



Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi

VNK TEAS-hanke 6.1.1 Sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden muodostamisen tukemista koskevat selvitykset

Väliraportti 2.5. 2016

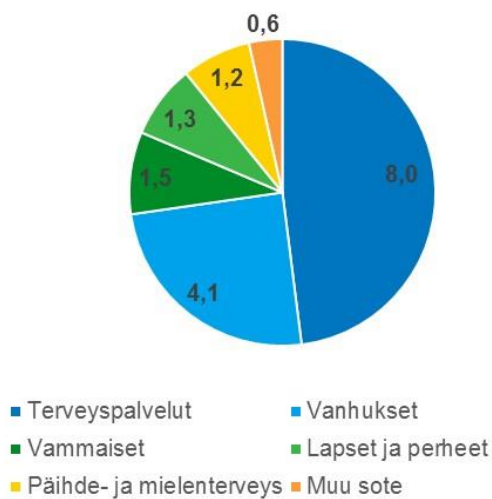
Sisällysluettelo

Johdanto	3
Terveyspalvelut	6
Päivystystoiminta ja synnytykset (liitteen kalvot 8-22, 56-60)	6
Konservatiivinen toiminta (liitteen kalvot 19, 23-27)	7
Operatiivinen toiminta (liitteen kalvot 28-55)	9
Perusterveydenhuollon avohoito (liitteen kalvot 61-96)	11
Suun terveydenhuolto (liitteen kalvot 97-109)	14
Vanhuspalvelut (liitteen kalvot 111-122)	15
Vammaispalvelut (liitteen kalvot 123-136)	18
Lasten ja perheiden palvelut (Liitteen kalvot 137-167)	19
Päihde- ja mielenterveyspalvelut (liitteen kalvot 169-179)	21
Säästöjen realisointi	24

Johdanto

Tässä dokumentissa on esitetty tiivistetty väliraportti sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämis- ja säästämismahdollisuuksista. Tarkemmat analyysit, viitteet, lähteet ja laskelmat ovat raportin liitteenä olevassa Powerpoint-muotoisessa esityksessä. Analyysin rakenne pohjautuu kuvassa 1. esitettyyn kustannusjakaumaan. Kehittämis- ja säästöanalyysin pohjana on käytetty pääosin nykyisten parhaiden käytäntöjen hyödyntämismahdollisuuksia sekä tutkimus- ja selvitystietoa erilaisten interventioiden tai mekanismien vaikutuksista. Parhaiden käytäntöjen arviota ei ole tehty pelkästään numeerisella analyysillä, vaan osa-alueittain on myös kuvattu niitä mekanismeja, jotka vaikuttavat eroihin kustannusten kertymisessä. Varsinainen loppuraportti hankkeesta julkaistaan syksyllä 2016.

Kustannusten jakauma, yht. 16,7 mrd €



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 kehitysvammaisten palveluiden 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

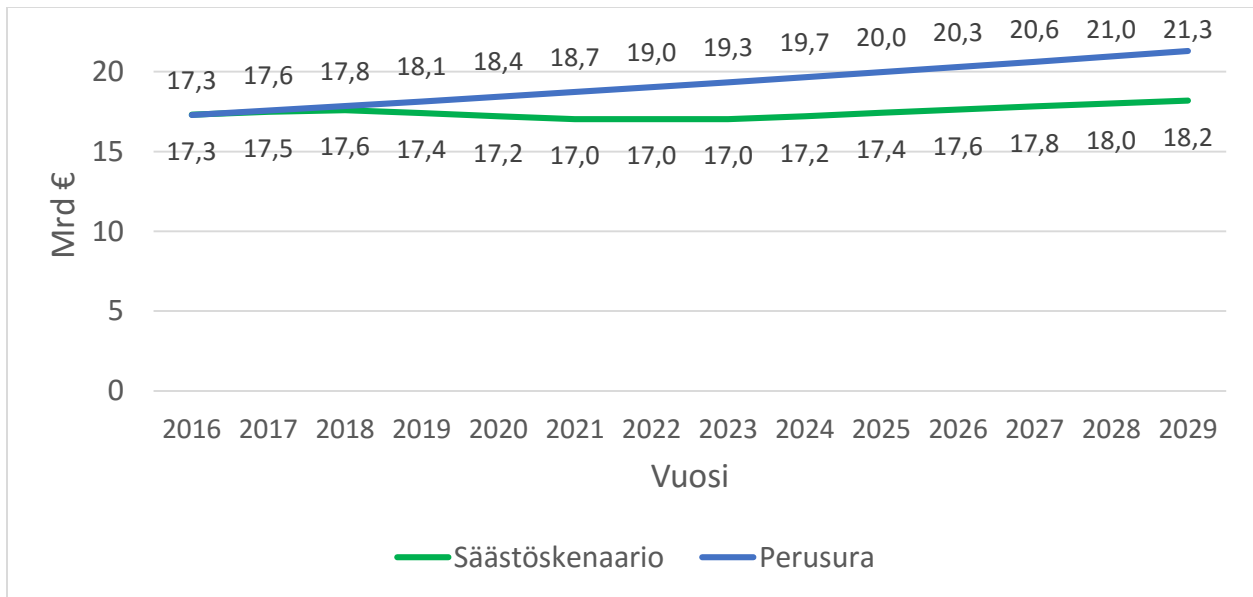
Kuva 1. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntien rahoittamat nettomenot vuonna 2014

Kokonaisuutena tunnistettu säästöpotentiaali on yli 3 miljardia euroa (Taulukko 1) suhteutettuna perusuran mukaiseen kasvuun vuoteen 2029 mennessä. Käytännössä säästöpotentiaali tarkoittaa siis kustannusten kasvun hillitsemistä. Keskeisimmät mekanismit liittyvät 1) laitosrakenteen 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 terveyspalveluissa (esim. päivystys, operatiiviset toiminnot) sekä 4) resurssitarpeen vähentämiseen sähköisten palveluiden avulla.

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

Osa-alue	Säästöpotentiaali palvelutuotannossa	Säästöjen kohdentuminen
Terveyspalvelut	1750 M€	Päivystyksellinen toiminta 255 M€ Konservatiivinen, elektiivinen toiminta 364 M€ Operatiivinen toiminta 420 M€ Synnytykset ja yökirurgia 20 M€ Perusterveydenhuollon avohoito 530 M€ Suun terveydenhuolto 170 M€
Vanhuspalvelut	936 M€	Ympäri vuorokautisen hoivan vähentäminen lisäämällä "kotihoivaa" 500 M€ (nettovaikutus) Kotihoidon tuottavuuden kasvattaminen 394 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 nuortenspsykiatrian 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€

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 analyysihin ja sisältää esim. toiminnan kehittämiseen liittyvät investointikulut.



Kuva 2. Perusuran ja laskennallisen säästöskenaarion vuosittaiset kokonaiskustannukset 2016-2029

Terveyspalvelut

Päivystystoiminta ja synnytykset (liitteen kalvot 8-22, 56-60)

Nykytila

Suomessa yksittäinen päivystys vastaa laajasta erilaisten potilasryhmien hoidon tarpeesta käytännössä ”yhdeksi luukulta”. Suomessa ovella saattaa olla samaan aikaan lapsi flunssaoireiden kanssa, iäkäs aivohalvauspotilas ambulanssihenkilöstön tuomana sekä vahvasti päihtynyt keski-ikäinen traumapotilas. Potilaiden hoidon ja kiireellisyyden 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.

Päivystystoiminnassa hoidon vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta oleellista on tarkastella kokonaisia päivystyksestä alkaneita episodeja. Päivystyspoliklinikka muodostaa päivystyspotilaiden hoidossa tärkeän, mutta kokonaishoidon 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.

Kehittämiskohteet

Keskeisintä alueellisen kustannusvaikuttavuuden kannalta on 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. Toisaalta päivystyksen yhteyteen kehitetyt nopean diagnostiikan ja hoidon päivystysosasto ovat vähentäneet vuodeosastojen käyttöä selvästi.

Suuremman väestöpohjan yksiköissä päivystyksen sairaalasisäänottojen määrä suhteessa väestöön on selvästi pienempi. Iän ja sairastavuuden vaikutukset ovat hyvin pieniä eikä perusterveydenhuollon akuuttijaksojen huomioiminenkaan muuta lopputulosta. Esimerkiksi yhteispäivystysten kehittämisen ja käyttöönoton myötä on saatu 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.

Etenkin Iso-Britanniassa on suuri määrä suosituksia päivystyspisteen koosta ja liittyvistä palveluista/erikoisaloista, joskaan kiistatonta tieteellistä näyttöä usealle suosituksista 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.

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 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. Keskitettäessä päivystystoiminta 12 yksikköön tarvitaan päivystyspoliklinikoille 30 % vähemmän lääkäriresurssia verrattuna nykytilaan edellyttäen, että erikoissairaanhoidon tasoista päivystystä ei muissa sairaaloissa ole.

Vaikutukset

Päivystystoiminnan (mukaan lukien synnytykset) keskittämisellä 12 sairaalaan voitaisiin saavuttaa n. 270 miljoonan euron säästöt, josta suurin osa syntyy päivystyksellisten hoitajaksojen tarkoituksenmukaisemman ohjauksen kautta. Keskitetyissä yhteispäivystyksissä on potilasohjausta voitu kehittää siten, että ensivaiheen nopean diagnostiikan ja hoidon aloituksen keinoin sairaalahoidon hoitajaksojen määrää ja kestoja 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 eritasoisiin 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.

Synnytystoiminnan säästöpotentiaalinen 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.

Konservatiivinen toiminta (liitteen kalvot 19, 23-27)

Nykytila

Konservatiiviseen erikoissairaanhoidon liittyvän toiminnan kokonaiskustannukset ovat arviolta 2 760 M€. Tähän toimintaan lasketaan kuuluvaksi perusterveydenhuollosta ne avopalvelut ja vuodeosastohoito, jotka kuuluvat samaan episodiin erikoissairaanhoidon käyntien tai hoitajaksojen kanssa. 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.

Kehittämiskohteet

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

Akuutissa konservatiivisessa vuodeosastohoidossa kaikkein kriittisimmät hoitoketjut ovat ne, jotka jatkuvat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Näissä nykyinen palvelujärjestelmä aiheuttaa haasteita ja erot kokonaisepisodin kestossa sairaanhoitopiirien välillä ovat merkittäviä esimerkiksi sydäninfarktin ja aivoinfarktin hoidossa¹. 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 potilasmääriin². 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.

Vaikutukset

Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkuvien vuodeosastojaksojen säästöpotentiaalia on arvioitu THL:n Perfect-hankkeen tulosten avulla. Tulokset osoittavat, että sydäninfarktissa lyhimpien hoitoketjujen sairaanhoitopiireissä episodin kestot ovat 17 % maan keskiarvon alapuolella ja aivoinfarktissa 27 %, eli keskimäärin ero parhaimman piirin ja keskiarvon välillä on 22 %. Kun huomioidaan, että erikoissairaanhoidon konservatiivisista akuuttihoitoon 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 hoitajaksomäärälle.

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 %. 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 varovaisuusperiaatteella oletettu 25 %. Tällöin elektiivisen avohoidon säästöpotentiaali on 336 M€.

Elektiivisen vuodeosastohoidon säästöpotentiaali arvioitiin sen perusteella, että elektiivisten hoitajaksojen kestoissa on havaittu 12-35 % eroja suhteessa keskiarvoon saman erikoisalan sisällä eri

¹ THL, Perfect-hanke.

² NHG Benchmarking

sairaaloissa. Mikäli elektiivisten hoitajaksojen hoitopäivät vähensivät 12 %, olisi säästöpotentiaali n. 28 M€.

Operatiivinen toiminta (liitteen kalvot 28-55)

Nykytila

Suomen kirurginen ja operatiivinen toiminta on varsin hajautunutta. Palvelutuotanto perustuu pitkälti siihen, että kaikki yksiköt tekevät lähes kaikkia mahdollisia toimenpiteitä vastaten alueensa väestön tarpeisiin. Sairaanhoidopiirit tuottavat kustannuksilla mitattuna n. 80 % operatiivisesta tuotannosta itse (THL tuottavuusaineistot). Operatiivisen toiminnan kustannukset olivat vuonna 2014 n. 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi operatiiviseen toimintaan 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. Elektiivisistä potilaista valtaosa voidaan ottaa sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja valtaosa myös voidaan kotiuttaa suoraan leikkaneesta sairaalasta. Vuodeosastohoidon osalta jatkohoitotarve kuntouttavissa yksiköissä koskee lähinnä päivystyskirurgiaa ja erityisesti lonkkamurtumia, mutta osittain myös muita murtumia ja elektiivisiä tekonivelleikkauksia.

Kehittämiskohteet

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että operatiivisessa toiminnassa sairaalan ja kirurgin toimenpidekohtaisella volyymin on merkitystä paitsi tuottavuuden, myös vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta (kirjallisuutta liitteessä). Tutkimuksia löytyy laajasti esimerkiksi tekonivelkirurgiasta, syöpäkirurgiasta ja muista vaativaan erikoissairaanhoidon kuuluvista toimenpideryhmistä. Sen sijaan sairaalan volyymin ei ole havaittu selvää yhteyttä suorituskykyyn. Operatiivisen toiminnan skaalamekanismit tulevat erityisesti työnjaon ja erikoistumisen sekä oppimiskäyrän kautta. Kun saman toimenpideryhmän volyymi 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 volyymi 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 toimenpidevolyymi 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. Vuodeosastohoidossa korkea toimenpidevolyymi mahdollistaa prosessien standardoinnin. Harvinaisista erityistapauksista tulee yleisempiä tapauksia ja kun samankaltaisia

potilastapauksia on vuodeosastolla päivittäin enemmistö, on prosessimaisen toiminnan implementointi ja johtaminen helpompaa. Käytännössä tämä johtaa hoitoaikojen lyhenemiseen ja parantuneeseen laatuun.

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. Tässä ryhmässä on myös 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. Elektiivisen vuodeosastokirurgian osalta vastaavasti näkökulman 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 kokonaihoitoketjun 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. Päivystyskirurgiassa oleellista on myös päivystävän yksikön koko. Pienissä keskussairaaloissa päivystysleikkauksia tehdään 4-6 vuorokaudessa ja resursointi tehokkaasti ja laadukkaasti on vaikeaa, erityisesti virka-ajan ulkopuolinen resursointi.

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. Päivystysleikkausvolyymin kasvaessa tuottavuus on ollut parempaa, mikä liittyy päivystysleikkaustiimin käyttöasteen paranemiseen kysyntävaihtelujen pienentyessä. 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 tiimi-aikaa.

Nykyinen elektiivinen poliklinikkatoiminta sisältää useita kohtia, jotka lisäävät kustannuksia suhteessa integroituun hoidon tarpeen arvioon. Nykyisin terveyskeskuksiin varataan aikoja puhelimella, ensikäynnistä seuraa lisätutkimuksia, minkä jälkeen monivaiheinen läheteprosessi, potilaan kuukausien odotusaika, erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynti, kuukausien odotusaika ja hoito. Integroidussa mallissa ainakin osa näistä vaiheista voidaan poistaa kokonaan ja odotusaikaa sekä siitä aiheutuvia kustannuksia vähentää merkittävästi

Arvioitaessa nykyistä operatiivista toimintaa 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 tekevistä 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.

Vaikutukset

Suurimmat säästöpotentiaalit ovat vuodeosastohoidossa. Päivystyskirurgiassa esimerkkinä hyvästä käytännöstä voidaan käyttää HYKS:ssä käyttöönotettua 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 pienen toimenpidevolyymien yksiköissä. 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.

Päiväkirurgiassa suurin säästömahdollisuus liittyy työkyvyttömyysaikojen vähentämiseen. Referenssinä voidaan pitää Pohjolan Omasairaala (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 potilasaineksessa työtaturmapotilaiden 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.

Mikäli leikkaustoiminnassa toimittaisiin nykyisten parhaiden käytäntöjen mukaisesti, olisivat säästöt n. 100 miljoonaa euroa vuodessa. Laskelma pohjautuu eroihin henkilöstön tuottavuudessa.

Tehokkaammilla sähköisillä konsultaatioketjuilla 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 aiheuttaisi 70 miljoonan euron säästön palvelutuotannon osalta, minkä lisäksi vaikuttaisi esimerkiksi sairauspoissaoloihin ja odotusaikaisiin muihin kuluihin vähentävästi.

Perusterveydenhuollon avohoito (liitteen kalvot 61-96)

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 terveysasemäkäynnit 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

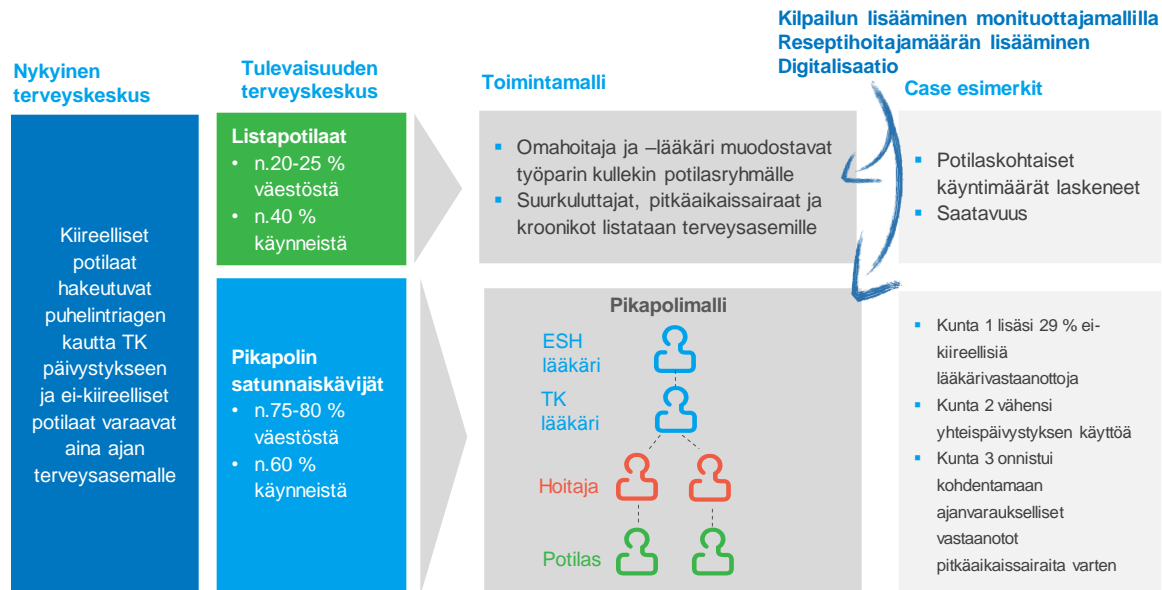
työajasta suuri osa menee puhelintyöskentelyyn, mutta sillä ei ole useassa paikassa pystytty vähentämään vastaanottoja tuottavuuden näkökulmasta riittävästi. Potilaat päätyvät puhelun jälkeen hoitajavastaanottoon, ja tämän jälkeen lääkärivastaanottoon. Tässä tapauksessa potilaalla on ollut jo kolme kontaktia ennen kuin hän saa tarvitsemansa hoidon. Kun tarvitaan erikoislääkärikonsultaatiota, kontaktien määrä kasvaa vielä huomattavasti, ennen kuin hoito on saatu käyntiin.

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 usein varataan vielä lääkärin vastaanotto. Lääkärille myös varataan tarpeettoman usein ja kestoaltaan pitkiä vastaanottoaikoja terveysasemapaalveluiden 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. 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.

Kehittämiskohteet

Terveysasemien toimintaa ei ole segmentoitu potilaiden tarpeista lähtien. Satunnaisesti terveyspalveluita käyttävillä akuuttipotilailla 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.

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). 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 3). Tyypillisesti mitoitus on 1 lääkäri 2-3 sairaanhoitajaa kohden.



Kuva 3 Potilaiden segmentointi ja toimintamallit tulevaisuuden terveyskeskuksessa

Potilaille ei tehdä enää puhelimitse hoidontarpeenarviota hoitajan toimesta, vaan potilaat saapuvat suoraan terveysasemalle hoitajan vastaanotolle. 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 kontrollikäyntivälit. Tässä yhteydessä korostuu potilaan tarpeista ja toimintakyvystä lähtevän tavoitteellisen hoitosuunnitelman merkitys. Mallin avulla voidaan kohdentaa myös pitkäaikaiset, kokeneet resurssit potilaille, joille siitä on eniten arvoa.

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.

Pikapolimallin ja potilassegmentoinnin lisäksi sähköiset palvelut mahdollistavat terveysasemakäyntien tehostamisen. Terveysasemavastaanottoa 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.

Vaikutukset

Toimenpiteillä saavutettuihin hyötyihin kuuluu lääkärivastaanottojen saatavuuden parantuminen, oikea aikaisen ja oikeanlaisen terveystalouden tarjoaminen potilaalle sekä resurssien käytön tehostuminen. Pikapolimallin myötä mm. virka-ajan ja virka-ajan 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. Pikapolimallin avulla jono lääkärin kiireettömälle vastaanotolle on lyhentynyt, kun satunnaiskäyttäjien vastaanottoja on saatu siirrettyä kevyellä lääkärin konsultaatiotuella hoitajille. Satunnaiskäyttäjien siirrettyä ajanvarauksettomille hoitajavastaanotoille, on lääkärin ajanvarausvastaanottoja ollut mahdollista varata pitkäaikaissairaita varten.

Kustannussäästöpotentiaali pikapolimallin avulla on n. 35 % avosairaanhoidon kustannuksista. Säästö syntyy, kun yhtäältä hoitajavastaanotoilla voidaan hoitaa 60 % vastaanotoista nykyisen 40 % sijaan. Toisaalta resurssien ajankäyttö tehostuu erityisesti lääkärin osalta ja potilasmäärää voidaan siten kasvattaa työpäivää kohden. Sähköisillä palveluilla on mahdollista säästää n. 15 % sekä pikapoli- että listapotilasvastaanotto toiminnassa. 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. Yhteensä kustannussäästöpotentiaali perusterveydenhuollon avohoidon toiminnan osalta on n. 450 M€. Erikoissairaanhoidon palveluiden kanssa integroitujen hoitoketjujen vaikutuksia on arvioitu mm. operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan yhteydessä.

Suun terveydenhuolto (liitteen kalvot 97-109)

Nykytila

Kuntien kustantaman suun terveydenhuollon nettokustannukset ovat yhteensä n. 400 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 ja kuntien välillä (Lähde NHG: Suun terveydenhuollon benchmarking). Esimerkiksi paikkojen kolmen vuoden pysyvyys vaihteli vertailukunnissa 80 %:sta 85 %:iin, ja ajan yli arvoituna 2008-2015 kehitys oli huonompaan suuntaan.

Lisäksi toiminnassa korostuu korjaavien toimenpiteiden osuus verrattuna ennaltaehkäisevään toimintaan. Suomi on jäljessä muuta Eurooppaa esimerkiksi päivittäin kahdesti hampaansa harjaavien osuudessa. (Lähde: WHO - Social determinants of health and well being among young people, THL – Kouluterveyskysely, THL - Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus). Myös kohdennettua ennaltaehkäisyä voitaisiin tehdä nykyistä enemmän. Esimerkiksi jo nyt voidaan tunnistaa riskipotilaat (nk. i-indeksillä), mutta indeksin käyttö ei ole standardoitua. Tutkimus osoittaa, että tällä hetkellä yli puolella riskipotilaista ei kyetä estämään hampaiden reikiintymistä (NHG Suun terveydenhuollon benchmarking).

Kehittämiskohteet

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. Lääkäreiden kannalta toimitaan monihuonemallilla, jolloin lääkäryöpanosta 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 perinteisellä toimintamallilla.

Vastaavasti episodinäkökulmasta tulisi potilaat segmentoida tarkastusväleihin yksilöllisesti. NHG:n suun terveydenhuollon benchmarking-analyyseiden perusteella nykyisin tarkastusvälit ovat ”rutiinimaisia”, jolloin esimerkiksi lasten suun terveydenhuollossa yli kolmannes tarkastuksista kohdistuu terveisiin lapsiin.

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.

Taloudelliset vaikutukset

Työnjaon kehittämisen ja toimintamallien muuttamisen kerralla kuntoon –periaatteen mukaisesti säästäisi vuosittain n. 130 M€. 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. Mallia kokeiltiin Jyväskylässä, jossa jo pilottijaksolla saatiin samalla työpanoksella toteutettua 26 % enemmän toimenpiteitä kuin muissa yksiköissä (Lähde: Nenonen Tuomas, Pro Gradu Aalto-yliopisto, 2015), joissa malli ei ollut käytössä. Lisäksi jonot lyhentyivät ja asiakastyytyvyys säilyi samalla hyvällä tasolla kuin aikaisemmin. Yksityisellä palveluntarjoajalla, jolla malli on ollut pidempään käytössä, tehokkuus on n 35 % keskimääräistä parempi.

Lisäksi käyntimääriä per episodi olisi mahdollista vähentää n. 10 %, jolloin säästöä kertyisi vuodessa n. 40 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 terveisiin ja alueiden välillä on huomattavia eroja tarkastusvälien pituudessa ja potilasjakaumissa.

Ennaltaehkäisevien ja laadullisten tekijöiden säästövaikutuksia ei ole arvioitu tässä raportissa.

Vanhuspalvelut (liitteen kalvot 111-122)

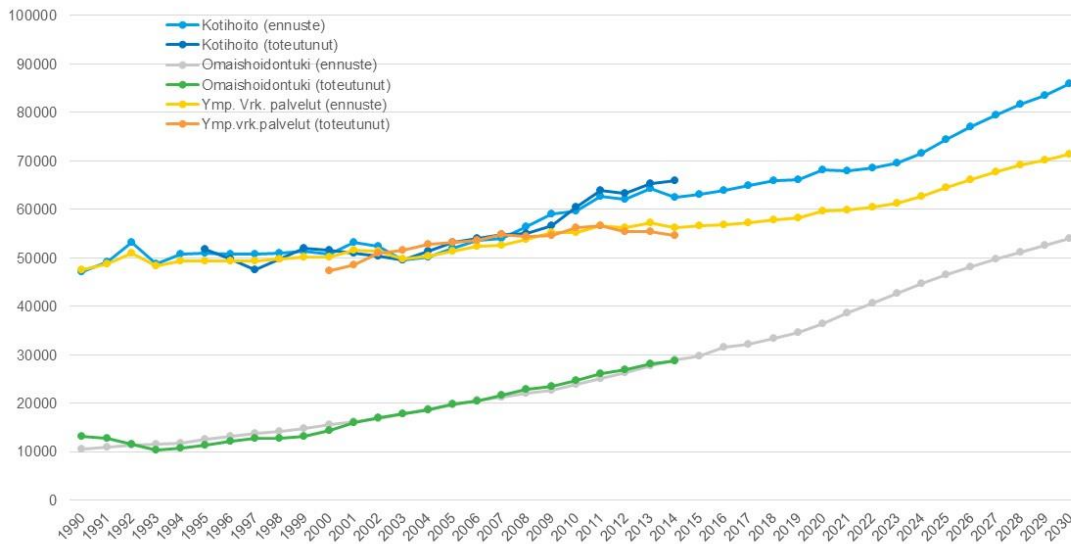
Nykytila

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 (n. perusskenaario). Asiaksmääriä 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 3.

Toteutunut ja mallin pohjalta ennustettu 65v+ asiakasmäärä



Kuva 4 Toteuma vanhuspalveluiden 65 v täyttäneiden asiakkaiden määristä 1995-2014 sekä ennuste asiakasmäärälle vuoteen 2030 saakka

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. Asiaksmäärien 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 kustannusten kasvu on kuitenkin vuosina 2015-2024 hitaampaa (n. 1,3 % vuosittain), ja kiihtyy tämän jälkeen n. 2,5 %:iin.

Kehittämiskohteet

Vanhuspalveluissa keskeiset, tunnistetut kehittämiskohteet ovat toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisy ja kuntoutus sekä asiakkaiden palveluiden koordinointi ja ohjaus. Kehittämällä näitä osaluokkia 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) sekä välittömän työajan kasvattaminen mm. kotihoidon henkilöstön työpanoksessa.

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 alueilla³. Vastaavanlaisia hyötyjä on saatu vanhuspalveluiden lääkärituen parantamisesta, jonka seurauksena vanhuspalveluasiakkaiden päivystyskäynnit ja vuodeosastojaksot ovat vähentyneet merkittävästi ja vuodeosastojaksot myös lyhentyneet⁴.

Vaikutukset

Vanhuspalveluiden kustannussäästöpotentiaaliksi arvioitiin 892 M€ suhteessa yllä esitettyyn perusskenaarioon. Lisäksi terveyskeskuksen vuodeosaston lyhytaikaishoidon vähentämispotentiaaliksi arvioitiin 42 M€. Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali perustuu kahteen mekanismiin: palvelurakenteen keventämiseen ja henkilöstön tuottavuuden kasvattamiseen. Kaikissa laskelmissa kokonaisasiakasmäärän oletetaan noudattavan perusskenaariota.

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 kattamiseen⁵. Vuonna 2014 vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon hoitopäivien perusteella laskettu peittävyys oli 3 % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Mikäli 2/3 pitkäaikaishoivasta 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. Mm. Vantaan kaupungin kehittämän kotihoiva-konseptin ajatuksena on, että asiakkaat asuvat samassa kiinteistöissä (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-toimintakykymittari 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€.

³ Heinonen T, Hostikka M, Tuominen-Thuesen M. Aktiivinen kansalainen – kaiken ikäisenä. KPMG raportti 15.8.2014

⁴ Lindh M. Performance assessment of nursing home medical practice services. Diplomityö, Aalto-yliopisto, 2015.

⁵ Leskelä RL ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suom Lääkäril 2016;71(11):809–15)

Merkittävin säästöpotentiaali on kuitenkin 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 %. Yksityisillä palveluntuottajilla välittömän työajan osuus on keskimäärin 69 %, mutta heiltä puuttuvat mm. viranomaistehtävät. Jos oletetaan, että julkisen tuotannon välittömän työajan osuuden keskiarvo saadaan 57 %:iin ja puolet tuotannosta ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Tällöin tuottavuuden kasvua olisi 28 %, mikä tarkoittaisi 394 M€ säästöä.

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 säästöpotentiaalilla (potentiaali 22 %), joka arvioitiin konservatiivisen akuuttihoiton yhteydessä. Tällöin pelkän tk-vuodeosastohoidon säästöpotentiaali olisi arviolta 42 M€.

Vammaispalvelut (liitteen kalvot 123-136)

Nykytila

Suomessa on arviolta n. 40 000 kehitysvammaista henkilöä. 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 kokonaishoitopäivät laitoksissa olivat n. 50 000 vuorokautta.

Kehittämiskohteet

Keskeisin kehittämiskohde on laitoshoidon purkaminen. Tässä 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 budjettiin.

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 hoitajaksolla 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.

Vaikutukset

Vammaisten laitoshoidossa oli 1117 pitkäaikaisasiakasta vuonna 2014. Laitoshoidon hoitopäivän keskihinta oli 347 €. Mikäli palvelu järjestettäisiin autettuna asumisena hoitopäivän hinnalla 187 € eli 20 %:a keskimääräistä autetun asumisen hintaa (156 €) korkeammalla hinnalla, syntyisi säästöä 65,2 M€.

Alueiden väliset erot kustannuksissa KELA:n vammaisetuuden saajaa kohti merkitsevät valtakunnan tasolla n. 370 miljoonan euron eroa kokonaiskustannuksissa. 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.

Lasten ja perheiden palvelut (Liitteen kalvot 137-167)

Nykytila

Lasten ja perheiden palveluiden⁶ kokonaiskustannuksiksi on arvioitu 1 300 miljoonaa euroa, joka muodostuu lastensuojelun laitos- ja perhehoidosta (640 M€), lasten- ja nuorisopsykiatrasta (270 M€) sekä muista palveluista (390 M€). 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.

Lasten ja perheiden palveluiden nykypalvelujärjestelmä on siiloutunut ja hajanainen. Palvelut toimivat irrallaan perheiden arjesta ja niissä korostuu voimavaralähtöisyyden sijaan ongelmalähtöisyys ja ammattikuntajohtoisuus. Painopiste on korjaavissa, kuten huostaanotot ja laitoshoido, ennaltaehkäisevien ja pärjäämistä tukevien palveluiden, kuten kotipalvelu, perhetyö, sosiaaliohjaus, sijaan. Moniammatillinen yhteistyö on vielä vähäistä eivätkä palvelut kohdennu asiakkaiden yksilöllisiin ja kokonaisvaltaisiin tarpeisiin, jolloin asiakkaan perhe ja lähipiiri jäävät usein huomioimatta palvelutarvetta arvioitaessa sekä palvelu- ja hoitosuunnitelmia laadittaessa. Asiakastiedot hajautuvat lukuisiin rekistereihin ja asiakirjoihin pelkästään yhden kunnan sisällä. Tieto ei liiku, mikä aiheuttaa katvealueita ja päällekkäistä työtä ja palveluita.

Kehittämiskohteet

Lasten ja perheiden palveluiden keskeinen kehittämisen kohde on nykyisen palvelurakenteen keventäminen siirtämällä painospistettä lastensuojelun sisällä sijaishuollosta avohuoltoon ja

⁶ Lasten ja perheiden palvelukokonaisuus pitää sisällään lasten ja perheiden palvelut sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian. Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveystalouksellisia palveluita, joten ne eivät ole mukana tässä kokonaisuudessa.

lastensuojelusta (lastensuojelulain mukaiset palvelut) perhepalveluihin (sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut). Kehittämistoimenpiteitä painopisteen siirtämiseksi korjaavista palveluista kaikille yhteisiin ja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä varhaiseen tukeen ja hoitoon ovat mm. hajallaan olevan palvelujärjestelmän tiivistäminen ja palveluiden integroiminen yhdeksi kokonaisuudeksi (ml. sosiaali- ja terveystyö, varhaiskasvatus, perusopetus, harrastukset ja perheiden elinolot toimentulon ja työn ja perheen yhteensovittamiseksi sekä vanhempien palvelut), palveluiden kohdentumisen, oikea-aikaisen saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden parantaminen sekä varhaisen vaiheen palveluiden (kuten neuvonta ja ohjaus, kotipalvelu, perhetyö, perheneuvolat) kehittäminen. Kehitystyötä tulee kohdentaa myös lastensuojelun avohuoltoon.

Digitalisaatio tarjoaa kustannustehokkaita ratkaisuja paitsi varhaisen vaiheen tukeen ja palveluihin ohjautumiseen myös palveluiden tuottamiseen. Parantamalla palveluiden laatua ja vaikuttavuutta vaikutetaan ennaltaehkäisevästi asiakkaiden tarvitsemien palveluiden määrään sekä asiakasmääriin eri palveluissa. Painopisteen siirtämisellä on jo saatu aikaan kustannussäästöjä esimerkiksi Imatran kaupungissa. Ostopalveluiden kilpailuttaminen vaikuttavuusperusteisesti auttaa siirtämään hankintojen painopistettä suoritteista, kuten hoitovuorokausi tai lääkärikäynti, kohti kuntouttavia ja vaikuttavia palveluita, mikä saa myös aikaan kustannussäästöjä keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä. Keskeisiä teesejä säästöjen aikaansaamiseksi ovat välitön puuttuminen, kopin ottaminen/vastuunkantajuus, omatyöntekijän vaihtuvuuden minimointi sekä verkostojen mukaan ottaminen (muut viranomaiset, omaiset ja läheiset sekä vapaaehtoistoimijat ja muut järjestötoimijat). Myös hallituksen lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma tähtää hajanaisen palvelujärjestelmän uudistamiseen. Tavoitteena on lisätä palvelujen oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta sekä aikaansaada kustannussäästöjä vähentämällä korjaavien palvelujen tarvetta.

Vaikutukset

Suurin säästöpotentiaali lasten ja perheiden palveluissa kohdistuu huostaanottoihin ja laitoshiitoon. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus alle 18-vuotiaista on noussut yli 50 % 2000-luvulla⁷, mutta viime vuosina kasvu on saatu pysähtymään. Mikäli sijoituksissa päästäisiin ns. parhaiden kuntien nykyiselle keskiarvotasolle (0,9 sijoitettua per 100 alle 18-vuotiaista) on laskennallinen säästöpotentiaali noin 150 miljoonaa euroa. Tämä edellyttää kuitenkin noin 50 miljoonan euron investointia avomuotoisiin palveluihin: ns. perhekeskusmallin käynnistämiseen ja levittämiseen eri alueilla.. Tällöin oltaisiin samalla tasolla kuin vuonna 2000.

Integroidun palvelujärjestelmän myötä on kuitenkin oletettu voitavan saavuttaa tätäkin parempi taso. Tätä tukevat tulokset esimerkiksi Lappeenrannasta, Imatralta ja Raisiosta, jossa kehitys on jatkunut positiivisena vielä 2014-2015 eikä parasta tasoa ole vielä edes saavutettu. Arviot perustuvat oletukseen, että muutokset alkavat tapahtua 2-3 vuoden kuluessa. Kestää kuitenkin 5-10 vuotta ennen kuin integraation hyödyt on kokonaisuudessaan saavutettu. Mikäli integroidun mallin hyödyt saavutetaan kokonaisuudessaan, on säästöpotentiaaliksi arvioitu noin 420 miljoonaa euroa. Integroidun mallin tavoitteeksi on oletuksena asetettu tavoite vähentää sijoituksia noin 0,5 %iin vastaavan ikäisistä sekä samalla kehittää rakennetta vähemmän laitospäivätyyppiseksi ja enemmän perhekotityyppiseksi.

⁷ SOTKANet

Päihde- ja mielenterveyspalvelut (liitteen kalvot 169-179)

Nykytila

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaiskustannuksiksi vuonna 2014 on arvioitu 1 200 M€, joka sisältää perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut, aikuispsykiatrian avo- ja vuodeosastohoidon sekä asumispalvelut ja muun 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), sosiaalipalveluihin (esim. päihdepalvelut ja 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 tekijöihin⁸. Tästä seuraa, että palveluiden saatavuus vaihtelee eri alueilla. Tästä seuraa myös, että muuttamalla resurssien allokointi tarpeenmukaiseksi, olisi todennäköisesti saavutettavissa merkittäviä säästöjä.

Kehittämiskohteet

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden keskeiset kehittämiskohteet ovat palvelutuotannon integraatio sekä resurssien kohdentaminen jatkossa enemmän avopalveluihin ja kotiin vietäviin palveluihin kuin laitospalveluihin. Aikaisempien tutkimusten perusteella avohuoltoa ja lähipalveluita painottava toimintamalli on myös parantanut palveluiden vaikuttavuutta: itsemurhien määrä on vähentynyt näillä alueilla Suomessa⁹.

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.

Avopalveluiden toimintamalleissa ja prosesseissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa mm. hyvää saatavuutta. Palvelutarpeenarvioon on päästävä helposti ja milloin tahansa. Varsinaisia palveluitakin tulee olla saatavilla tarvittaessa nopeasti. Tällöin tilanteet eivät pääse kriisiytymään ja akuutti vuodeosastohoidon

⁸ 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.

⁹ 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.

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 ammattilaitosta psykiatrin etävastaanoitoista lähtien. Esimerkiksi asiakkaat ovat pitäneet internetpohjaista Mielenterveystalo-palvelua hyödyllisenä¹⁰.

Vaikutukset

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

Ala-Nikola ym. (2014) tutkivat HUS:n erä-alueen sairaanhoitopiirien ja -alueiden päihde- ja mielenterveyspalveluiden resurssija 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 tyytyväisiä¹¹. 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 %¹², 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

¹⁰ Hyppönen H, Hyry J, Valta K, Ahlgren S. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi - Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 33/2014.

¹¹ 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.

¹² THL, SotkaNet

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. 600M€. 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€.

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 episodioiden 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 resurssia on käytettävissä. Kun resursseja lisätään, lisääntyy palvelutuotanto, mutta suhteellinen kustannusvaikuttavuus vähenee koko ajan. Tämän vuoksi tarvitaan tiukempaa talousohjausta ja sen määrittelemistä, 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 mukaan 3 % väestöstä käyttää vuosittain n. 55 % resursseista kustannuksilla mitattuna, ja näiden asiakkaiden kustannukset ovat yli 15 000 € / vuosi / asiakas.

Rahoitukseen 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 kehittämistä 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.

Yhteystiedot

Paulus Torkki, paulus.torkki@nhg.fi

Riikka-Leena Leskelä, riikka-leena.leskela@nhg.fi