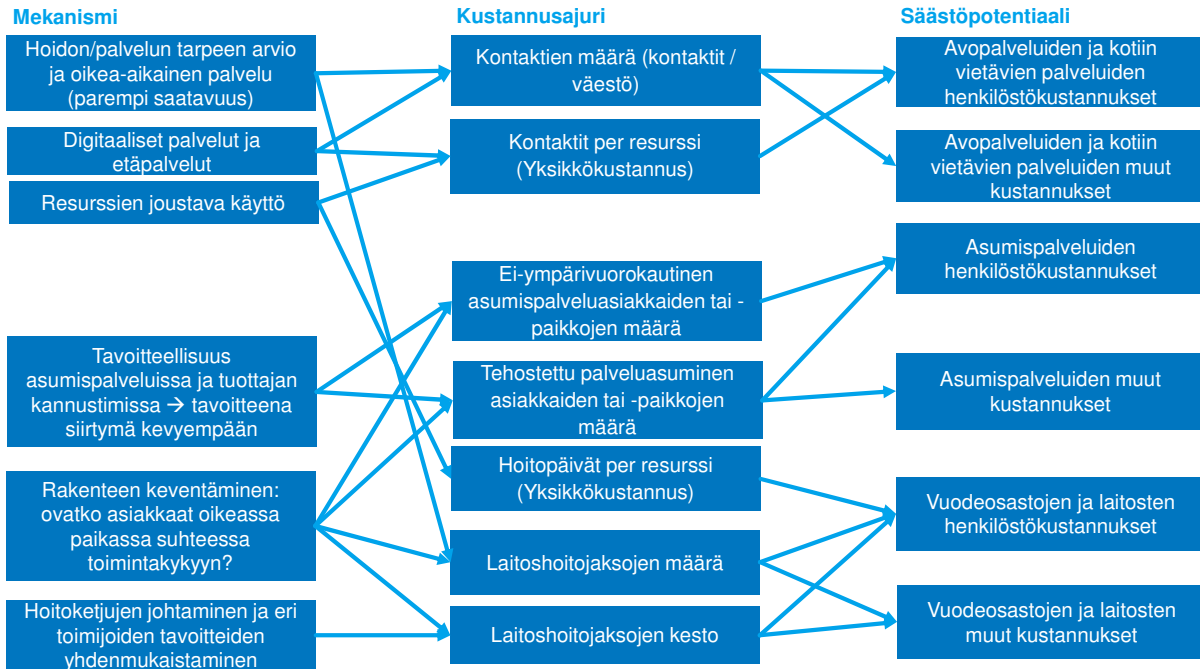


- Laitospalvelut
- Asumispalvelut
- Avopalvelut

Keskeiset muutokset

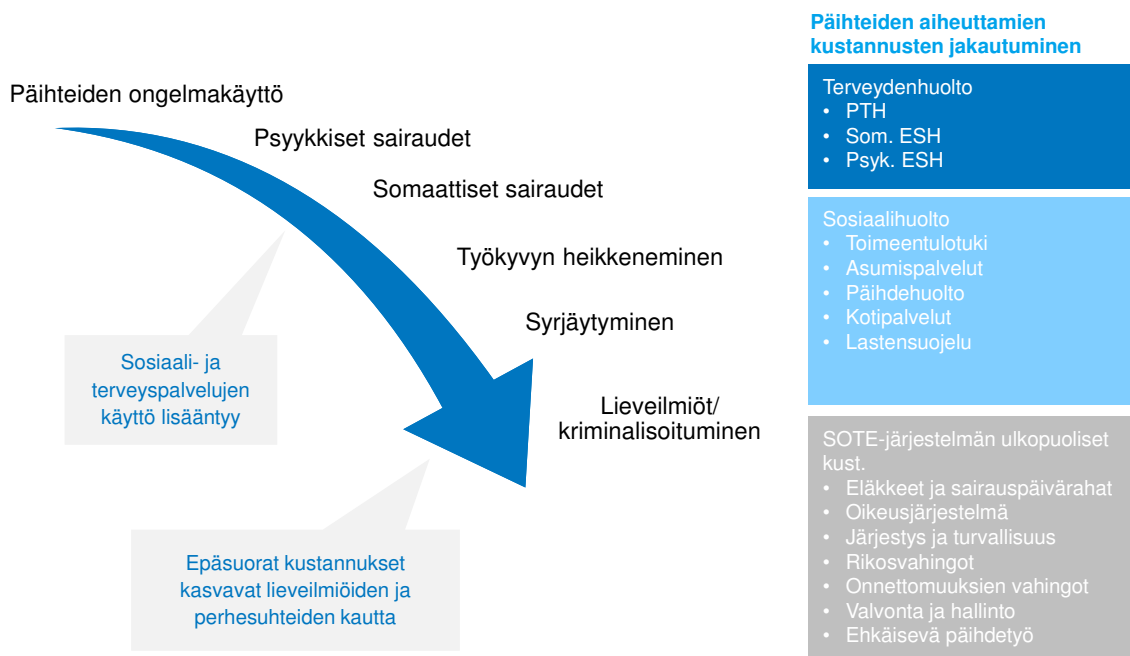
- Päihde- ja mielenterveyspalvelut = aikuispsykiatria + päihdepalvelut + mt-käyntien osuus perusterveydenhuollon avopalveluista + asumispalveluiden osuus muista sosiaalipalveluista
- On mahdollista, että osa mielenterveys- tai päihdekuntoutujien asumispalveluista on kirjattu muihin lasten ja perheiden palveluihin. Näitä ei ole laskettu mukaan päihde- ja mielenterveyspalveluihin, koska summan suuruudesta ei ole varmuutta.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden yleinen viitekehys



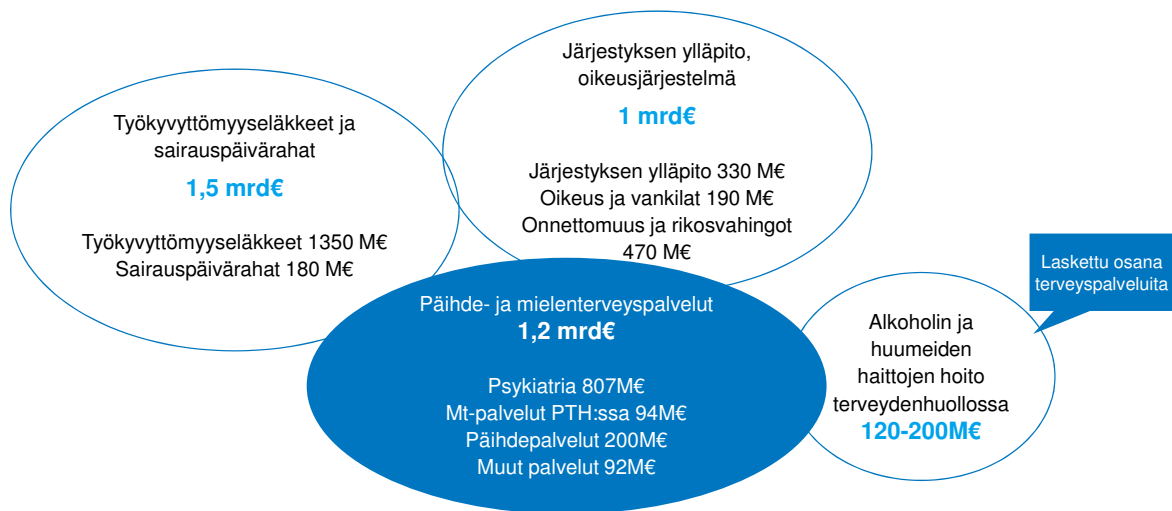
205

Päihteiden käytön kustannusvaikutukset ulottuvat SOTE-järjestelmän ulkopuolelle



206

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat aiheuttavat kustannuksia myös sote-järjestelmän ulkopuolella



Lähteet: STM, Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut 18.1.2016
Kelan Sairausvakuutusilasto 2015
Eläketurvakeskus ja Kela: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2014

207

Päihde- ja mielenterveystyö vaatii monialaista yhteistyötä ja asiakasryhmien erityispiirteiden huomioimista

	Nuoret	Keski-ikäiset	Vanhukset
Tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Työelämään kiinnittyminen Syrjäytymisen ehkäisy 	<ul style="list-style-type: none"> Työkyvyn säilyttäminen 	<ul style="list-style-type: none"> Päihde- ja mielenterveysasioiden huomiointi vanhuspalveluissa
Kehittämiskohteet	<ul style="list-style-type: none"> Matala kynnys, tuen tarpeessa olevien saaminen palveluiden piiriin Integroidut ja yksilölliset palvelukokonaisuudet. Sosiaaliset yritykset (Vägen ut!, Basta) Viranomaisyhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> Työterveyshuolto Työpaikkojen päihdeohjelmien kehittäminen Perheiden tilanteen huomiointi Osallistavat ja aktiivivat palvelumuodot (esim. Kotiin jalkautuva päihdetyömalli) Integroidut ja yksilölliset palvelukokonaisuudet. 	<ul style="list-style-type: none"> Tietoisuuden lisääminen ja osaamisen kehittäminen (Kaarina) Osallistavat ja aktiivivat palvelumuodot (esim. Kotiin jalkautuva päihdetyömalli) Integroidut ja yksilölliset palvelukokonaisuudet. Asiakkaan omien verkostojen hyödyntäminen
Palveluiden tarve	<ul style="list-style-type: none"> Koulutus-, kuntoutus- ja työhonohjauspalvelut Lastensuojelu ja jälkihuolto PTH:n ja ESH:n palvelut ml. psykiatria Toimeentulotuki, Asumispalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> Toimeentulotuki, Asumispalvelut Työterveyshuolto, työpaikan tuki Päihdehuolto Perhepalvelut PTH:n ja ESH:n palvelut ml. psykiatria 	<ul style="list-style-type: none"> Kotihoito, asumispalvelut Päihdepalvelut PTH:n ja ESH:n palvelut ml. psykiatria

http://www.vagenut.coop/wp-content/uploads/2012/11/kortkort_eng.pdf
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547215000173>
<http://www.julkari.fi/handle/10024/126945>
http://www.kaarina24.fi/paihde/ulkaisut/ikaantuneiden_palvelupolku.pdf

208

Päihde- ja mielenterveyspalveluissa on kustannusvaikuttavia interventioita

Näitä tulisi hyödyntää nykyistä enemmän

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat

Ongelma	Interventio	Hyödyn suhde kustannuksiin
Lasten käytös-häiriöt	Vanhemmuuden ryhmäohjelmat	3:1
	Vanhemmuuden yksilöohjelmat	2:1
	Koulussa toteutettavat ohjelmat	27:1
	Koulun kiusaamisen vastaiset ohjelmat	14:1
Nuoruuden käytös-häiriöt	Eri interventioita	2:1 – 22:1 (riippuu interventiosta)
Ahdistuneisuushäiriöt	Kognit.behav. ryhmäterapia lapsille	31:1
	Kognit.behav. ryhmäterapia vanhemmille	10:1
Depressio	Kognit.behav. ryhmäterapia	32:1
	Kognit.behav. yksilöterapia	2:1
ADHD	Vanhempien ryhmävalmennus	1,4:1
	Monimuotoinen terapia	2:1

Aikuisten päihde- ja mielenterveysongelmat

Interventio	Hyödyn suhde kustannuksiin (sote-palvelut)	Hyödyn suhde kustannuksiin (koko yhteiskunta)
Depression varhainen tunnistaminen ja hoito työpaikoilla	0,5:1	5:1
Psykoosin varhainen tunnistaminen	2,6:1	10:1
Psykoosin varhainen hoito	10:1	18:1
Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio	3:1	11:1
Yleislääkärin kouluttaminen itsemurhien ehkäisyyn	0,1:1	44:1
Mielenterveyden edistäminen työpaikalla	-	9:1
Velkaneuvontapalvelut	1:1	3,5:1

Centre for Mental Health 2015. Investing in children's mental health. A review of evidence in the costs and benefits of increased service provision. Dept of health, 2011. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Dept. of Health, London.

209

Tuloksia aiemmista tutkimuksista: toimintamalleilla ja koolla on vaikutusta laatuun, koolla ei ole vaikutusta kustannuksiin

- Avohuoltoa ja lähipalveluita painottava toimintamalli on parantanut palveluiden vaikuttavuutta: itsemurhien määrä on vähentynyt näillä alueilla Suomessa (Pirkola ym. 2007, 2009)
- Suomessa ja Pohjoismaissa on havaittu skitsofreniaa ja muita psykoottisia sairauksia sairastavien eliniänodotteen pidentyneen (Westman ym. 2011, 2012)
- Väestöpohjan koolla on selvä korrelaatio päihde- ja mielenterveyspalveluiden palveluvalikoiman laajuuteen (Ala-Nikkola ym. 2014), mitä pidetään yhtenä laatutekijänä
- Väestöpohjan koolla, palvelutarpeella (mitattuna mielenterveysindeksillä) ja henkilöstön määrällä suhteessa väestöön ei kuitenkaan ollut mitään korrelaatiota (Ala-Nikkola ym. 2014)
 - Päihde- ja mielenterveyden käytettävissä olevat resurssit määräytyvät siten muiden tekijöiden, kuin palvelutarpeen perusteella
 - Väestöpohjaa kasvattamalla ei päästä pienempään resurssinkulutukseen

Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G. ym. Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int J Environ Res Public Health* 2014, 11, 8456–74.
 Pirkola, S.; Sund, R.; Sailas, E.; Wahlbeck, K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009, 373, 147–153.
 Pirkola, S.; Sohlman, B.; Heilä, H.; Wahlbeck, K. Reduction in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. *Psychiatr. Serv.* 2007, 58, 221–226.
 Westman, J.; Gissler, M.; Wahlbeck, K. Successful deinstitutionalization of mental health care; Increase life expectancy among people with mental disorders in Finland. *Eur. J. Public Health* 2012, 22, 604–606.
 Westman, J.; Gissler, M.; Laursen, T.M. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *Br. J. Psychiatr.* 2011, 199, 453–458.

210

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden analyysien lähestymistapa

Top down ja bottom up

- Käyttämällä hyväksi Eksoten esimerkkiä, on laskettu "top down" –lähestymistavalla sekä minimi- että maksimisäästöpotentiaalit
 - Minimipotentiaali on saatu yleistämällä Eksoten kehittämistoimenpiteiden seurauksena havaittu suhteellinen kustannuskehitys
 - Maksimipotentiaalissa huomioidaan suhteellisen kehityksen lisäksi se, että Eksoten lähtötaso (€/asukas) oli jo valmiiksi maan keskiarvon alapuolella. Tällöin säästöpotentiaali kasvaa, jos oletetaan, että muu Suomi pääsee keskimäärin Eksoten tasolle asiakaskohtaisessa kustannuksessa.
- Bottom up –analyysissä arvoidaan eri mekanismien vaikutuksia
 - Avopalveluiden kehittäminen
 - Asumispalveluiden kehittäminen
 - Laitospalveluiden kehittäminen

Bottom up – analyysissä arvioitavat mekanismit

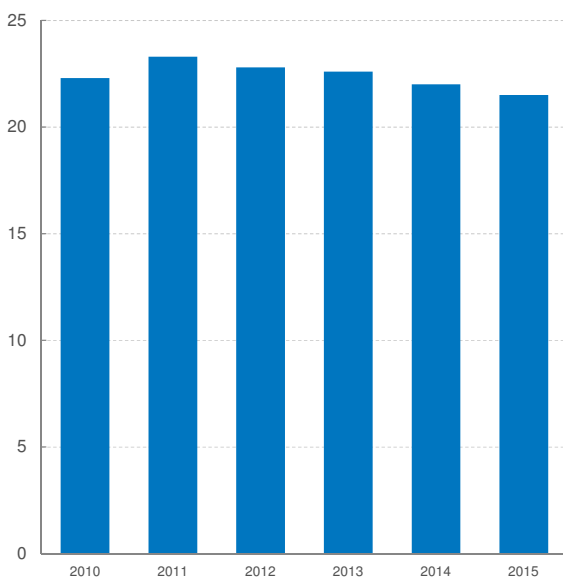
- Matalan kynnyksen palveluihin pääsy ja hyvä saatavuus
 - Myös puhelin riittää, kunhan kontaktista seuraa palvelutarpeen arvio ja apuosaakohtuullisessa ajassa
 - Palvelulupaus: pitää luottaa siihen, että apua saa
- Asumispalvelut:
 - Tavoitteellisuuden tuominen palveluihin: osalla asukkaista pitää olla tavoitteena itsenäistyminen → tavoitteellisuus mukaan myös ostopalveluiden hankintaan
 - Palveluiden sisältö asiakaskohtainen ja tavoitteeseen sidottu
- Vuodeosasto
 - Jakson tavoitteet määriteltävä heti jakson alussa
 - Kotiutushoitaja huolehtii, että potilas kotiutetaan sellaisen palvelun piiriin, joka vastaa potilaan tarvetta
- Avo- ja asumispalveluiden pitää olla kunnossa ennen kuin laitospaikkoja voi vähentää
 - Tarvitaan investointeja, jotka kasvattavat kustannuksia ensimmäisenä vuonna
- Työnkierto yksiköiden välillä → edistää integraatiota
- Oleellista myös päihde- ja mielenterveyskuntoutujien integroituminen yhteiskuntaan → aikuissosiaalityön ja toimeentulotuen integrointi, jos mahdollista
 - hyvin hoidettu päihde- ja mielenterveystyö vähentää myös aikuissosiaalityön kustannuskasvua

211

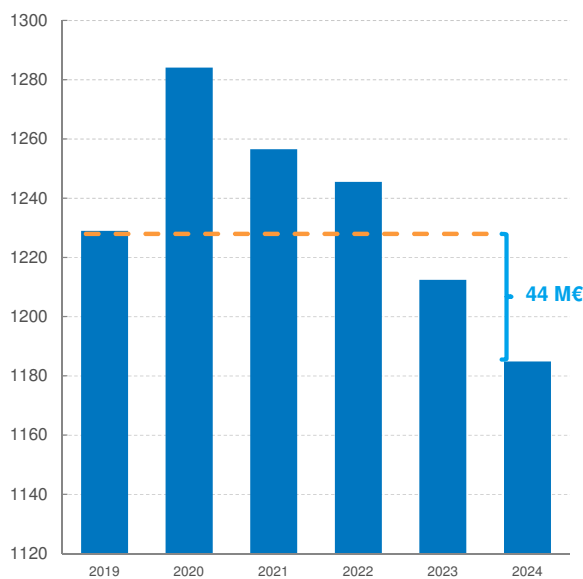
Top down minimi: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio Eksotessa on johtanut kustannusten laskuun n. 1% vuodessa. Koko maan tasolla tämä tarkoittaisi 39 M€ viidessä vuodessa.

Luvussa huomioitu ensimmäisen vuoden alkuinvestointi + 4%

Eksoten kustannuskehitys 2010 – 2015, M€



Koko maan tason kustannuskehitys olettaen Eksoten muutos-%, M€

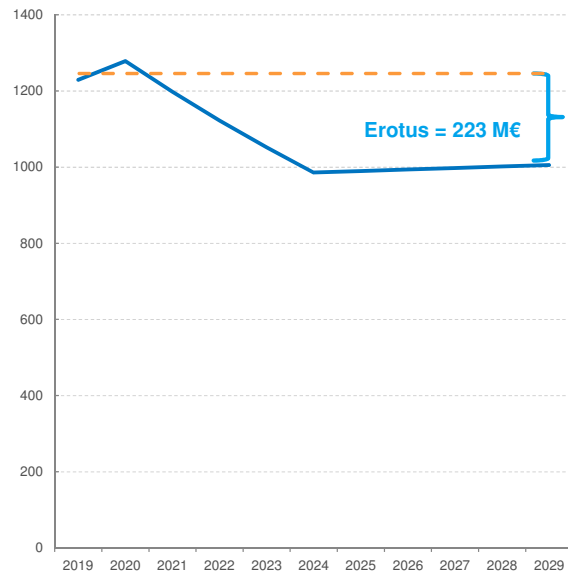


Top down: Eksoten lähtötaso vuonna 2010 oli maan keskiarvon alapuolella → kansallisen tason potentiaali voi olla suurempi kuin laskelma 1 antaa olettaa

Oletukset

- Valtakunnallisesti päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannukset v. 2014 arviolta 1075,3 M€
 - Tämä on keskimäärin 252 €/ 20 vuotta täyttänyt asukas
- Eksoten kustannukset v. 2015 olivat n. 202 €/ 20 vuotta täyttänyt asukas
- Valtakunnallisen keskiarvon laskeminen Eksoten tasolle tarkoittaisi 19,8 % pienenemistä kustannuksissa

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannusten kehitys olettaen 4 % alkuinvestointi ja 5 vuoden siirtymäaika



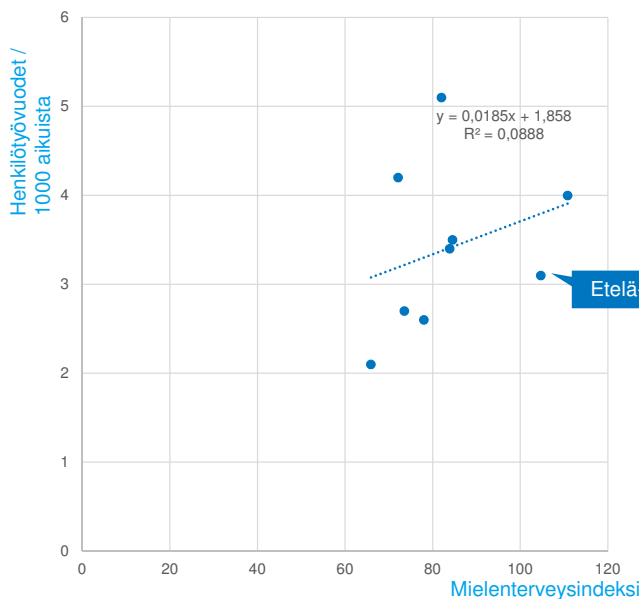
Lähde: Tilastokeskus, THL:n tuottavuustietokanta, NHG Benchmarking-tietokanta

213

Top down: HUS:n erva-alueen esimerkissä mielenterveysindeksi korreloi huonosti henkilöstöresurssien määrän kanssa → säästöpotentiaali 267 M€

Lähde: Ala-Nikkola ym. 2014

Mielenterveysindeksin ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden resurssien välinen suhde



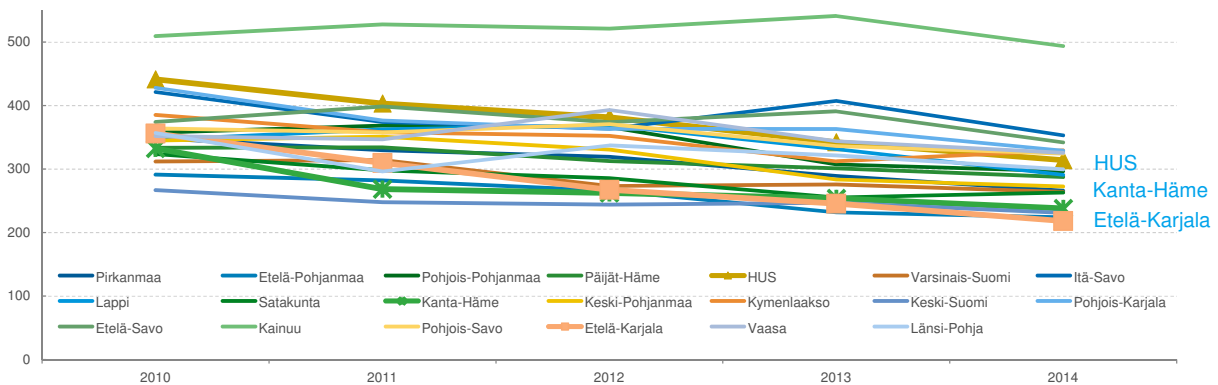
- Etelä-Karjalan resurssit ovat 22 % matalammat kuin mitä regressiomalli antaisi olettaa mielenterveysindeksin perusteella.
- Jos oletetaan, että hyvät toimintamallit mahdollistaisivat muille alueille saman resursoinnin (suhteutettuna mielenterveysindeksiin), olisi säästöpotentiaali valtakunnallisesti 22 %, eli **267 M€**

Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G. ym. Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. Int J Environ Res Public Health 2014, 11, 8456–74.

214

Bottom up: Psykiatrian ja päihdehuollon laitoshoidon hoitopäivien määrät ovat vähentyneet 2010 –luvulla 21 % valtakunnallisesti, mutta joissain piireissä n. 30 %.

18 vuotta täyttäneiden psykiatrian ja päihdehuollon hoitopäivät / 1000 vastaavanikäistä



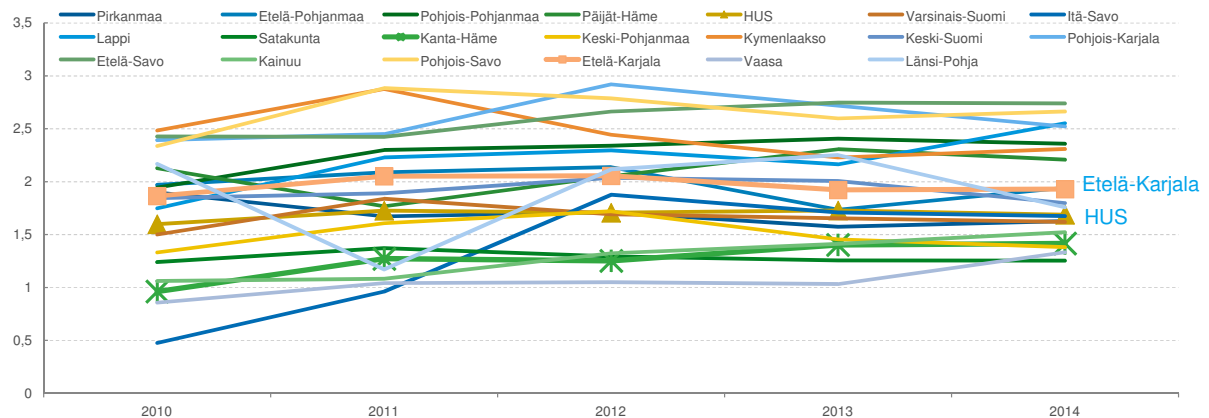
- Eniten laitoshoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt suhteellisesti Etelä-Karjalassa (39 %), HUS:ssa (29 %) ja Kanta-Hämeessä (28 %). Absoluuttinen vähenemä on myös suurin näillä alueilla (vähennys 95 - 138 hoitopäivää / 1000 asukasta)
 - Vähennykset ovat olleet suuria kaikilla näillä alueilla, vaikka niiden lähtötasot ovat hyvin erilaiset
- Mikäli koko maan keskiarvo vähennyksessä olisi ollut sama kuin Eksotessa, olisi laitoshoitopäiviä säästynyt 279 000, mikä tarkoittaa n. **129 M€** säästöä vuodeosastohoidossa
- Mikäli koko maan keskiarvo vähennyksessä olisi ollut sama kuin kolmessa eniten hoitopäiviä vähentäneessä keskimäärin, olisi laitoshoitopäiviä säästynyt 171 000, mikä tarkoittaa n. **79 M€** säästöä vuodeosastohoidossa

Lähde: Sotkanet

215

Asumispalvelut ovat samaan aikaan lisääntyneet, mutta vähemmän kuin mitä laitos päivät vähentyneet

Psykiatrian ja päihdehuollon asumispalveluiden paikat / 1000 18v täyttäneestä asukasta



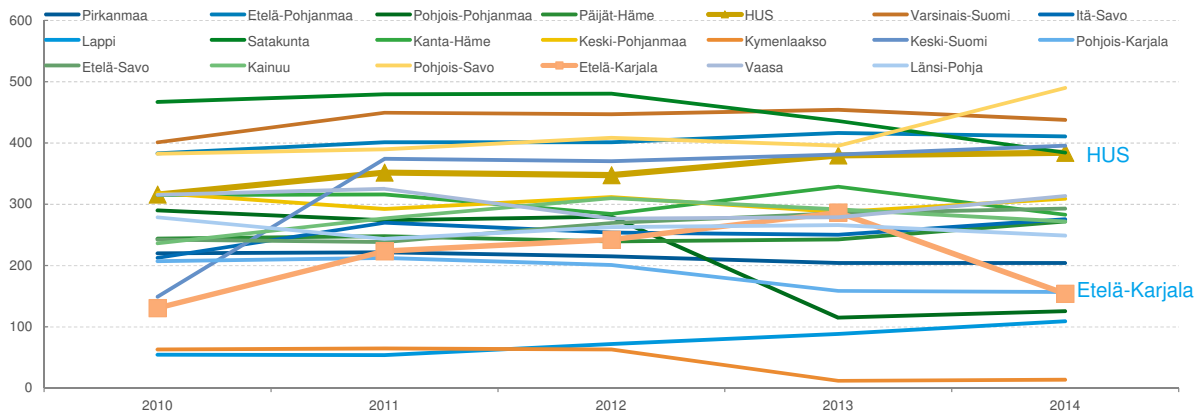
- Kasvua Eksotessa ja HUS:ssa vuodesta 2010 vuoteen 2014 vähemmän kuin maassa keskimäärin (Eksote + 3 %, HUS + 6 %; koko Suomi + 7 %)
 - Kanta-Hämeessä kasvu on ollut voimakkaampaa johtuen lähtötilanteen matalasta asumispalveluiden määrästä, mutta silti vuonna 2014 paikkojen määrä suhteessa aikuisväestöön on merkittävästi maan keskiarvon alapuolella
- **Voidaan olettaa, että laitoshoitopäivien vähentäminen ei aiheuta tarvetta kasvattaa asumispalvelukapasiteettia muualla maassa, vaan riittää, että asumispalveluiden toimintamallia kehitetään kuntouttavampaan suuntaan**
- On myös mahdollista, että asumispalveluiden yksikköhintoja saadaan laskettua joko 1) paremmalla kilpailutuksella tai 2) tavoitteellisella ja kuntouttavalla toiminnalla, jolloin ympärivuorokautisen tuen tarve vähenee. Tätä ei kuitenkaan voitu kvantifioida tässä vaiheessa.**

Lähde: Sotkanet

216

Psykiatrian avopalveluiden käynnit* ovat samaan aikaan kasvaneet

Aikuispsykiatrian avokäynnit / 1000 18v täyttäneitä



- Eksotessa ja HUS:ssa käyntien kasvu vuodesta 2010 vuoteen 2014 on ollut n. 20 %, kun muussa maassa kasvu on ollut keskimäärin 9 %.
- Jotta Eksoten ja HUS:n kaltainen laitospaikkojen vähentäminen onnistuisi muualla maassa, edellyttää se todennäköisesti lisäpanostusta avopalveluihin → Käyntimäärä kasvaisi n. 102 000, ja kustannus tästä olisi n. 20 M€
- On mahdollista, että käyntien yksikkökustannusta on mahdollista pienentää (esimerkiksi digitaalisten palveluiden leistyessä), mutta tätä vaikutusta ei ole voitu kvantifioida

*Perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien tilastot eivät ole vertailukelpoisia keskenään, joten tässä on tarkasteltu vain aikuispsykiatrian käyntejä
Lähde: THL (Sotkanet)

217

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden tunnistettujen säästömekanismien potentiaali on 59 – 109 M€. Lisäksi tunnistamatonta potentiaalia n. 100 M€.

MEKANISMIT	KUSTANNUSAJURIT	SÄÄSTÖPOTENTIAALI	m€
Hoidon/palvelun tarpeen arvio ja oikea-aikainen palvelu (parempi saatavuus)	Kontaktien määrä (kontaktit / väestö) lisääntyy 11 %-yksikköä	Avopalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden kokonaiskustannukset kasvavat	-20
Digitaaliset palvelut ja etäpalvelut	Kontaktit per resurssi pysyy samana (Yksikkökustannus)	Asumispalveluiden kokonaiskustannukset pysyvät samana	0
Tavoitteellisuus asumispalveluissa ja tuottajan kannustimissa → tavoitteena siirtyä kevyempään	Ei-ympäri vuorokautinen asumispalveluasiakkaiden tai -paikkojen määrä pysyy samana	Vuodeosastojen ja laitosten kokonaiskustannukset vähenevät	79-129
Rakenteen keventäminen: ovatko asiakkaat oikeassa paikassa suhteessa toimintakykyyn?	Tehostettu palveluasuminen asiakkaiden tai -paikkojen määrä pysyy samana ja mahdollisesti vähenee	Tunnistamaton potentiaali	100
Hoitoketjujen johtaminen ja eri toimijoiden tavoitteiden yhdenmukaistaminen	Laitoshoitajaksojen määrä vähenee	Yhteensä	159-209
Kustannusvaikuttavien interventioiden systemaattinen hyödyntäminen	Laitoshoitajaksojen kesto lyhenee		

218