



STM

Sote-palveluiden säästömekanismit

Väliraportin analyysiliite

2.5.2016

- Tämä dokumentti on sosiaali- ja terveydenhuollon säästöpotentiaalia arvioivan selvitystyön väliraportin liitemateriaalia
 - Raporttiin on koottu keskeisiä analyyseja SOTE-sektorin säästömahdollisuuksista
 - Hankkeen varsinainen raportti julkaistaan syksyllä 2016

- Dokumentissa on esitetty alustavat laskelmat koko soten säästöpotentiaalista ja potentiaalin taustalla olevista mekanismeista
 - Laskelmat on tehty perustuen tunnistettuihin parhaisiin käytäntöihin. Tässä vaiheessa ei ole otettu kantaa, johtaako sote-uudistus näiden potentiaalien realisoitumiseen, eikä siihen, onko joku osa muiden ohjausmekanismien, kuten kärkihankkeiden aikaansaannosta

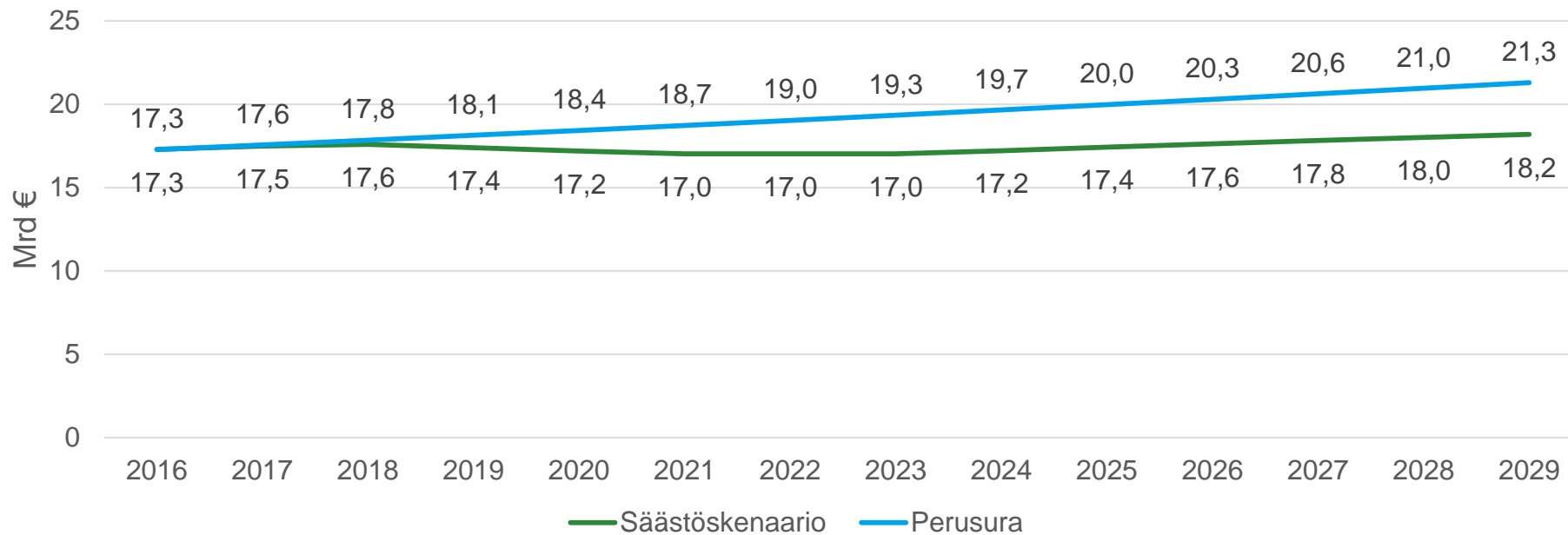
- Todellisuudessa parhaiden käytäntöjen käyttöönotto ja leviäminen edellyttävät useita samanaikaisia kehittämistoimenpiteitä, eikä yksi yksittäinen toimenpide tuo hyötyä, mikäli järjestelmää ei kehitetä kokonaisvaltaisesti:
 - Kokonaiskustannusten hillintä rahoituksen ohjauksen keinoin
 - Rahoitusjärjestelmän tuki kokonaisepisodioiden hoitamiseen kustannusvaikuttavasti
 - Toimenpideluonteisen toiminnan osaamisen kokoaminen ja työnjako
 - Monista eri palveluista koostuvien episodioiden 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 vuoteen 2029 mennessä

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 3600 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€

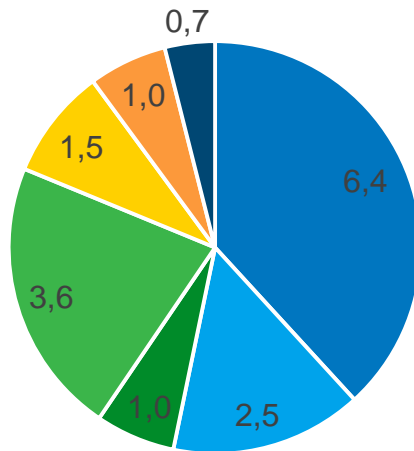
Säästöjen jaksottuminen



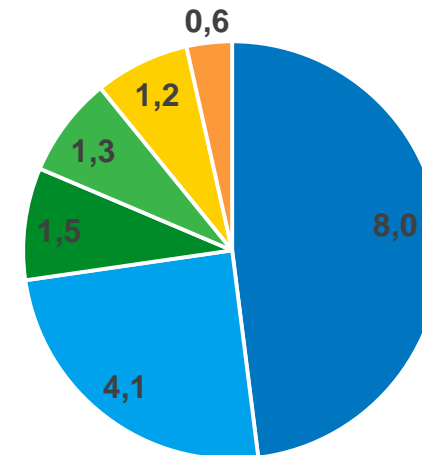
- Säästöskenaariossa on otettu huomioon , että säästöjen aikaansaaminen edellyttää investointeja 2017-2021
 - Säästöpotentiaali realisoituu n. vuonna 2025-2029 täysimääräisesti
- Osa muutoksista voidaan tehdä nopeallakin aikataululla, josta saadaan investointivaraa
 - Esim. avopalveluiden tehostaminen

Säästömekanismien analysoinnissa on nykyisiä osa-alueita yhdistetty mielekkäämmiksi kokonaisuuksiksi

Nykyinen jaottelu nettokustannuksista 16,7 mrd €



Säästömekanismeissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €



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

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

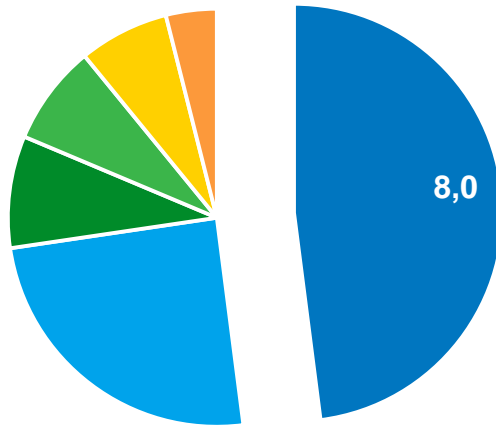
■ Keskeiset muutokset

- 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

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

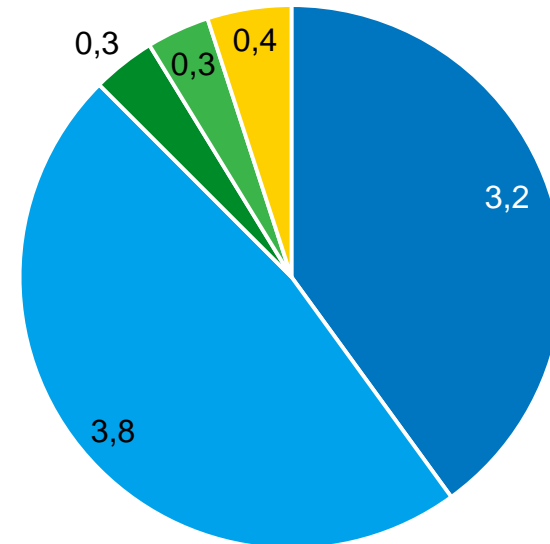
Terveyspalveluiden analyysi

SOTE-nettokustannukset 16,7 mrd €



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

Terveyspalveluiden kustannukset 8,0 mrd €

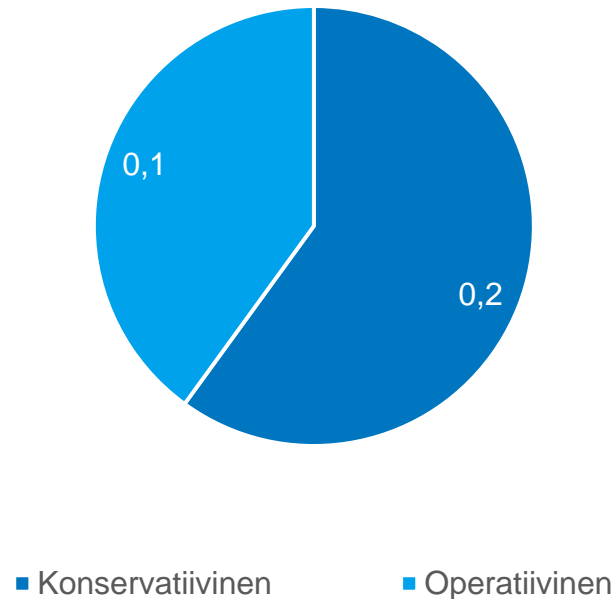


- Operatiivinen
- Konservatiivinen
- Päivystyspkl
- Synnytystoiminta
- Hammashuolto

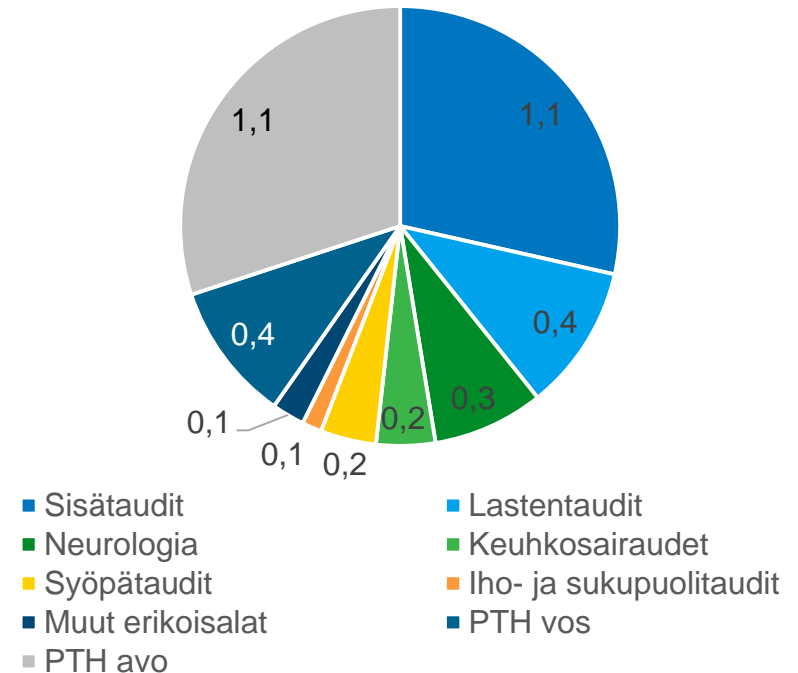
- Terveyspalveluiden osalta pth avopalvelut ja vuodeosastot on jaettu diagnoosien perusteella operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan alle
- Päivystyspoliklinikat on erotettu omakseen
- Synnytystoiminta sisältää äitiyspoliklinikan ohella synnyttäneiden vuode-osaston ja keskosten teho- ja vuodeosastohoidon

Päivystys- ja konservatiivisen toiminnan analyysi

Päivystyspoliklinikoiden kustannukset 0,3 mrd €



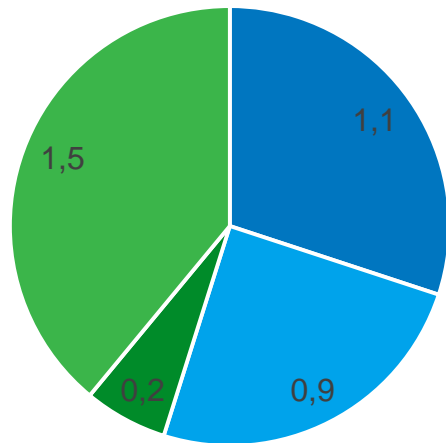
Konservatiivisen toiminnan kustannukset 3,8 mrd €



- Konservatiivisesta toiminnasta vuodeosastotoiminnasta enemmistö on päivystyksestä alkanutta, akuuttiluonteista toimintaa
 - Siksi säästömekanismija 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

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

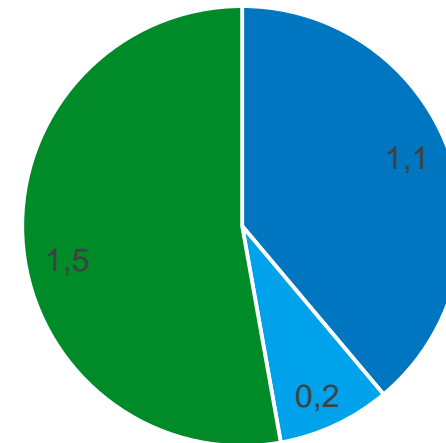
Konservatiivisen toiminnan kustannukset 3,7 mrd€



- PTH-avo (elektiivinen)
- ESH avo (elektiivinen)
- Vuodeosasto (elektiivinen)
- Vuodeosasto (päivystyksellinen)

Konservatiivisen, erikoissairaanhoidon liittyvän toiminnan kustannukset 2,8 mrd €

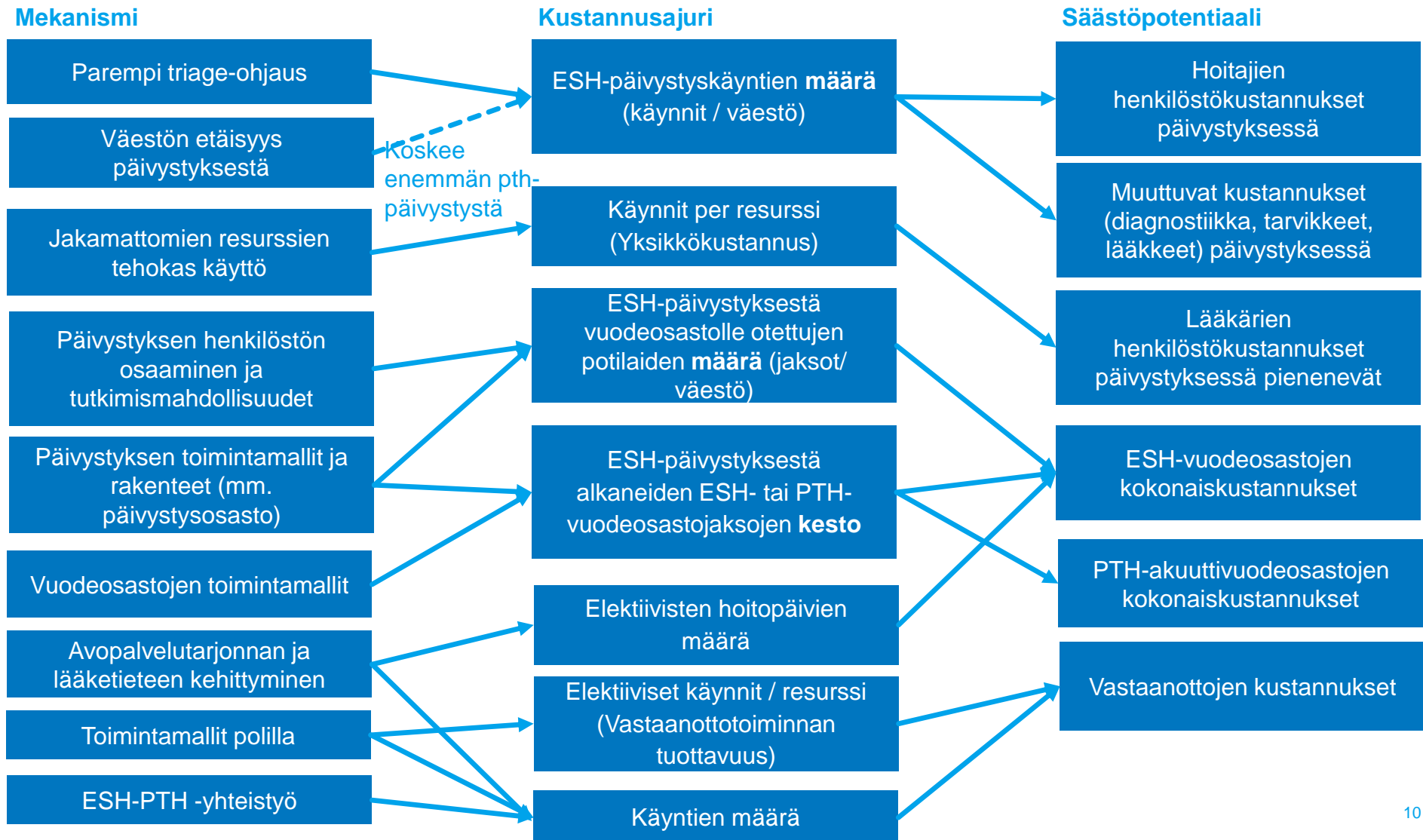
PTH-avosta 13
% liittyy ESH-
epsiidiin



- Avo (elektiivinen)
- Vuodeosasto (elektiivinen)
- Vuodeosasto (päivystyksellinen)

- 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

Kuvaus erikoissairaanhoidon päivystyksen ja konservatiivisen akuutin ja elektiivisen 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-sairaala vuosina 1990-1998. Käyntikohtaisissa kustannuksissa ei ollut eroja. Sairaaloiden 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 haarukoitunut 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 liittännäispalveluista: 7 keskeistä, tehohoito, akuuttilääketiede, yleiskirurgia, lastentaudit, ortopedia, laboratorion palvelut, kuvantaminen
- Voimakas palveluiden keskittäminen vaatii lisää ensihoidon palveluilta
 - 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 saatavuus, 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 (JYVÄ-hanke, julkaisematon)
- Teknologian hyödyntäminen nähty tärkeäksi kun järjestetään palveluita pienemmän väestötiheyden alueilla
 - Telemediisiina: Sopii etenkin pienvammoihin (Darkins et al 1996), hoitajien avustaminen ei-vakavasti loukkantuneiden potilaiden hoidossa (Brennan et al 1998), lastentautien konsultointi (Dharmac et al 2013), traumapotilaiden ensiarvioon (Latifi et al 2009) ja aivohalvauspotilaiden hoitoon (Muller-Barna et al 2014).
- Tarve keskittämislle perusteltu usein taloudelle ja työvoimalle, harvemmin saatavuudelle ja laadulle (Imison 2011)

Taustaoletukset päivystyksen laskelmille

12 erikoissairaanhoidon päivystystä

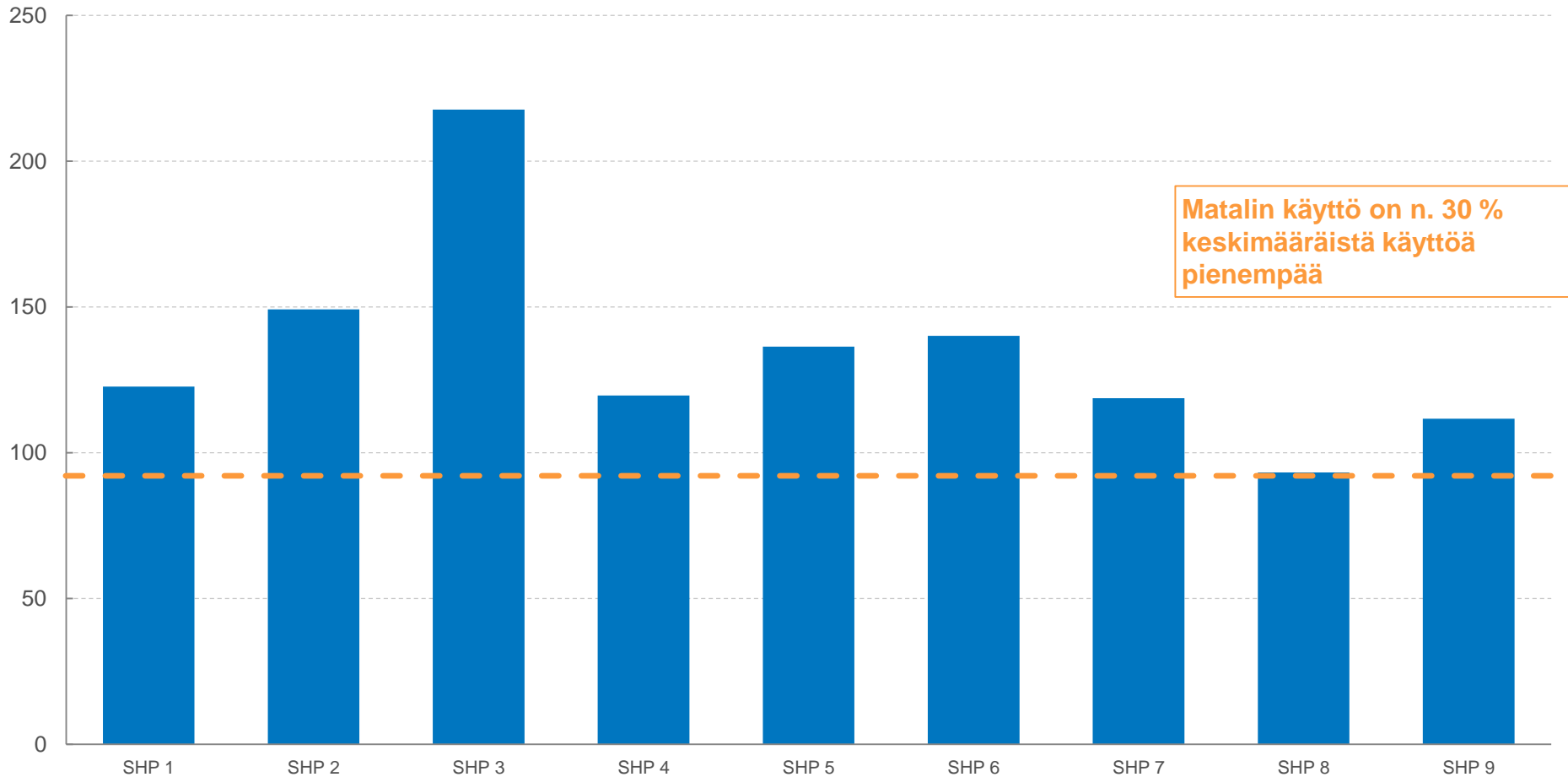
Päivystyspiste	Väestöpohja
HUS-alue + ½ Kanta-Hämeestä	1 678 096
Eksote+Carea	251 764
Etelä-Pohjanmaa+ Vaasa + 1/2 Kokkolasta	407 092
Keski-Suomi	251 178
Lappi+Länsi-pohja	181 748
Pirkanmaa + ½ Kanta-Hämeestä	612 122
Pohjois-Karjala	168 896
Pohjois-Pohjanmaa + Kainuu + 1/2 Kokkolasta	520 952
Pohjois-Savo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

ESH-päivystyksen käyttö suhteessa väestöön vaihtelee paljon

Yhteispäivystyksen erikoissairaanhoidon käynnit per 1000 asukasta, 2014



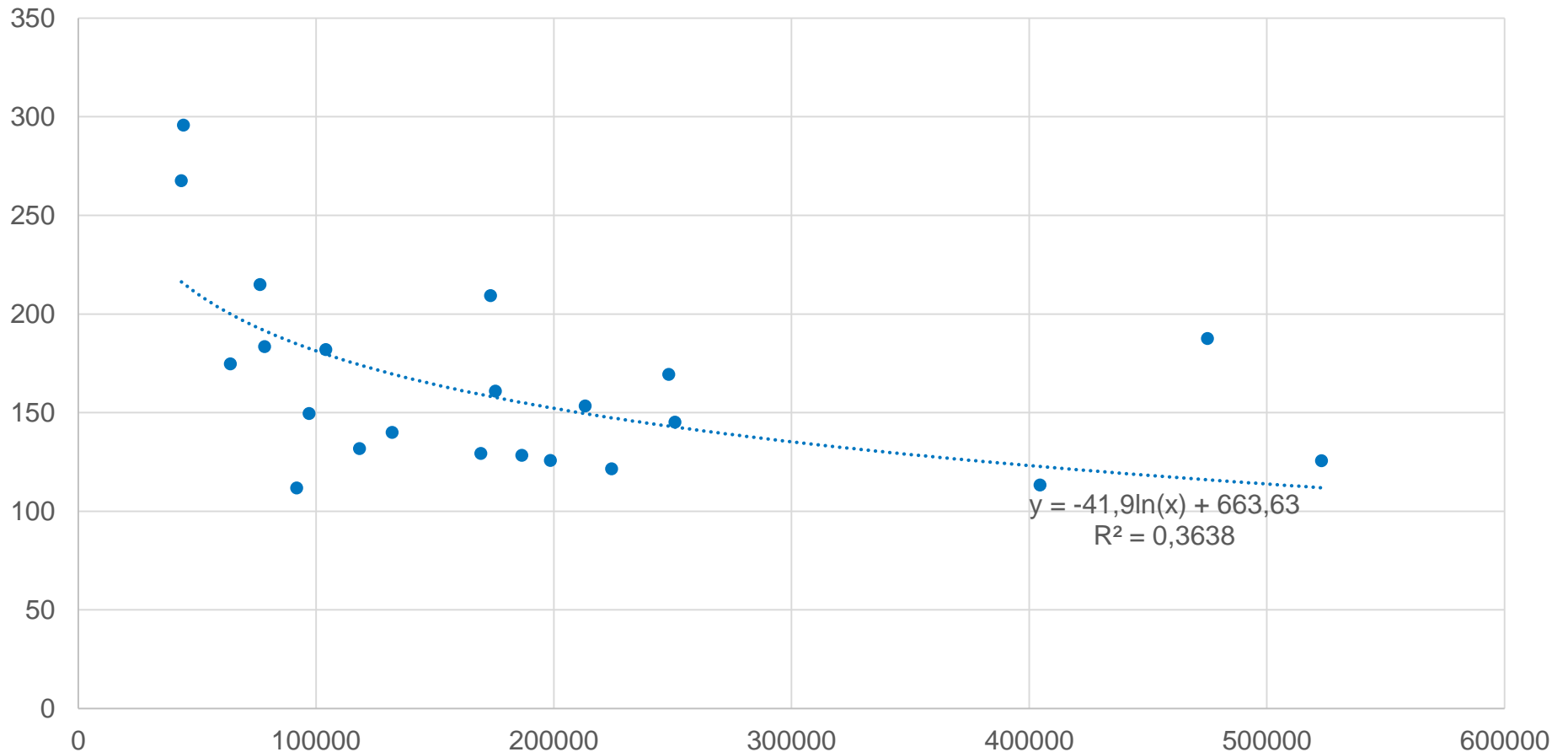
Mukana vain ne sairaanhoitopiirit, joiden alueilla ei ole muita erikoissairaanhoidon päivystyspisteitä kuin keskussairaalan yhteispäivystys

Lähde: NHG Benchmarking

Suurempi väestöpohja vähentää erikoissairaanhoidon päivystyskäynnejä suhteessa väestöön

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

Erikoissairaanhoidon käynnit per 1000 asukasta



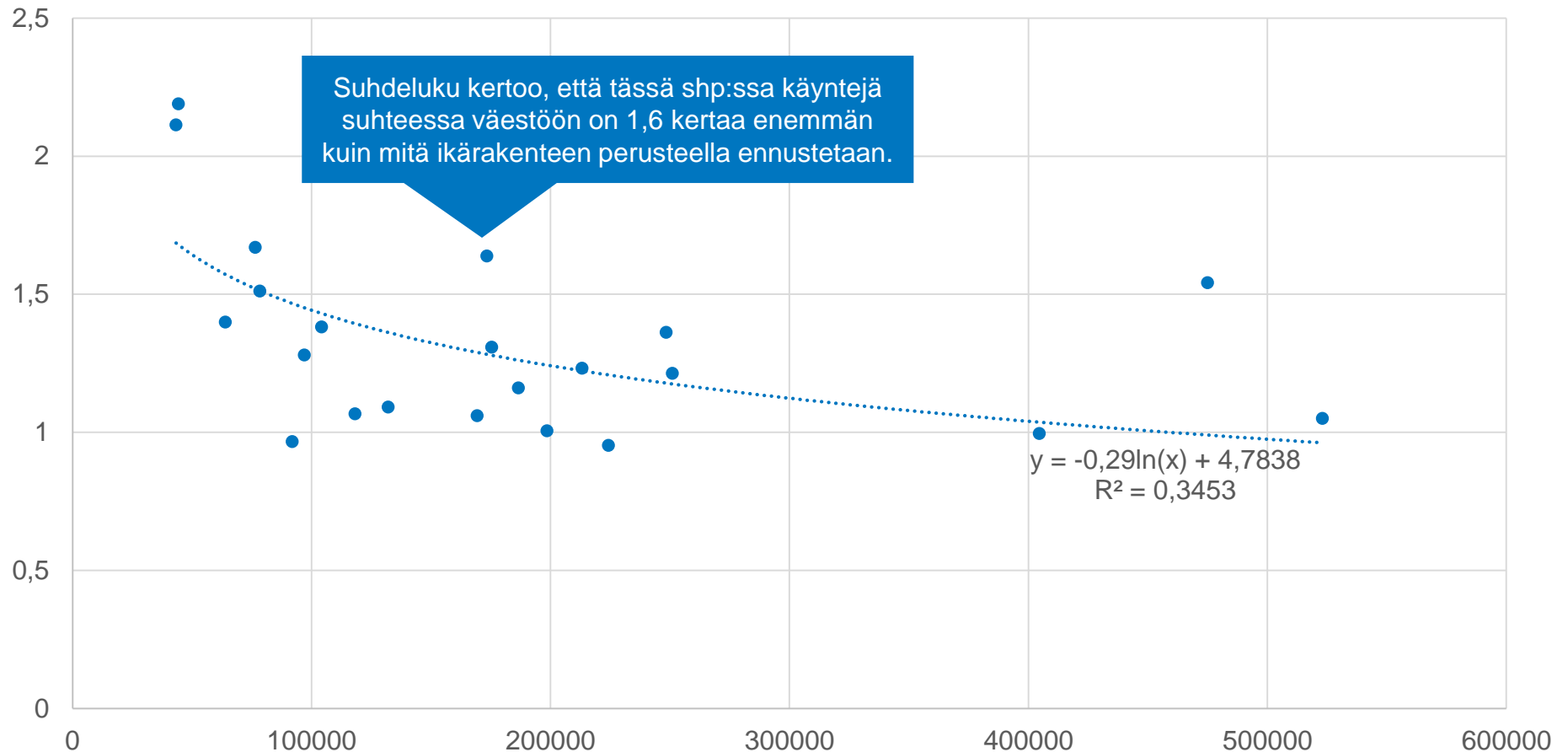
Analyyssissä on laskettu yhteen sairaanhoitopiirin alueen kaikkien päivystyspisteiden käynnit, jotka merkitty erikoissairaanhoidoksi. Pohjois-Karjala on poistettu analyysistä.

Lähde: THL Sairaaloiden tuottavuus

Ikävakioidin 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



Analysissä on laskettu yhteen sairaanhoitopiirin alueen kaikkien päivystyspisteiden käynnit, jotka merkitty erikoissairaanhoidoksi. Pohjois-Karjala ja HYKS-alue on poistettu analysistä.

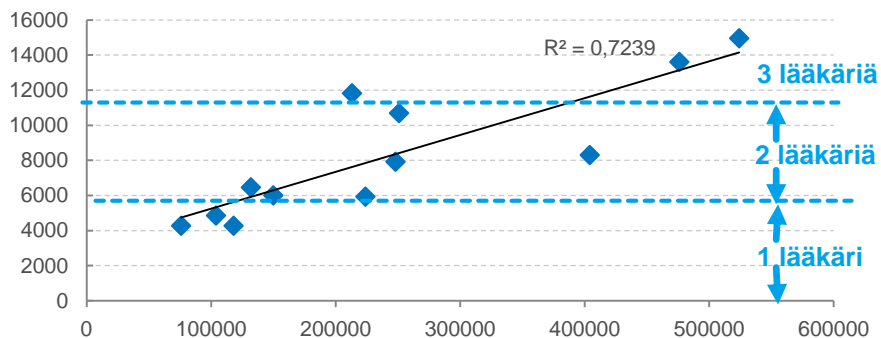
Lähde: THL Sairaaloiden tuottavuus

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

Konservatiiviset* erikoisalalat

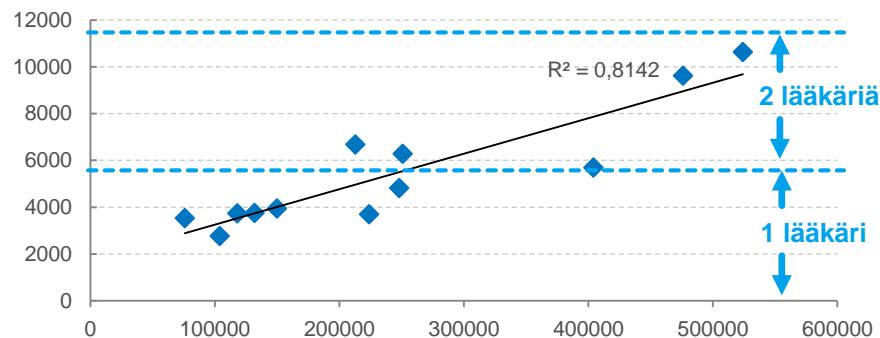
Päivä

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



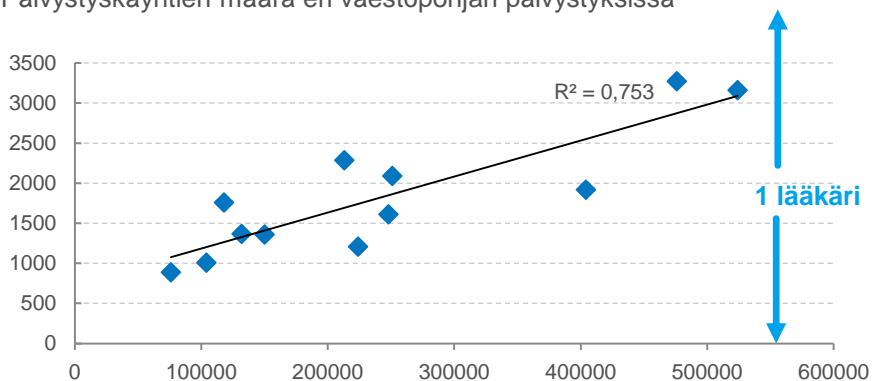
Ilta

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

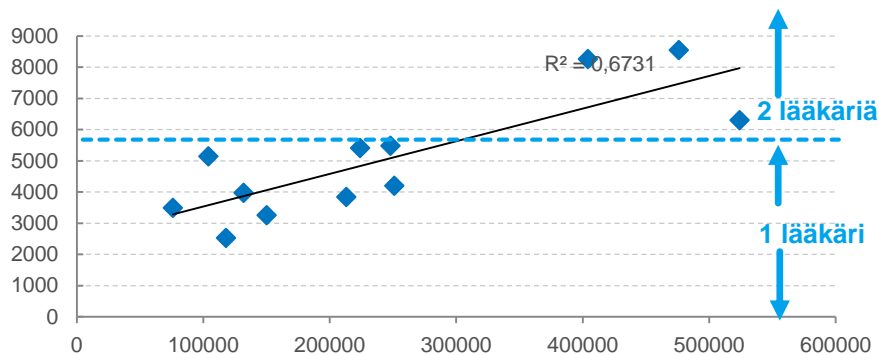
*Allergologia, endokrinologia, fysiatria, gastroenterologia, geriatria, hematologia, iho- ja sukupuolitaudit, infektiosairaudet, kardiologia, keuhkotaudit, nefrologia, neurologia, reumatologia, sisätaudit, syöpätaudit

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

Operatiiviset* erikoisalalat

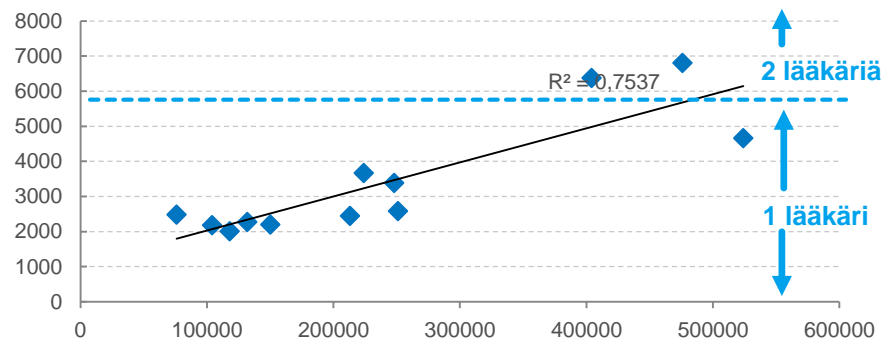
Päivä

Päivystyskäyntien määrä eri väestöpohjan päivystyksissä



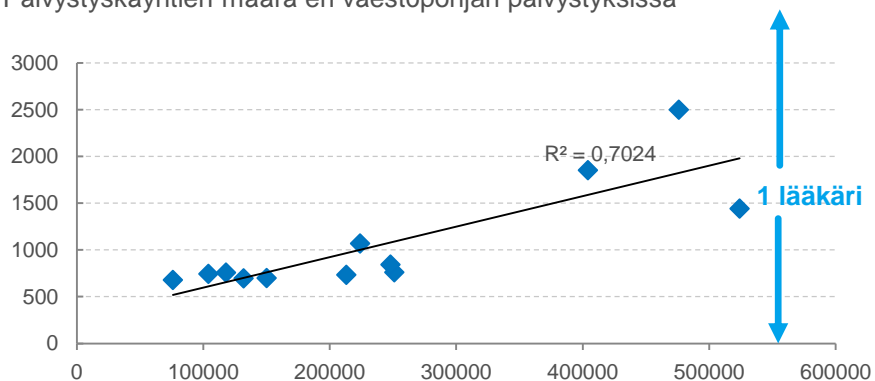
Ilta

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 leukasairaudet, sydän- ja rintaelinkirurgia, thorax- ja verisuonikirurgia, urologia, verisuonikirurgia, yleiskirurgia

Laskelma nykytilanteessa vähintään tarvittavista lääkärivuoroista sekä keskittämisen jälkeen tarvittavista vuoroista

Laskelma perustuu edellisen kahden dian tuloksiin

Laskennallinen vähimmäismäärä lääkärien vuoroja vuorokaudessa nykytilassa (pl. HUS)

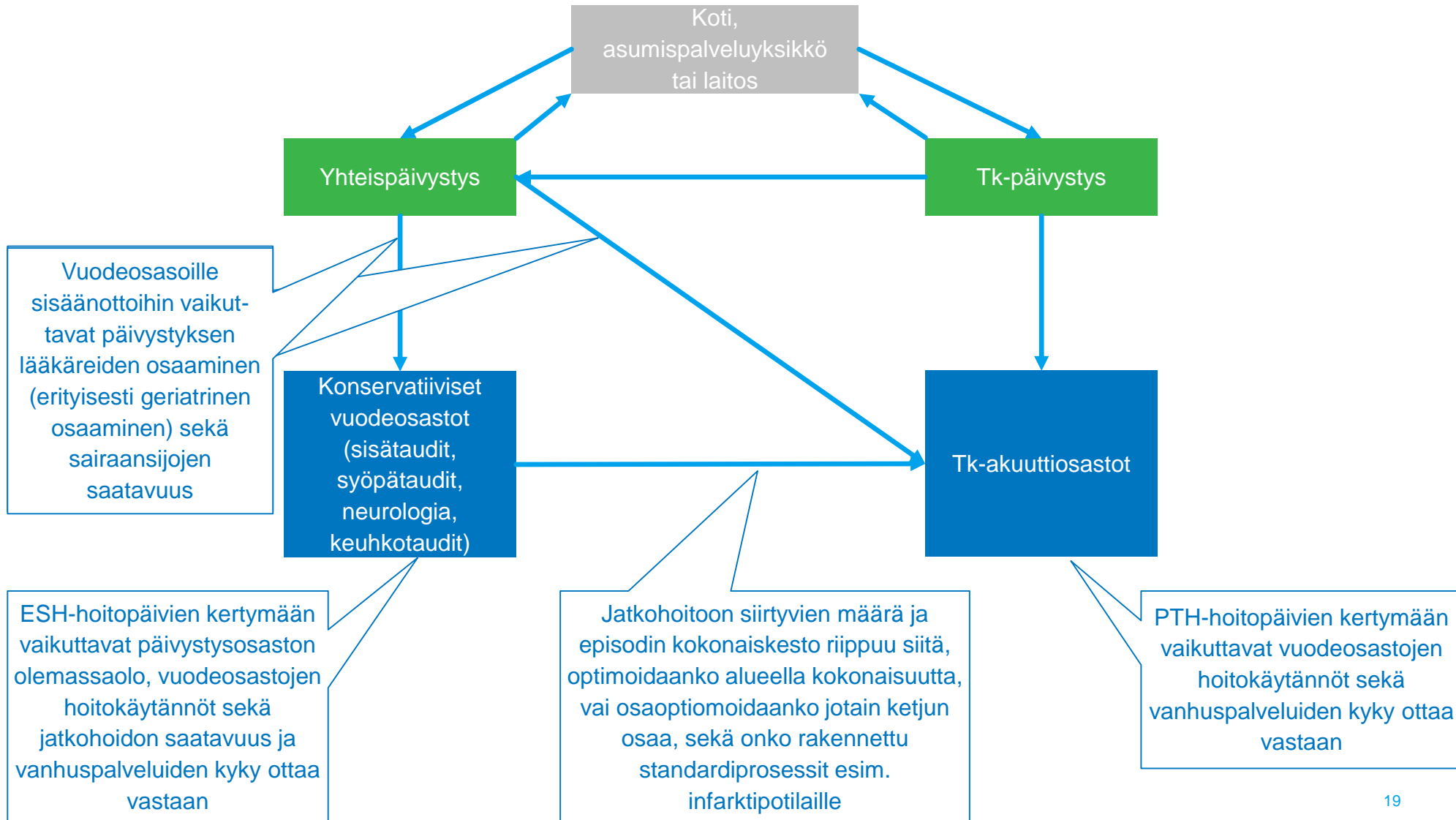
Sairaala	Väestö	OPER	KONS	YHTEENSÄ
Etelä-Karjalan ks	131 764	3	3	6
Etelä-Pohjanmaan ks	198 242	3	4	7
Etelä-Savon ks	103 873	3	3	6
Itä-Savon ks	44 051	3	3	6
Kainuun ks	76 119	3	3	6
Kanta-Hämeen ks	175 350	3	4	7
Keski-Pohjanmaan ks	78 395	3	3	6
Keski-Suomen ks	251 178	3	4	7
Pohjois-Kymen sairaala	80 000	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	175 842	5	6	11

Laskennallinen vähimmäismäärä lääkärien 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 Kouvola	252957	3	4	7
Satshp	223983	3	4	7
VSSHP	475842	4	6	10

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

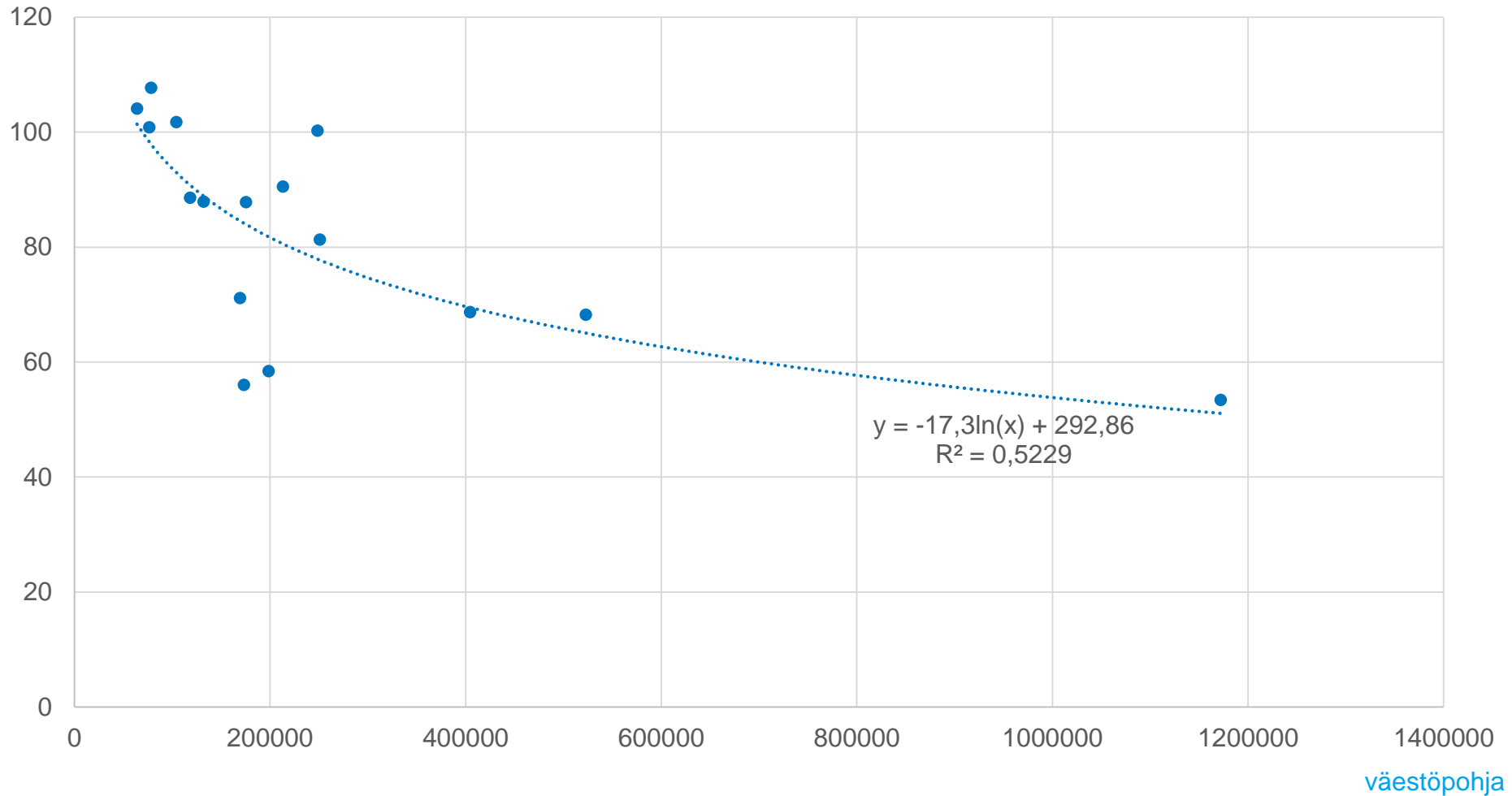
Konservatiivisiin hoitopäiviin vaikuttavat mekanismit



Päivystyksestä ESH-vuodeosastolle otettujen potilaiden määrä suhteessa väestöön pienenee, kun päivystyksen väestöpohja kasvaa

12 sairaalan mallissa arvioitu päivystyksellisten hoitojaksojen vähenemä on 17 %

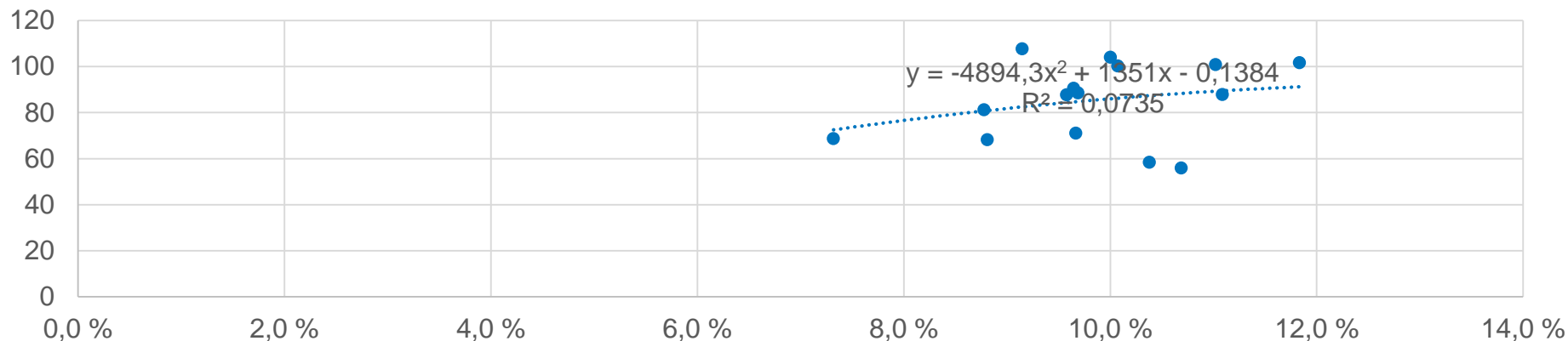
Päivystyksestä alkaneet vuodeosastojaksot per 1000 asukasta riippuen väestöpohjasta



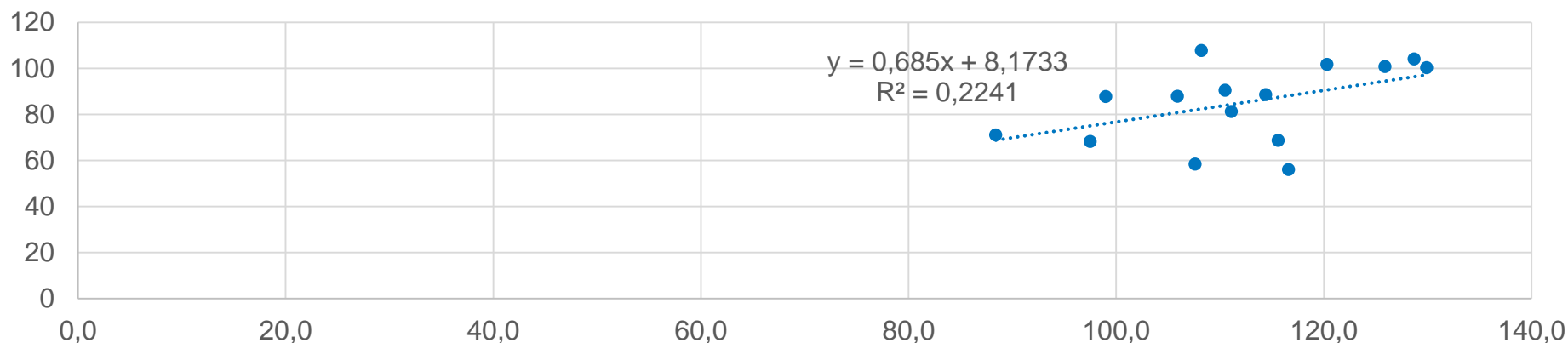
Ikärakenteella eikä sairastavuusindeksillä ole juurikaan vaikutusta päivystyksestä alkavien ESH-vuodeosastojaksojen määrään suhteessa väestöön

Mallien selitysasteet jäävät hyvin mataliksi

Päivystykselliset hoitajakset per 1000 asukasta vs. 75 täyttäneiden osuus väestöstä



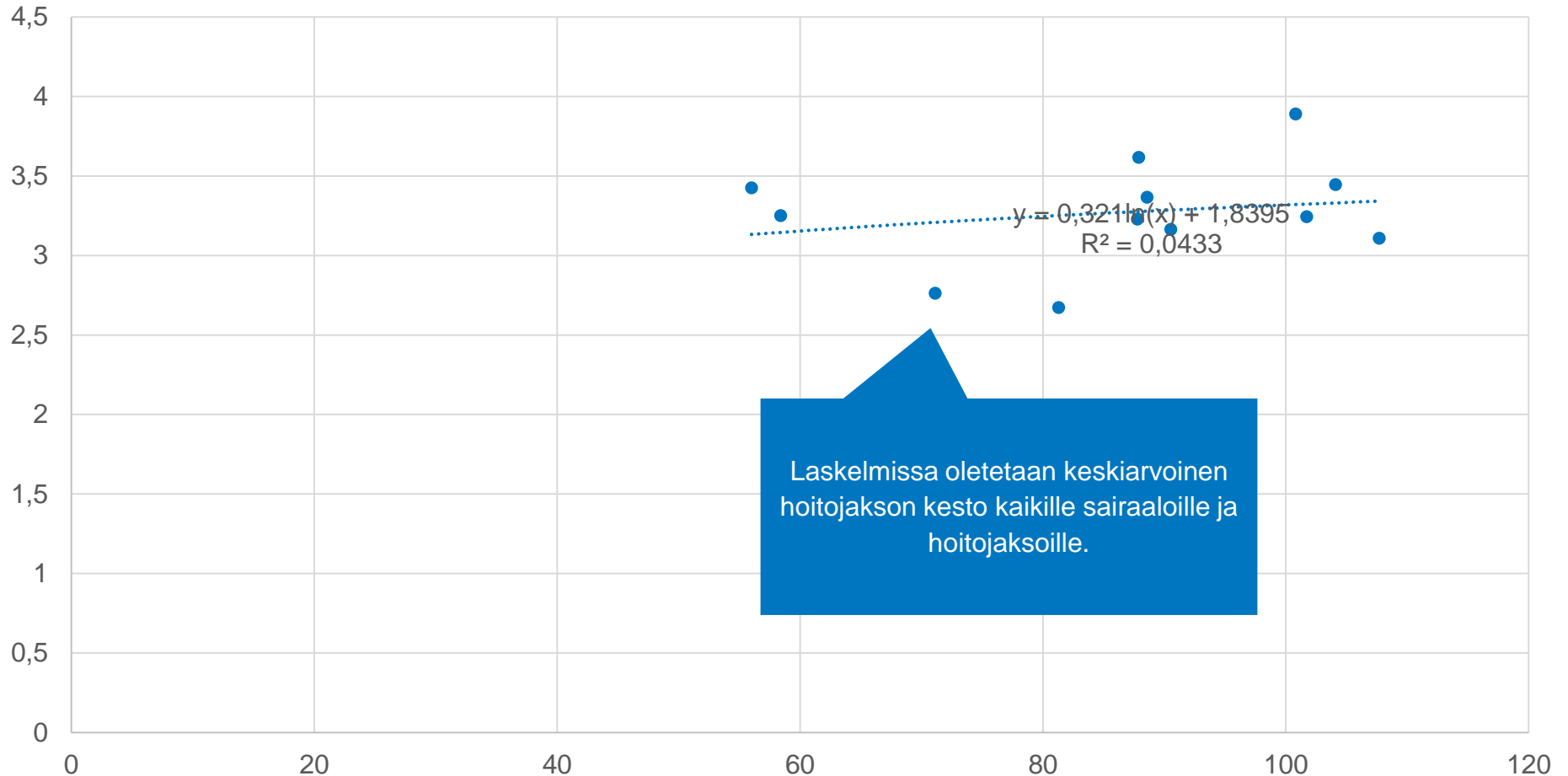
Päivystykselliset hoitajakset per 1000 asukasta vs. THL:n ikävakioiden sairastavuusindeksi



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

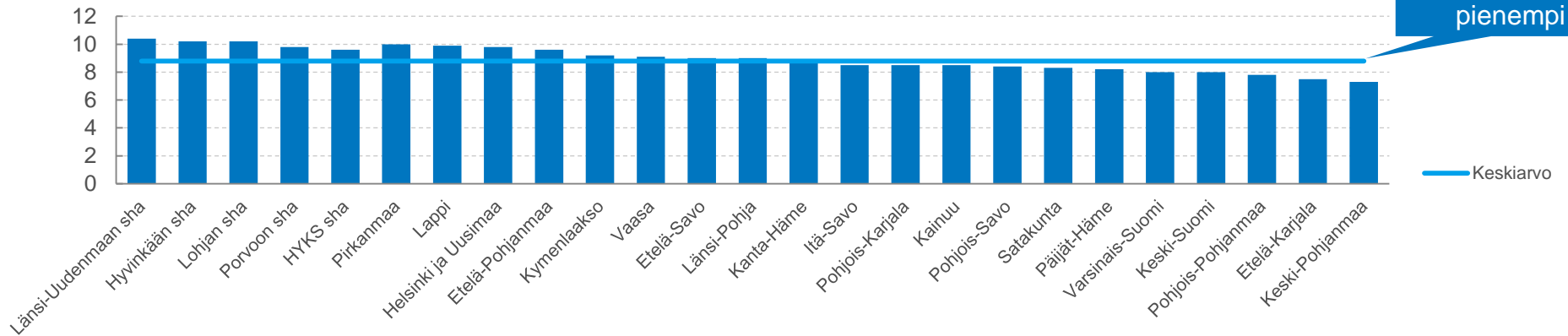
Keskussairaalat

Keskimääräinen hoitajakson kesto

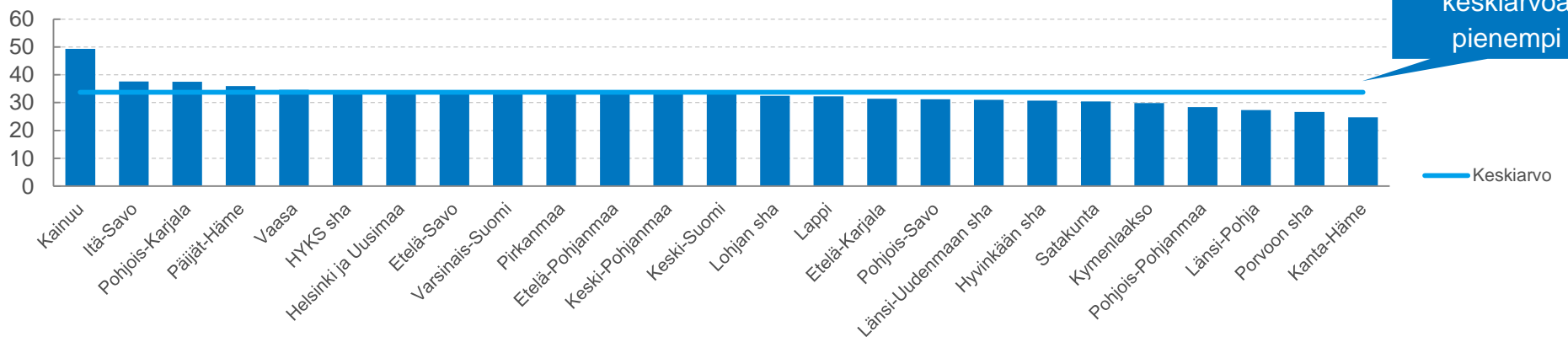


Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkuvissa, päivystyksellisesti alkaneissa episodeissa on lyhennyspotentiaalia n. 22 %

Sydäninfarktin hoitojakson kokonaiskesto (ESH+PTH)

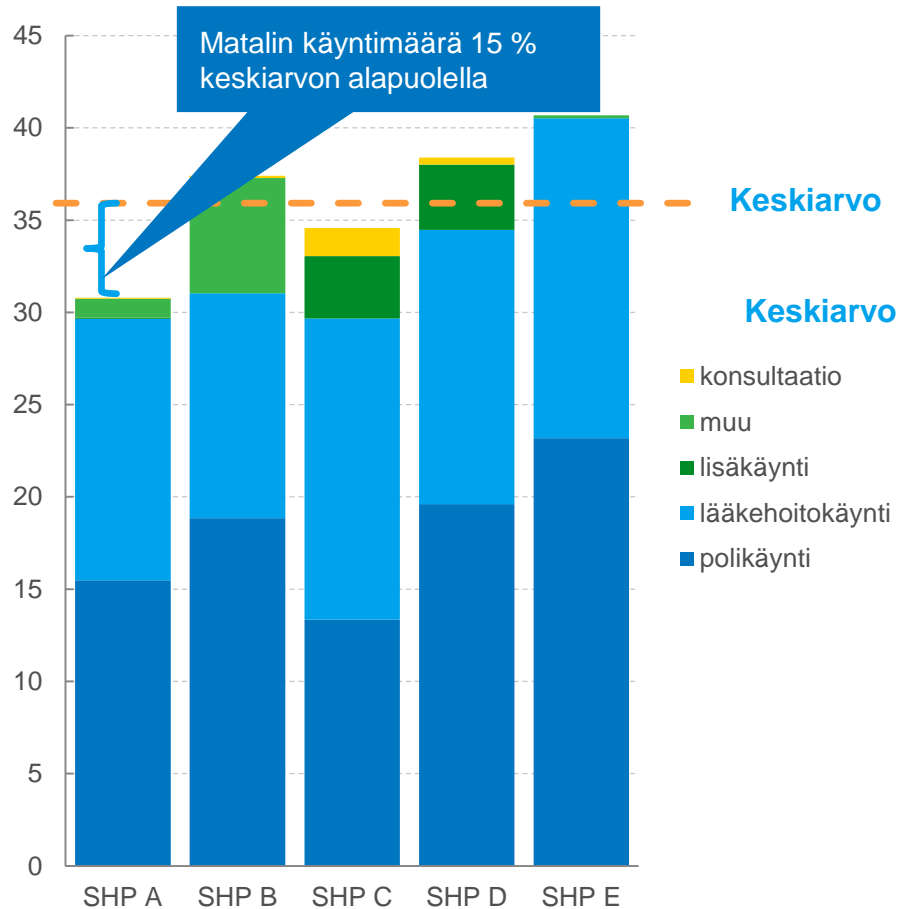


Aivoinfarktin hoitojakson kokonaiskesto (ESH+PTH)

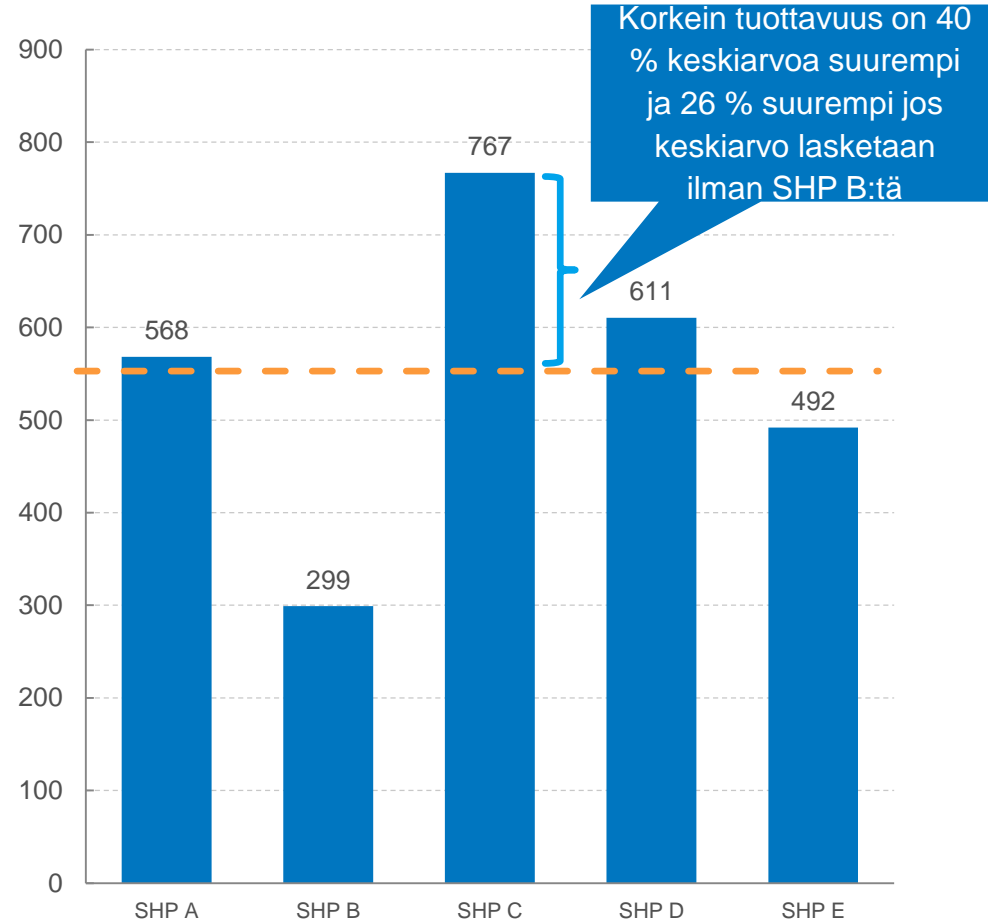


Syöpätautien käyntimäärissä suhteessa väestöön on hajontaa, samoin resursoinnissa suhteessa potilasmääriin

Syöpätautien käynnit per 1000 asukasta

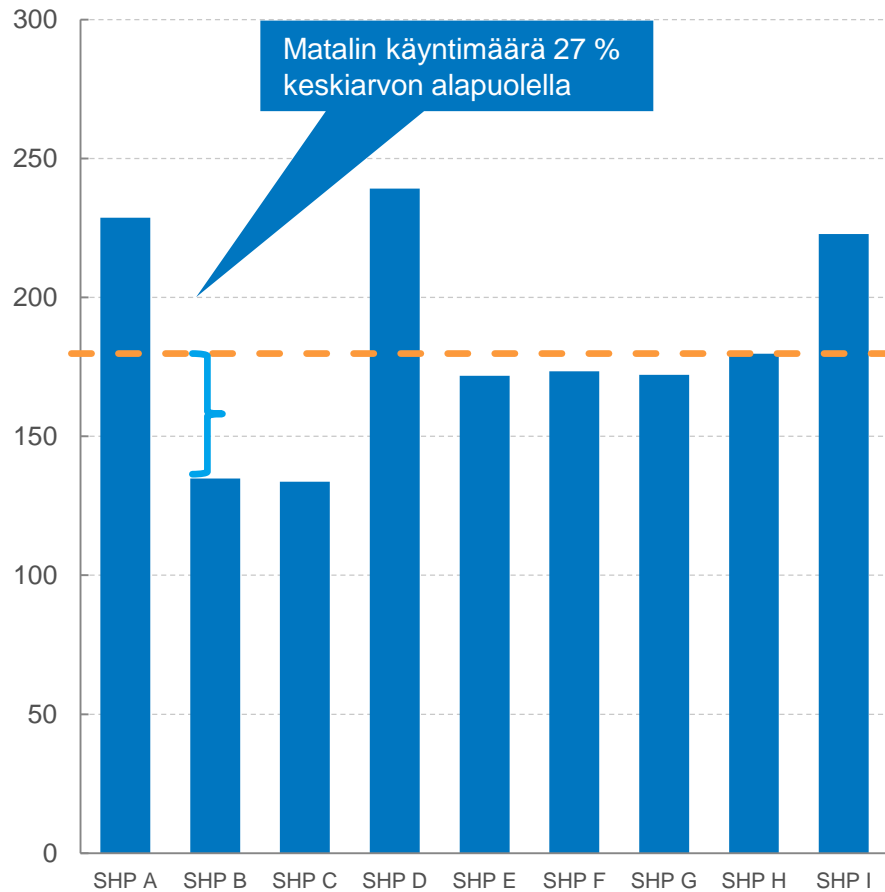


Poliklinikan potilaat per lääkärin työpanos

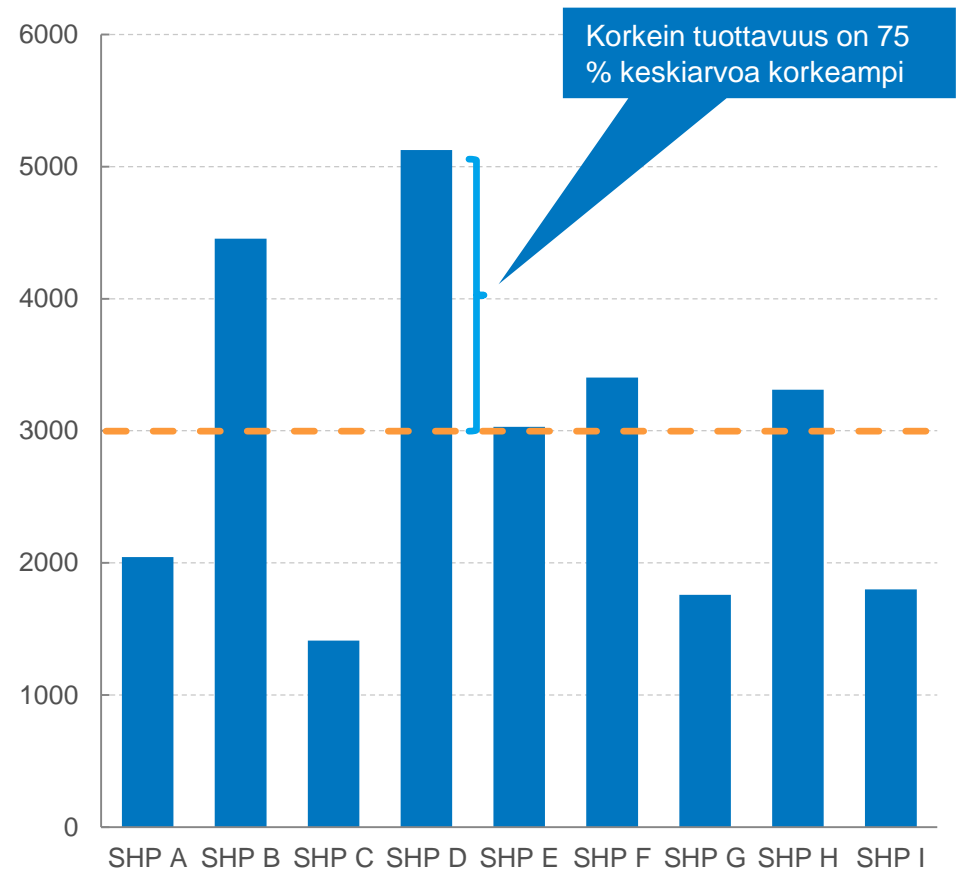


Myös sisätaudeilla poliklinikoiden käyntimäärät ja tuottavuus vaihtelevat, vaikka sairastavuus ja ikärakenne huomioitaisiin

Sisätautien käynnit / 1000 asukasta, tarvevakioitu

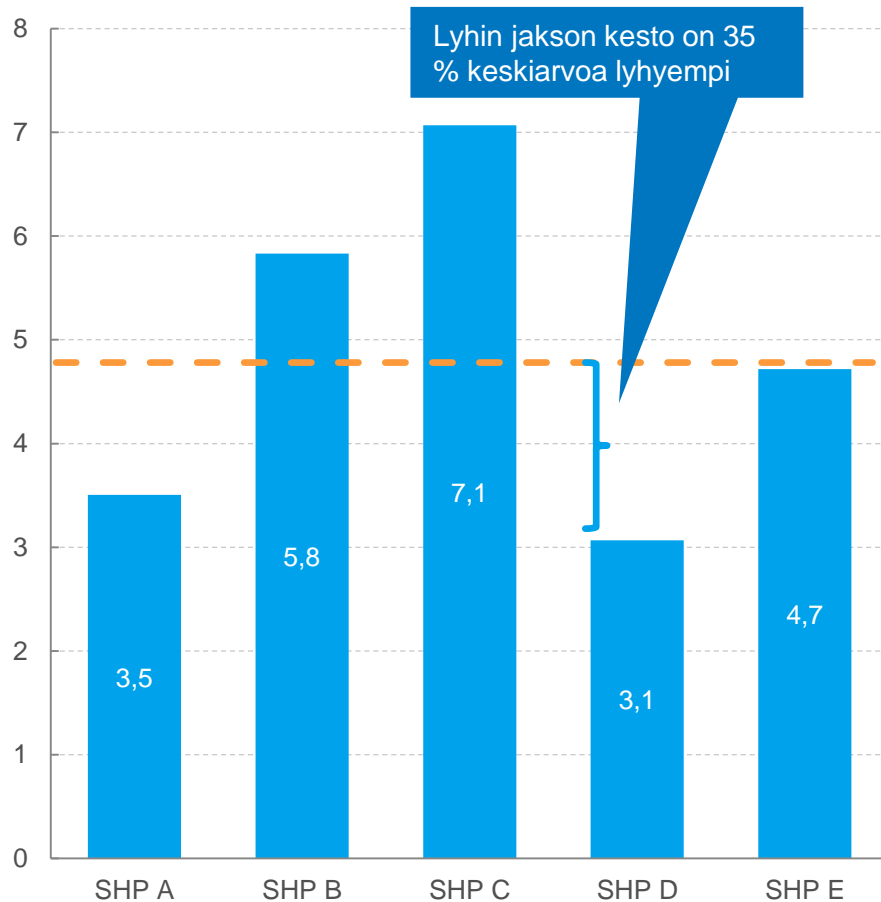


Sisätautien poliklinikoiden käynnit / hoitaja-HTV:t

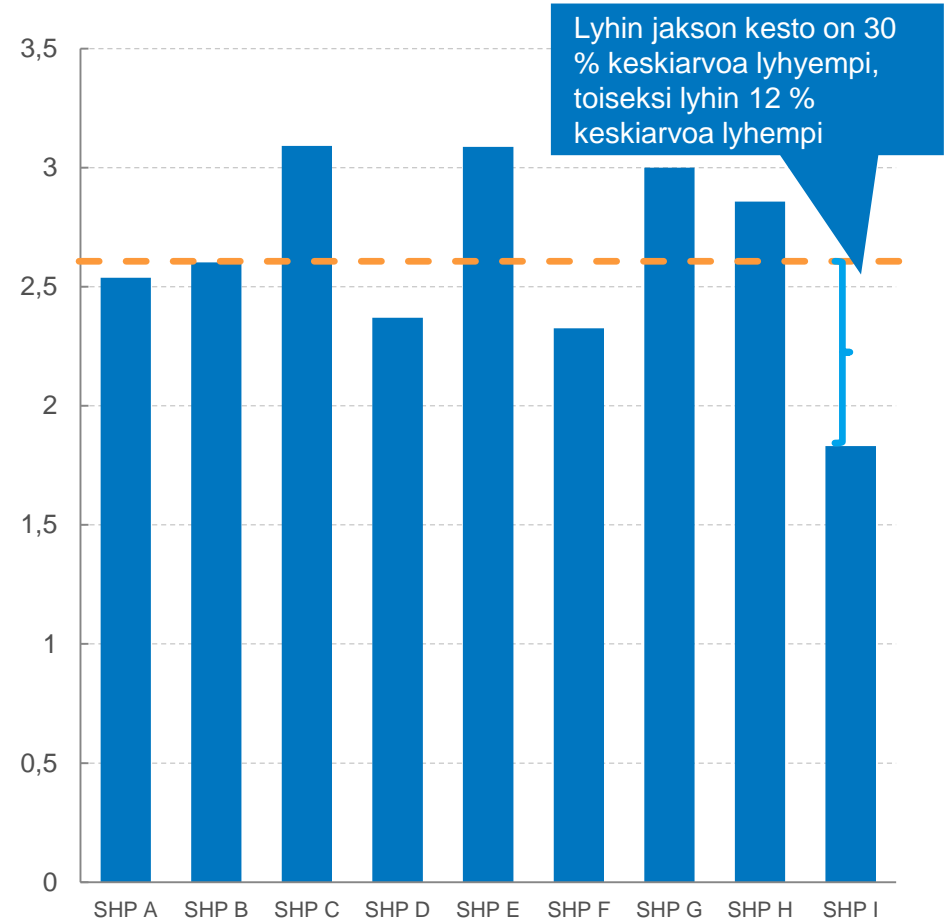


Elektiivisten hoitajaksojen kestoissa on merkittäviä eroja sairaaloiden välillä

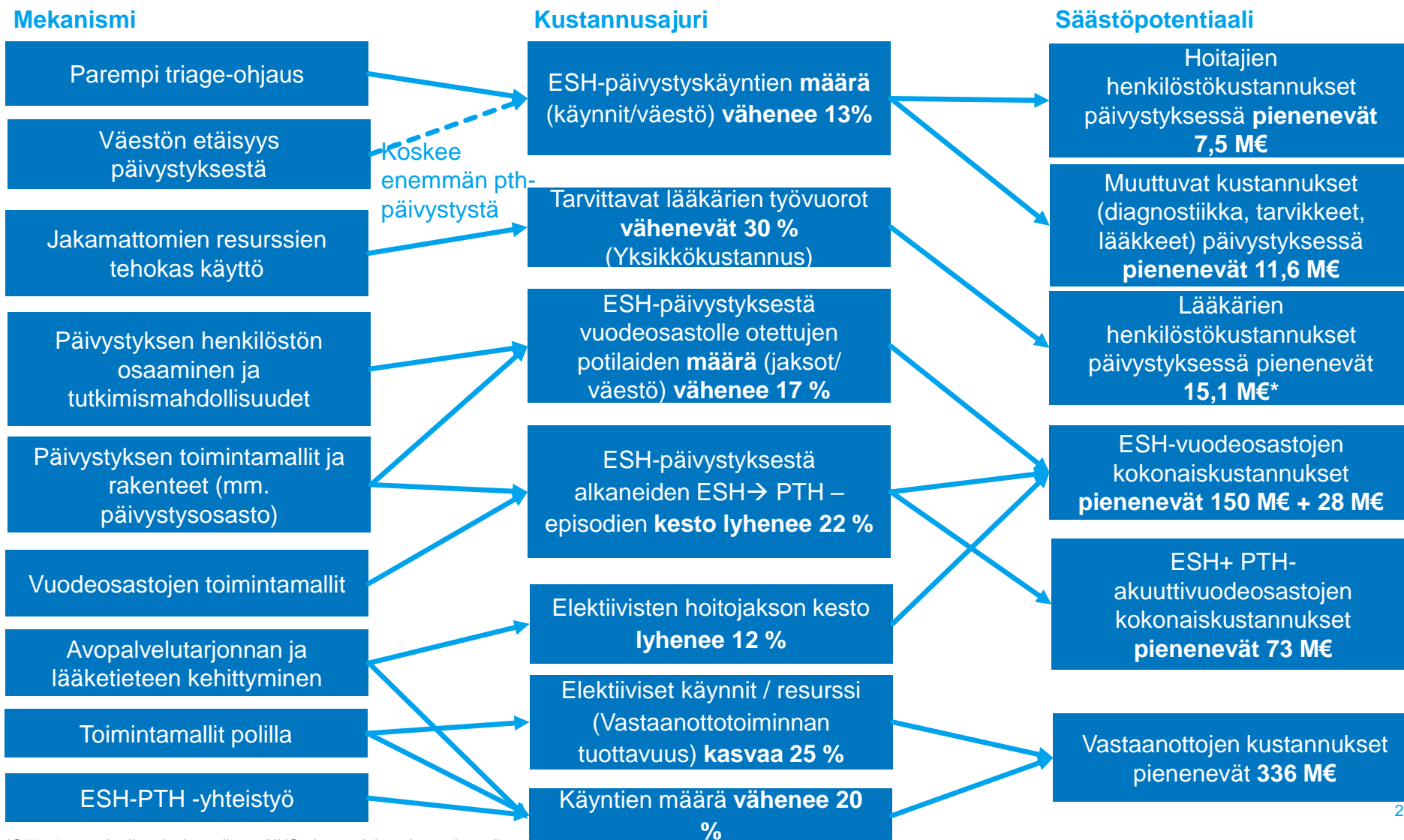
Syöpätautien elektiivisten jaksojen kestot, vrk



Sisätautien elektiivisten jaksojen kestot, vrk



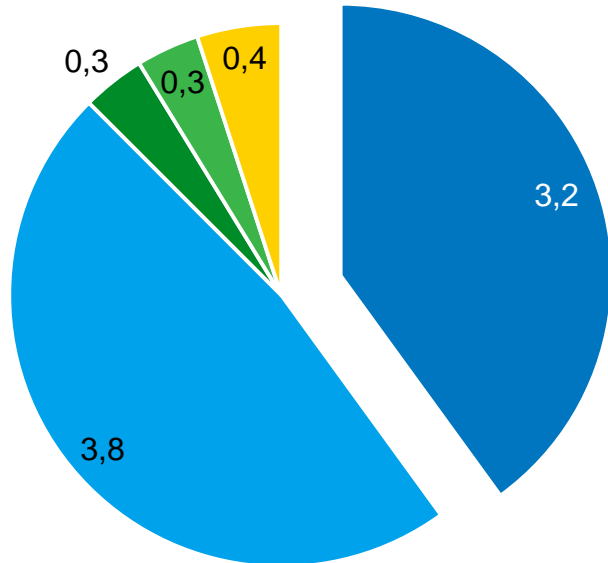
Erikoissairaanhoidon päivystyksen kustannussäästöt ovat 35 M€, lisäksi vuodeosastoilla säästöpotentiaalia 250 M€ ja poliklinikoilla 336 M€.



*Säästöpotentiaali on laskettu ilman HUS-aluetta, joka tulee tarkastella erikseen, kun päivystysjärjestelyt tarkentuvat

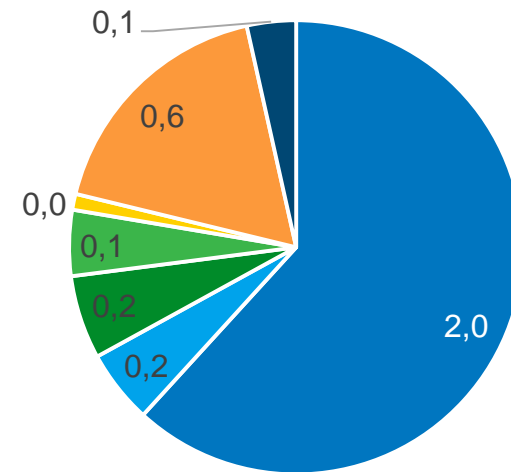
Operatiivisen toiminnan analyysi

Terveyspalveluiden nettokustannukset 8 mrd €



- Operatiivinen
- Konservatiivinen
- Päivystyspkl
- Synnytystoiminta
- Hammashuolto

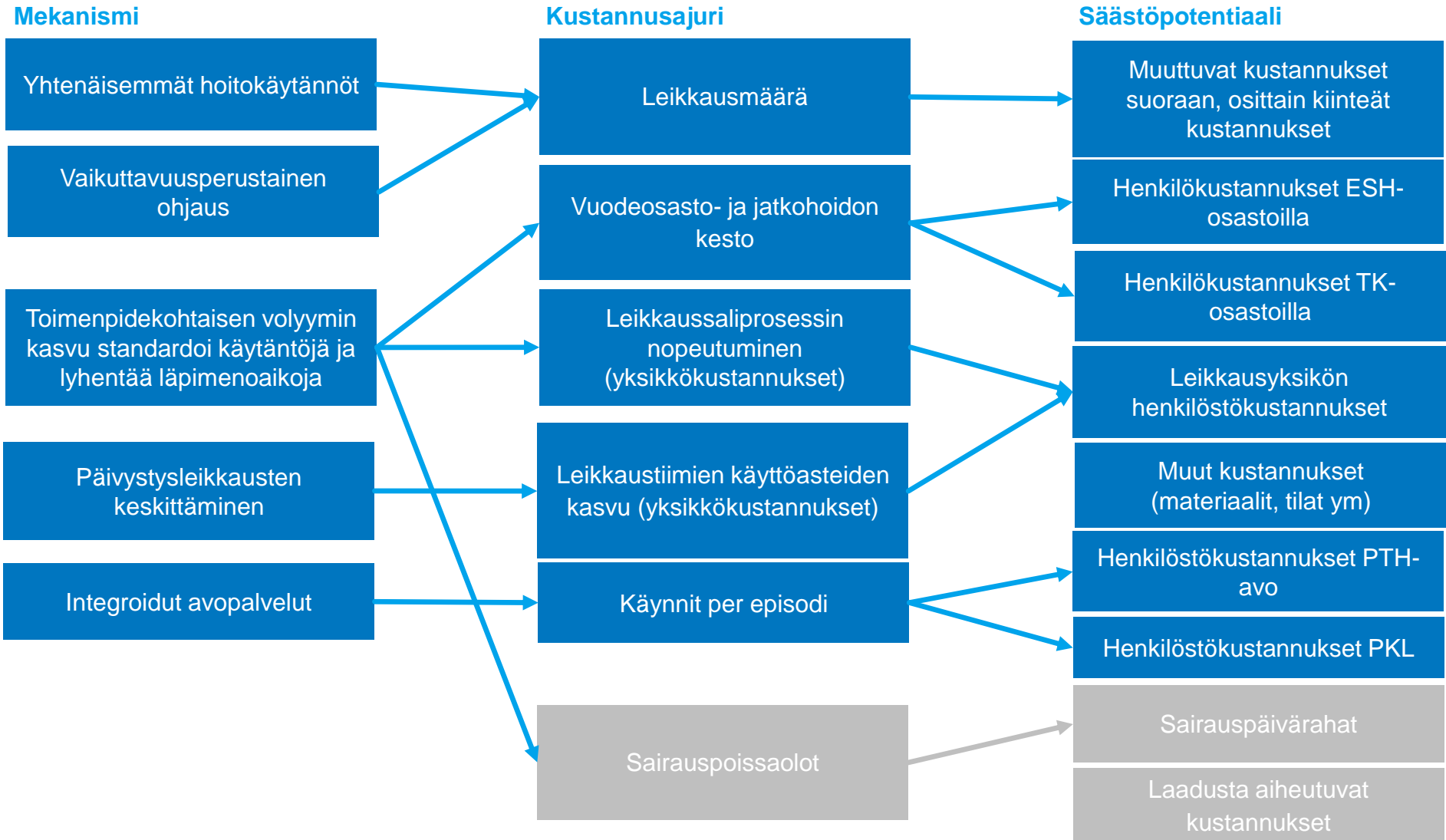
Operatiivinen toiminta nettokustannukset 3,2 mrd €



- Kirurgia ja neurokirurgia
- Naistentaudit
- Korva-, nenä- ja kurkkutaudit
- Silmätaudit
- Hammas- ja suusairaudet
- PTH avohoito (operatiiviseen liittyvä)
- PTH vos (kuntoutus)

- Operatiivisen hoidon kustannukset erikoissairaanhoidossa ovat n. 2,5 mrd € ja perusterveydenhuollon operatiiviseen toimintaan liittyvät kustannukset n. 0,7 mrd €

Kuvaus operatiivisen toiminnan säästöpotentiaalin laskennasta



Kirurgian skaalamekanismit

- Tutkimustiedon pohjalta sairaalan toimenpidekohtaisen volyymin kasvattaminen vaikuttaa:
 - Hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen ja toimintaprosessien standardointiin
 - Laatuun ja vaikuttavuuteen parantavasti lukuisissa eri toimenpideryhmissä
 - Hoitajaksojen 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

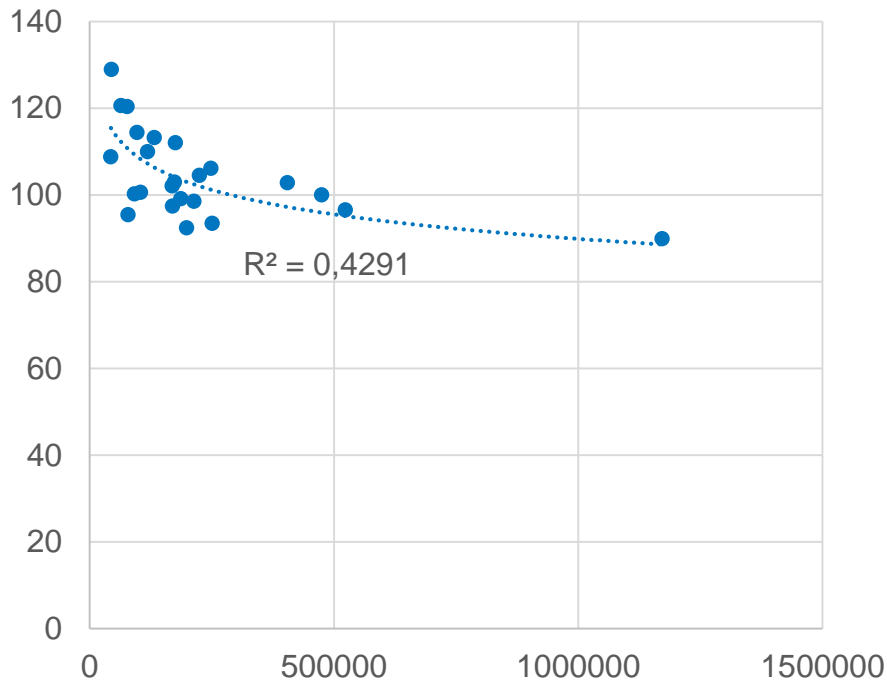
- Elektiiviseen kirurgiaan voidaan ajatella soveltuvan esimerkiksi tekonivelkirurgia
- Suomen artroplastiayhdistyksen Hyvä hoito tekonivelkirurgiassa 2015 julkaisun mukaan
 - **Useissa tutkimuksissa suuren volyymin yksiköissä tulokset ovat olleet pienen volyymin yksiköitä parempia**
 - Voidaan arvioida, 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.
 - 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.
 - 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, Fahlman 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.

- 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)
 - Billingsleyn 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

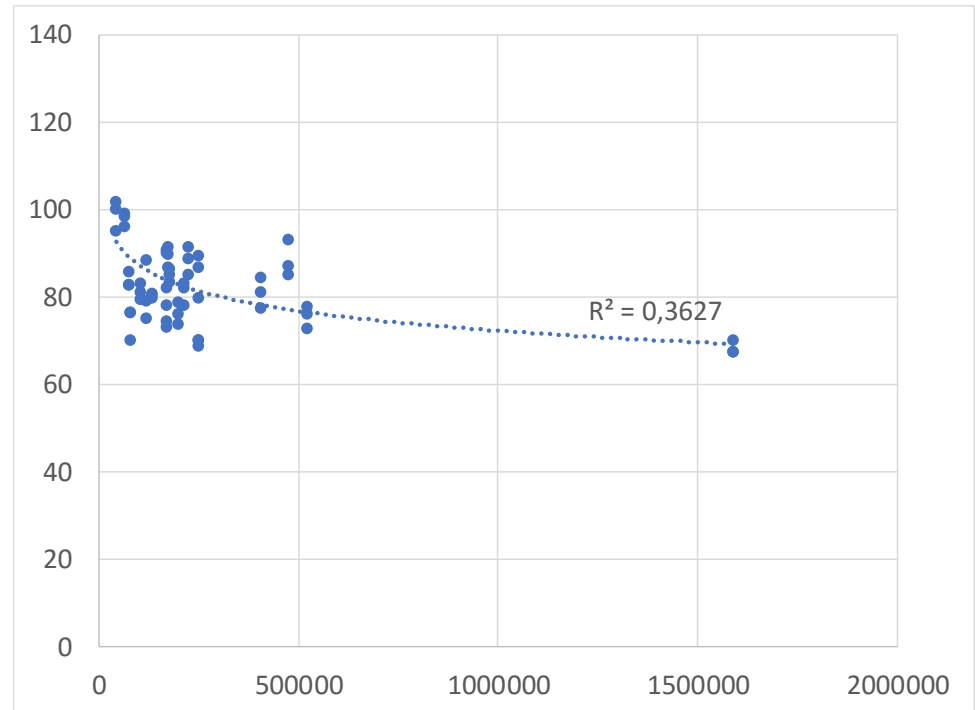
- Myös kirurgin toimenpidekohtaisella volyymilla merkitystä laadun kannalta, esimerkiksi syöpäkirurgiassa
 - Harmon JWTang DGGordon TA et al. Hospital volume can serve as a surrogate for surgeon volume for achieving excellent outcomes in colorectal resection. *Ann Surg* 1999;230404- 413
 - Schrag DPanageas KSRiedel E et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictors of outcome following rectal cancer resection. *Ann Surg* 2002;236583- 592
 - Porter GASoskolne CLYakimets WWNewman SC Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Ann Surg* 1998;227157- 167
 - Birkmeyer JDLucas FLWennberg DE Potential benefits of regionalizing major surgery in Medicare patients. *Eff Clin Pract* 1999;2277- 283
 - Gordon TABowman HMTielsch JMBass EBBurleyson GPCameron JL Statewide regionalization of pancreaticoduodenectomy and its effect on in-hospital mortality. *Ann Surg*1998;22871- 78
 - Birkmeyer JDStukel TASiewers AEGoodney PPWennberg DELucas FL Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;3492117- 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

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

Kirurgian alueelliset episodit per väestö 2014
(sairaanhoitoalueet)



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

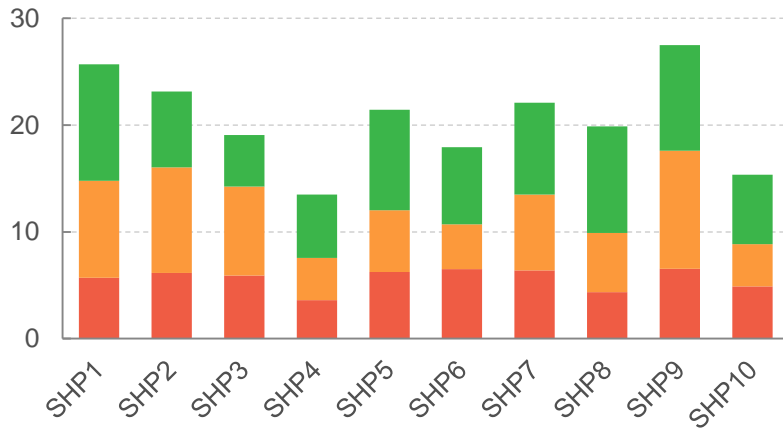


- Pienemmän väestöpohjan alueilla episodeja 15-20 % enemmän kuin suuren väestöpohjan alueilla
- Mahdollisia mekanismeja:
 - Hoitokäytäntöjen vaihtelut
 - Pieni väestöpohja vaatii suhteellisesti enemmän resurssia päivystystoiminnan pitämiseksi → leikkauskapasiteettia olemassa

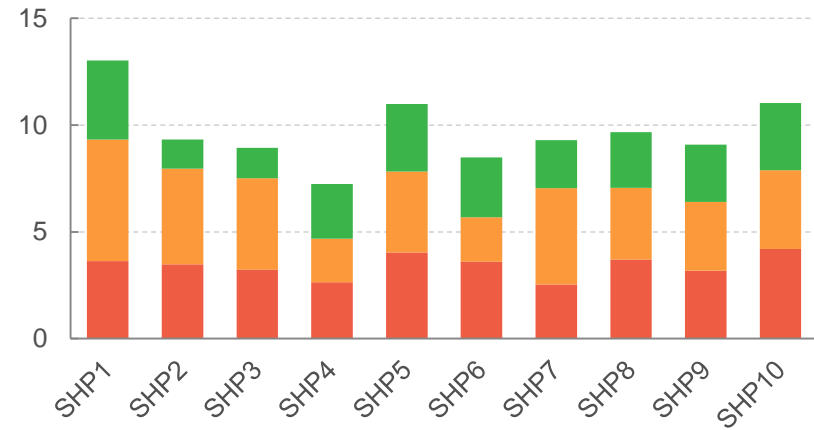
Leikkaukset per 1000 asukasta

Päivystys | Elekt-vos | Päiki

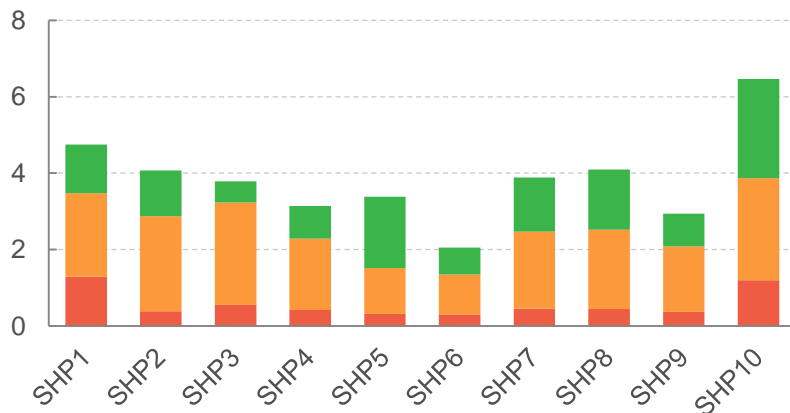
Ortopedia



Gastrokirurgia

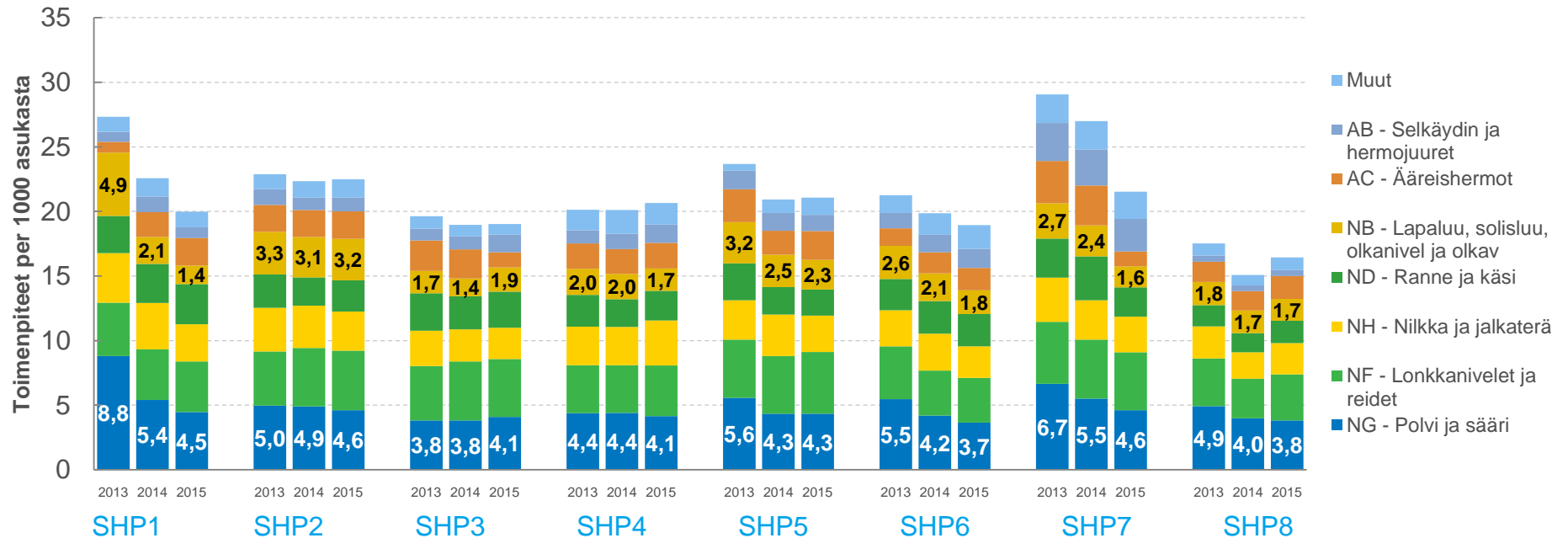


Urologia



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

Esimerkki Ortopedian toimenpidemäärien eroista suhteessa väestöön



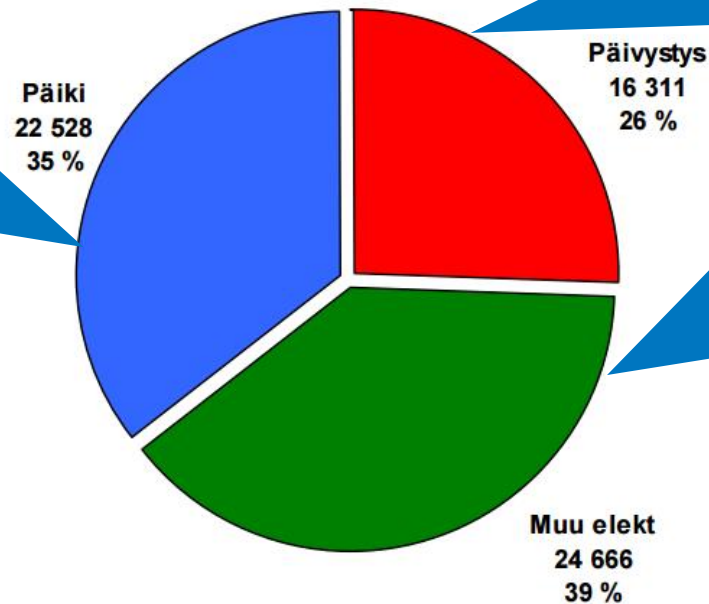
- Näyttää, että toimenpidemäärien erot kaventuneet mm. polvi- ja olkapääleikkausten vähennyttyä Järvisen ym. polvitutkimusten julkaisemisen jälkeen (2013)
- Voitaneen olettaa, että ainakin osin Benchmark-tiedolla ja näyttöön perustuvilla yhtenevillä käytännöillä saadaan kavennettua toimenpiteiden esiintyvyyseroja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

Kirurgian segmentit ja hyvät käytännöt



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS

HYKS Operatiivinen tulosyksikkö Vuosi 2011 - leikkaukset yht. 63 500



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

- 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. tekonivelkirurgia), joiltain osin vaatii integrointia (esim. syöpäkirurgia)
- Erityishuomio työkyvyttömyyteen ja läpimenoaikaan → integroitu rahoitus ja hoitoketju
- Esimerkki hyvästä käytännöstä Coxa, KSSHP

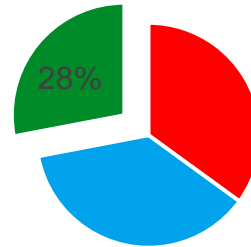
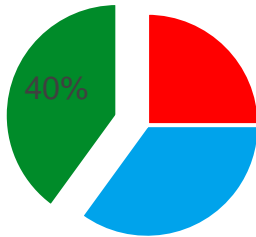
Karkea kuvaus kustannusjaosta ja mahdollisista säästömekanismeista

ESH Volyymit

ESH kustannukset

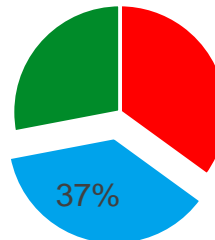
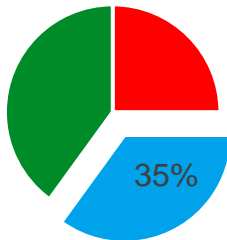
Mistä säästyy?

PÄIKI



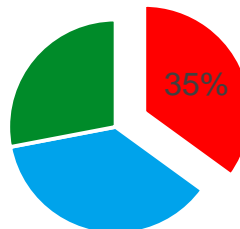
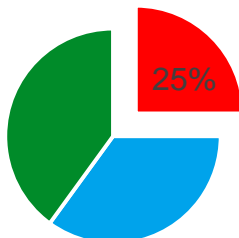
- Suurin potentiaali sairauspoissaoloissa
- Leikkausmäärien vähentyminen käytäntöjen yhtenäistyessä
- Yksikkökohtaisen volyymin kasvu vähentää yksikkökustannuksia leikkausyksikössä

RASKAS ELEKTIIVINEN



- Potentiaalia sairauspoissaoloissa ja hoitoajoissa (esh ja muut palvelut)
- Leikkausmäärien vähentyminen käytäntöjen yhtenäistyessä

PÄIVYSTYS

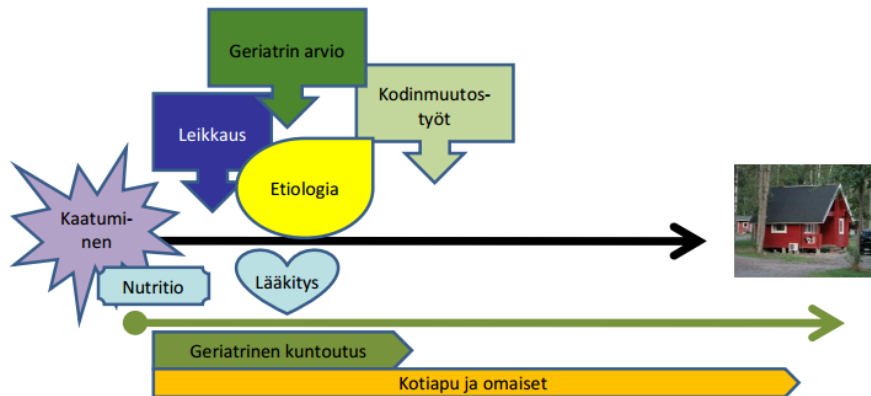


- Suurin potentiaali hoitoketjun lyhentämisessä (esh ja muut palvelut)
- Potentiaalia sairauspoissaoloissa
- Keskittäminen kasvattaa päivystystoiminnan käyttöasteita leikkaussaleissa

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

 HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

LONKKAMURTUMAPOTILAIDEN INTEGROITU HOITOKETJU Jorvin sairaalan ”lonkkaliikumäki”



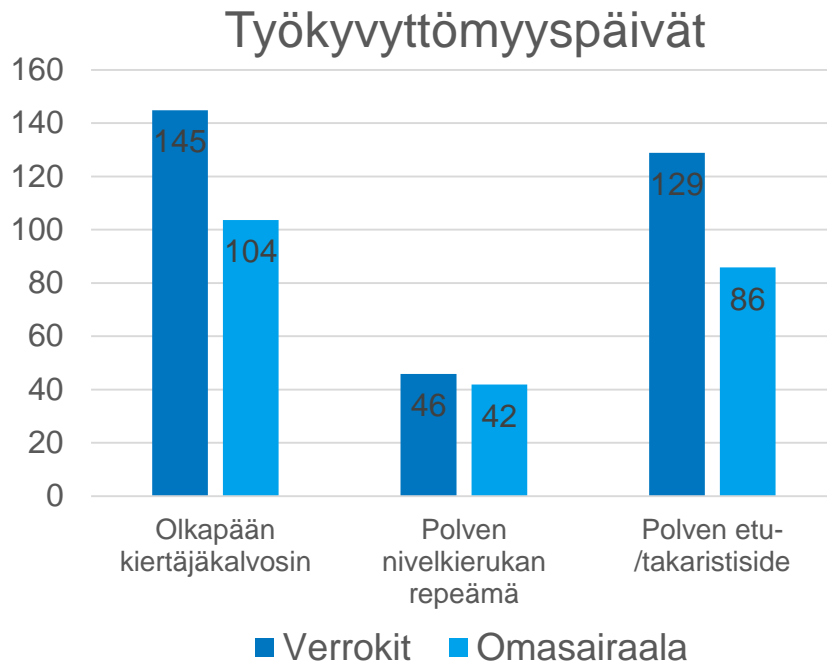
- Onko kokonaihoitoaika mahdollista lyhentää?

- Kokonaihoitoaika lyheni 24,3 vrkhn.
 - 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

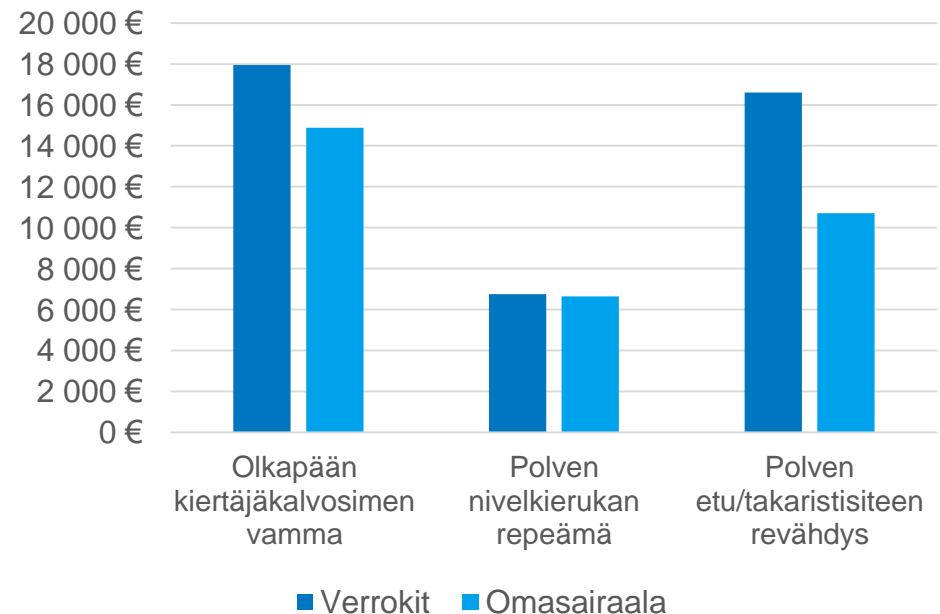
Kuva: Jukka Louhija

Pohjola Omasairaala on vähentänyt työkyvyttömyyspäiviä ja alentanut kustannuksia 20 %

Työkyvyttömyyspäivät



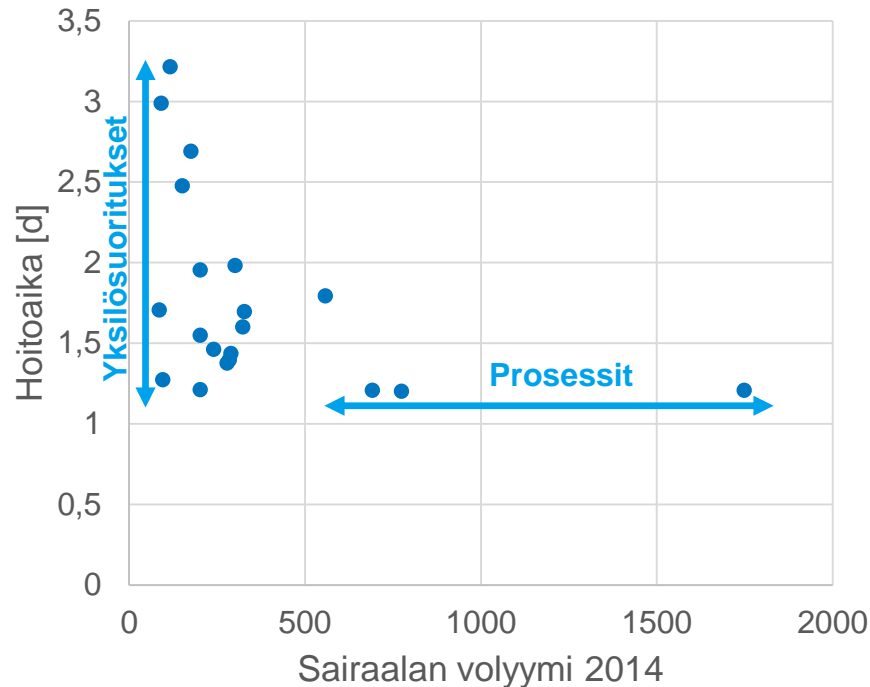
Kokonaiskustannukset sisältäen sairauspoissaolosta aiheutuneet kustannukset



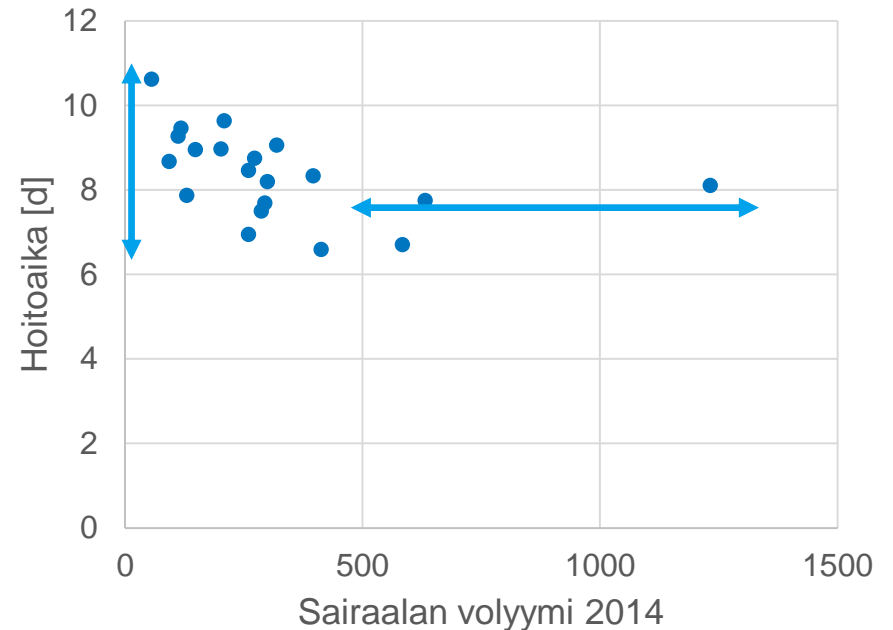
- Huomion siirtäminen leikkaustoimenpiteistä terveysongelmiin ja työkykyyn
- Tulokset kirittäneet jo muita yksityisiä palveluntuottajia (kilpailu), julkisia toimijoita vähemmän.
- Hyvät käytännöt
 - Yksikanavainen rahoitus, Yksilölliset sairauslomat, Työmestari integroi toimia hoidon ja töihin paluun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

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

Rintasyöpäleikkausten hoitoajat



Laajojen paksu- ja peräsuolileikkausten hoitoajat



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

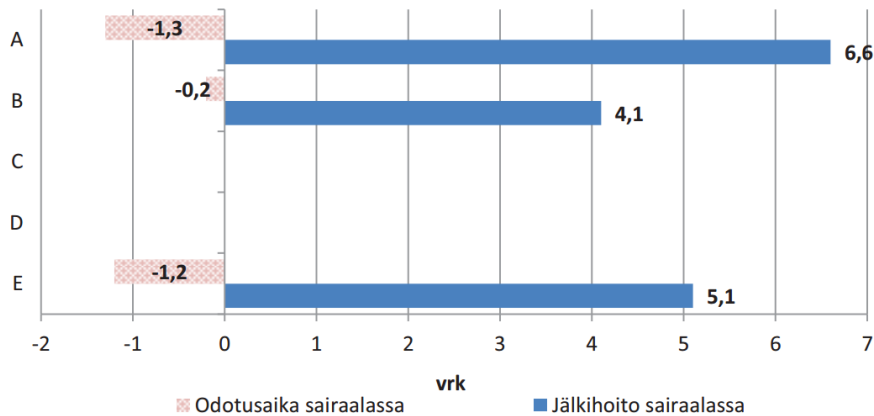
Hoitoaikojen kestoissa suurta vaihtelua kaikissa suurissa toimenpideryhmissä

	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
Lonkamurtuma	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

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

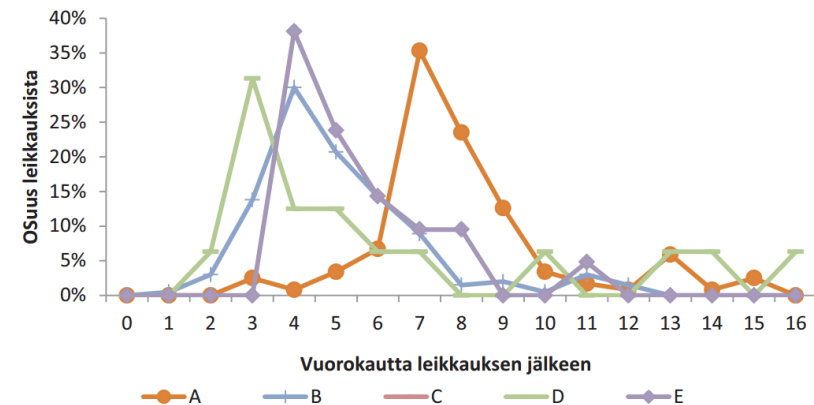
Muussa operatiivisessa toiminnassa mekanismit samankaltaisia kuin kirurgiassa

Esimerkki: kohdunpoistoleikkausten hoitoajoista



Kuva 45. Syöpäpotilaiden keskimääräinen odotusaika ja jälkihoito sairaalassa.

Sairaaloissa omiin käytäntöihin perustuva tietty ”kotiutuspäivä”



Kuva 46. Syöpäpotilaiden jälkihoidon keston jakaumat sairaaloittain – avoleikkaukset.

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

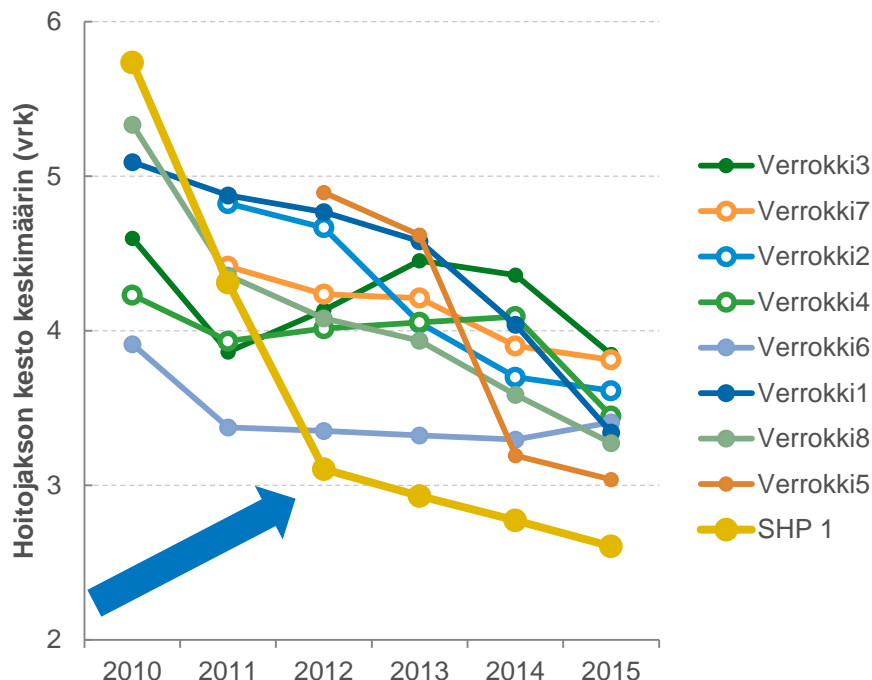
Tekonivelleikkausten osalta optimaalinen tuotantoyksiköiden määrä on Suomessa 7-10 välillä

- 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

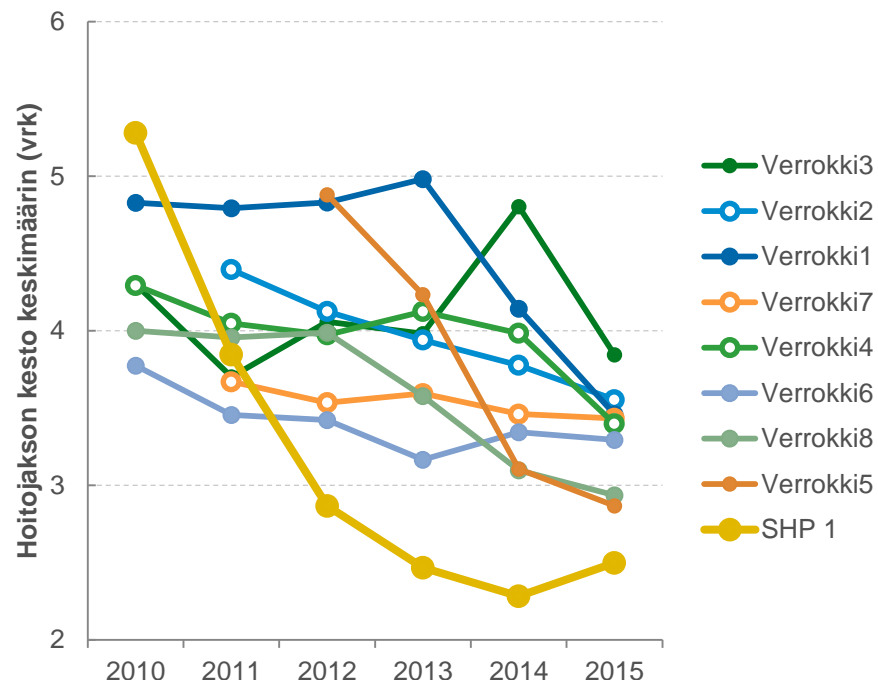
Centralized network	Decentralized network	No of hospitals	Total Cost	Difference to optimal
High population density	Low population density	1	204 065 373 €	15 586 490 €
Low incidence of disease	High incidence of disease	2	197 023 465 €	8 544 582 €
High economy of scale in service quality	Low economy of scale in service quality	3	194 260 484 €	5 781 601 €
Distance not affecting patient safety	Short distance crucial to patient safety	4	191 906 046 €	3 427 163 €
One visit service	Care episode consists of several visits	5	190 465 545 €	1 986 662 €
High production costs	Low production costs	6	189 455 225 €	976 342 €
High economy of scale in production costs	Low economy of scale in production costs	7	188 478 883 €	0 €
← Shared resources with other services →		8	188 949 005 €	470 123 €
Examples:		9	189 067 776 €	588 893 €
Hip and knee replacements	Minor traumas			
Cataract surgery	Uncomplicated diabetes			

Onko realistista benchmarkata suhteessa parhaisiin?

Elektiivinen NGB - polven tekoniivel



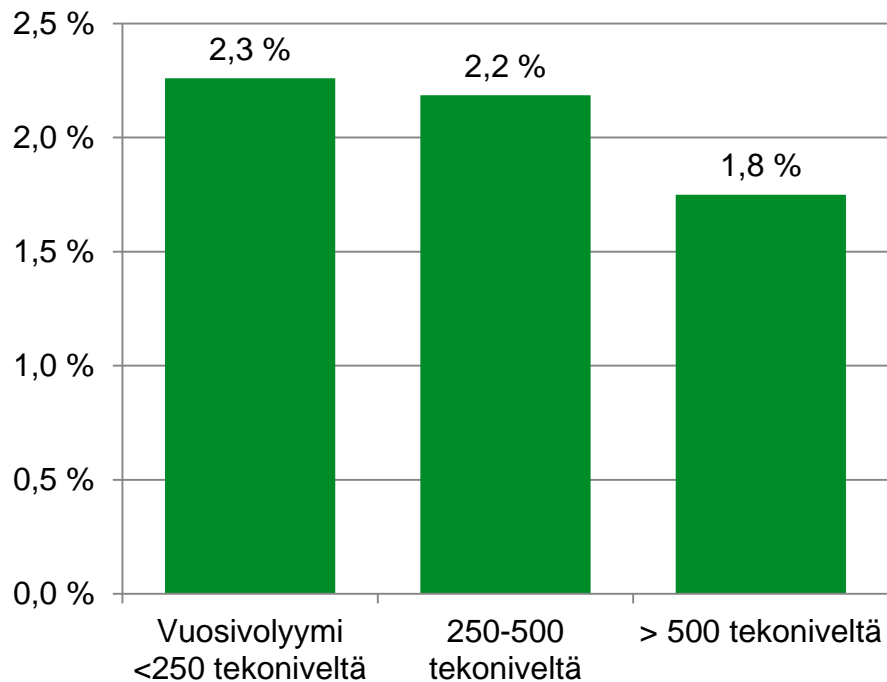
Elektiivinen NFB30-99 – lonkan tekoniivel



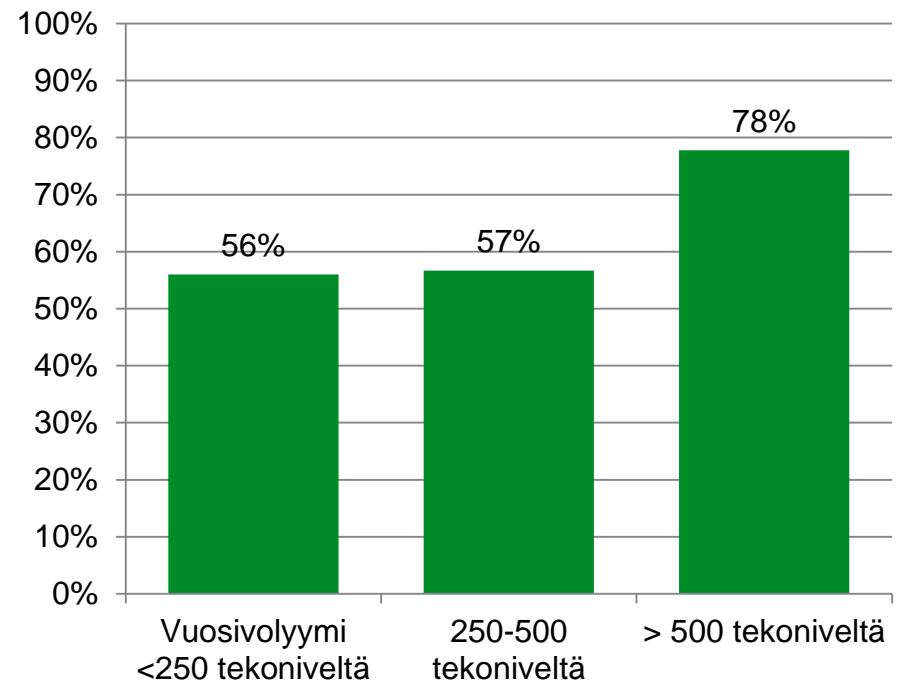
- SHP 1 alkoi vuoden 2010 tulosten pohjalta (pisimmät hoitoajat) kehittää fast track –prosessia tekoniivelkirurgiaan
 - Omaksumalla yksittäisiä parhaita käytäntöjä eri prosesseista ja yhdistelemällä niitä, SHP 1:n prosessi nopeutui selvästi lyhyemmäksi kuin muilla
 - Hyvät käytännöt koottu Suomen artroplastiayhdistyksen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

Jos tekonivelleikkausten 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.

Taulukko 4. Lonkkaproteeseja uusivat sairaalat proteesimäärien mukaan 2000 - 2013

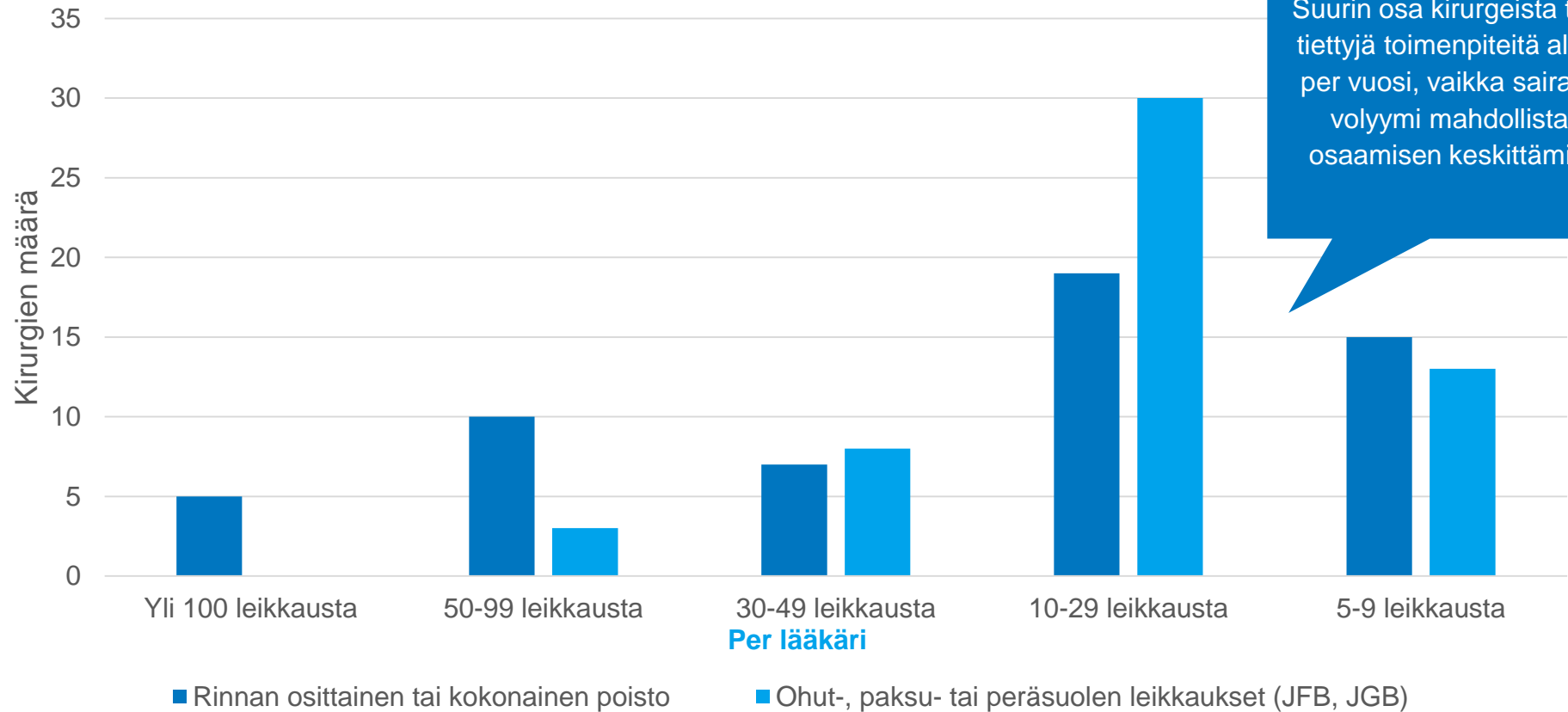
Lonkkaproteesin uusinnat/vuosi/sairaala	Vuosi				
	2000	2005	2010	2012	2013
yli 200	0	0	1	2	3
100-199	3	5	3	3	2
50-99	4	3	3	4	3
10-49	22	14	13	10	13
1-9	23	20	20	18	14
Yhteensä sairaaloita	52	42	40	37	35

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

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

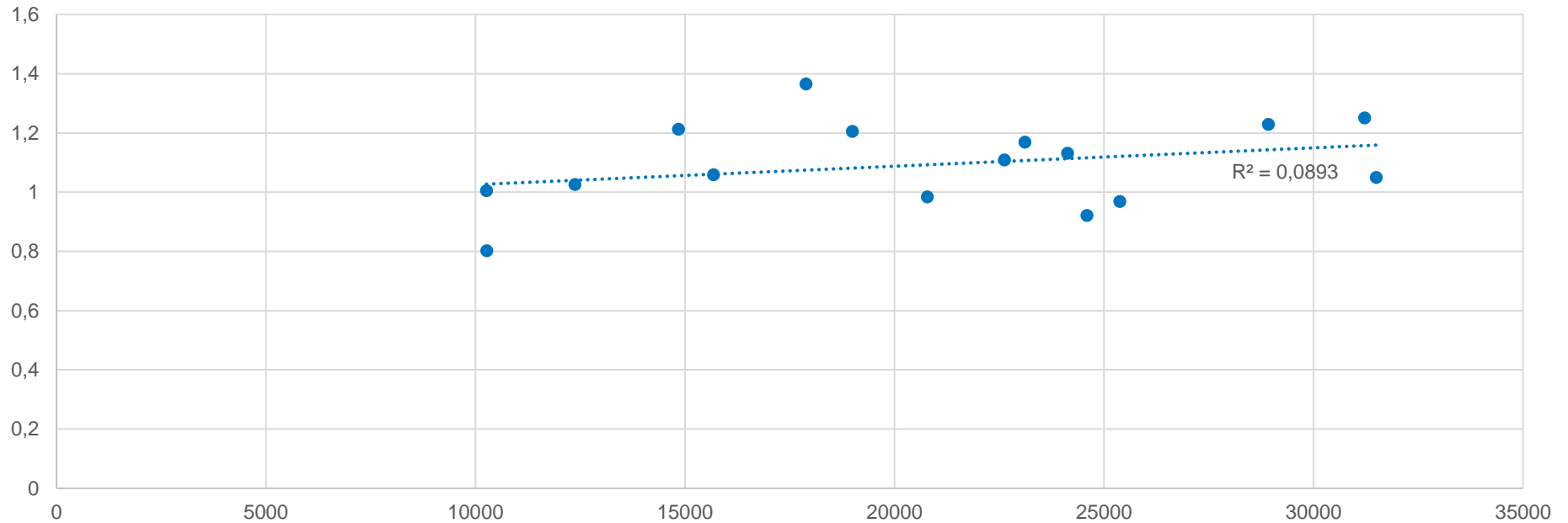
Kirurgikohtaiset vuosittaiset leikkausvolyymit kyseisten toimenpiteiden osalta kahdeksassa keskussairaalassa vuonna 2014



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

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 skaalaetuja: sairaaloiden toimenpidevalikoima laajenee sairaalan koon kasvaessa

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 lonkkaliukumäki, 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 → lähetteen 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)

Vaihtoehto 2. TOP-DOWN Päättely (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 % (Lonkkaliukumäki)

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

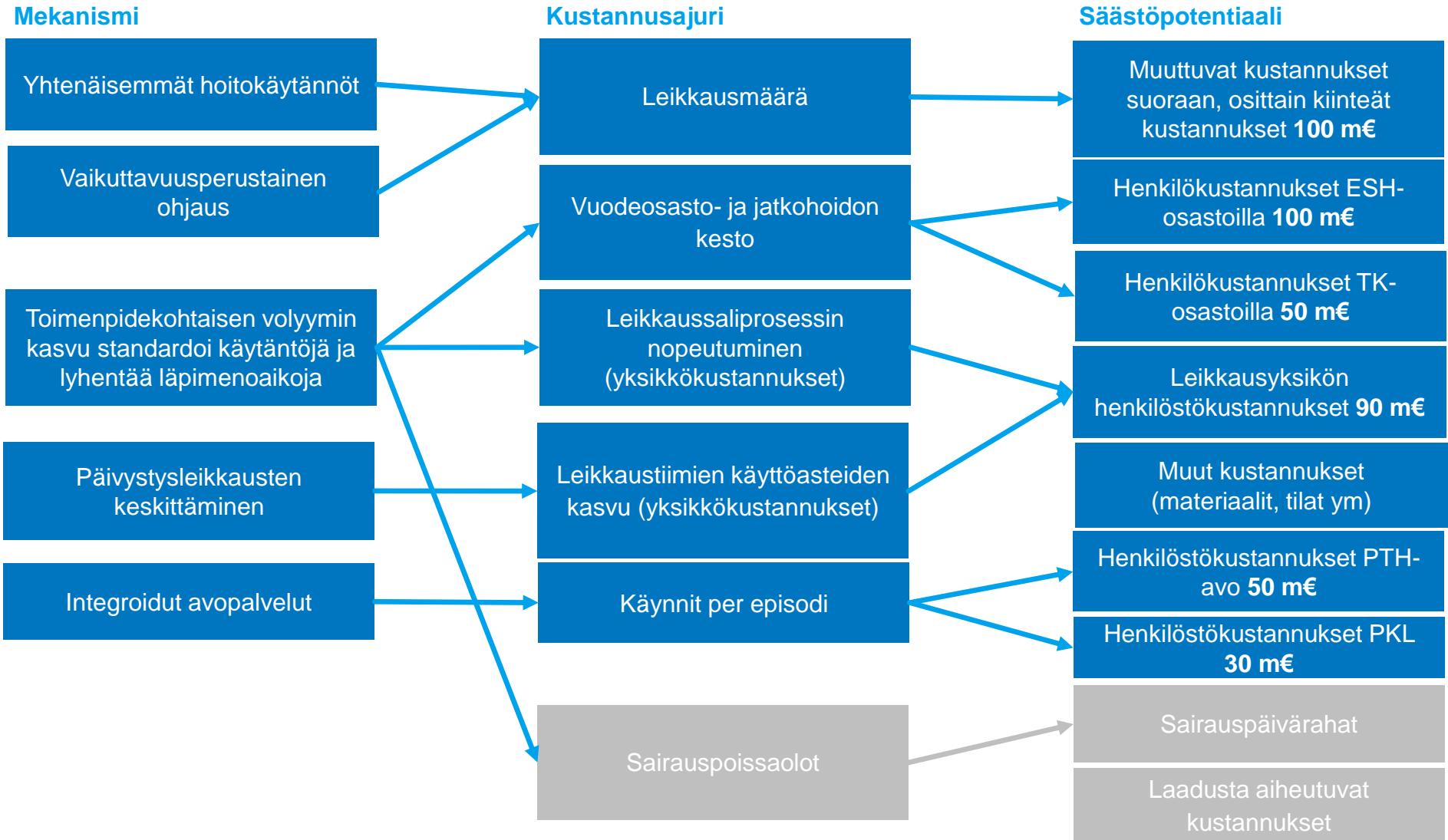
Vaihtoehto 2. Säästöpotentiaalilin laskenta TOP-down

- 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 **skaalaedut** huomioituna voidaan olettaa säästöpotentiaaliksi lisäksi **150-200 miljoonaa euroa**
- Hajontaa ei voida poistaa, mutta voidaan yhtäläillä olettaa, että kokonaisprosessin rakentaminen yksittäisistä parhaista käytännöistä saa aikaan nykyistä parasta kokonaisprosessia paremman lopputuloksen
 - Esimerkiksi KSSHP: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 päivitettyinä 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 volyymissuositukset toimenpidekohtaisesti

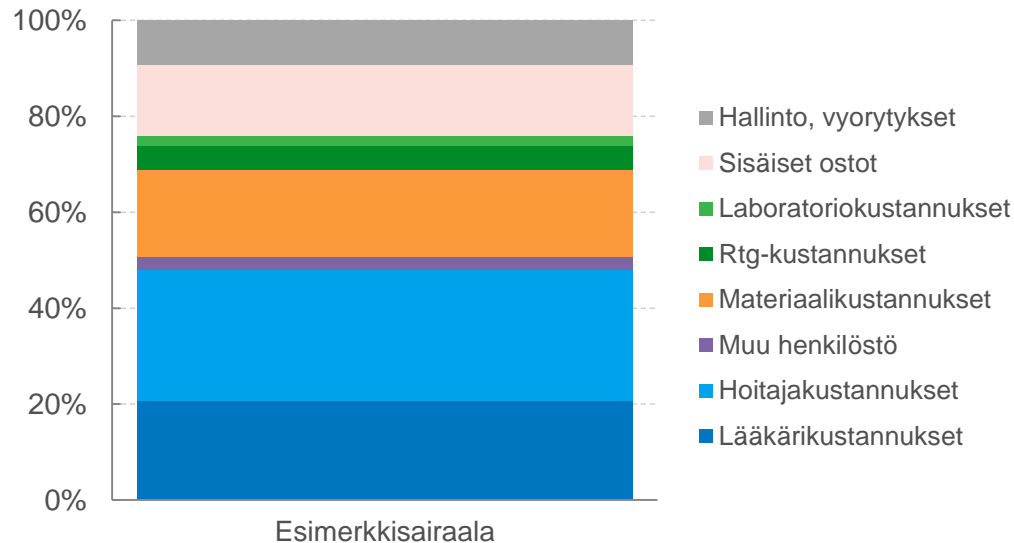
Kuvaus operatiivisen toiminnan säästöpotentiaalin laskennasta



Säästöjen realisointi: aluesairaaloiden kustannusrakenne

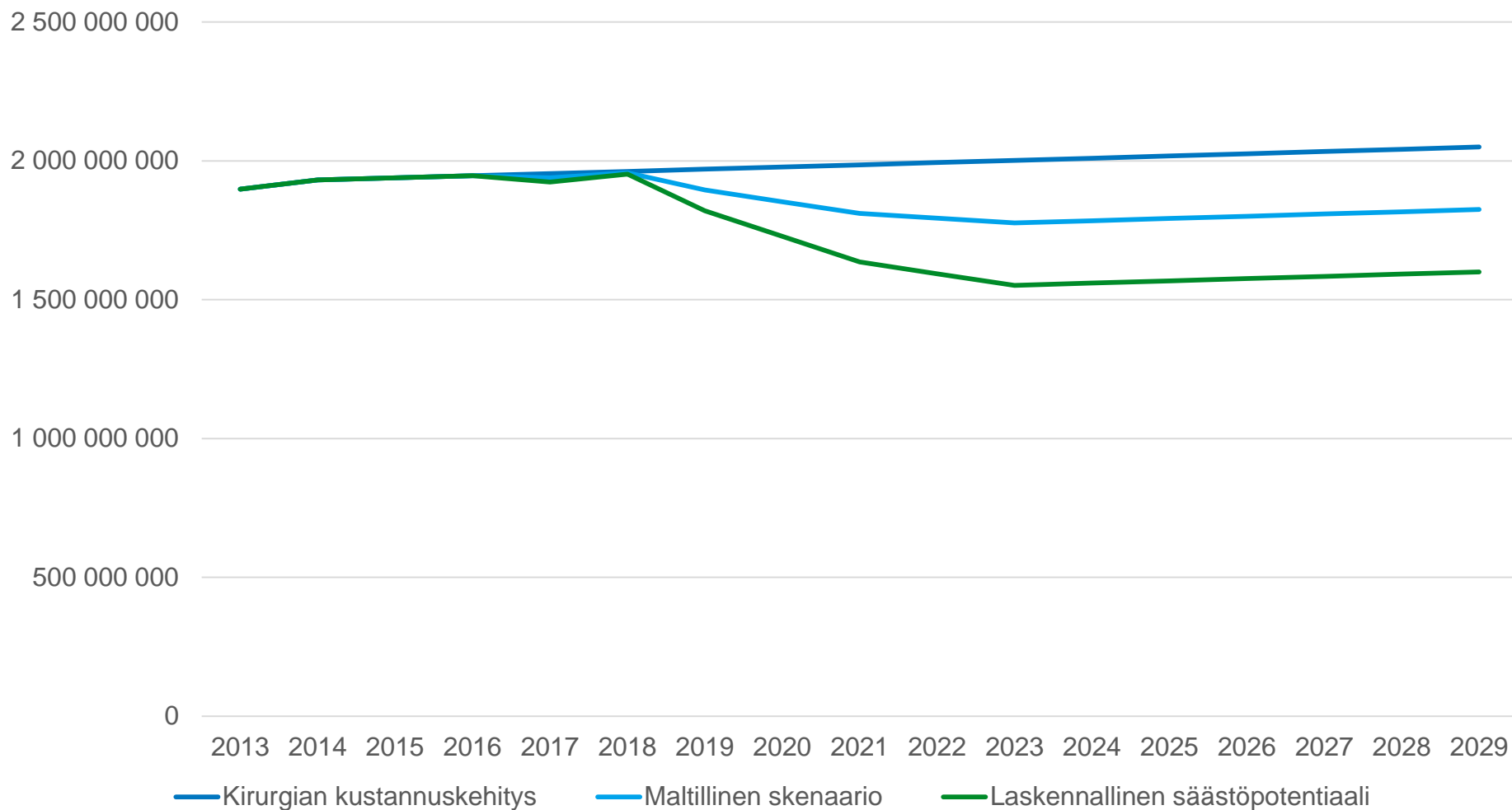
- Aluesairaaloissa somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset vaihtelevat tyypillisesti kokoluokassa 20 – 50 miljoonaa euroa
 - Operatiivisen toiminnan kustannukset vaihtelevat 10 – 30 miljoonaa euroon
- 16 arvioidun aluesairaalan operatiivisen toiminnan kustannukset olivat THL:n ja kuntaliiton kustannustietojen 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

Operatiivisen toiminnan kustannusjakauma



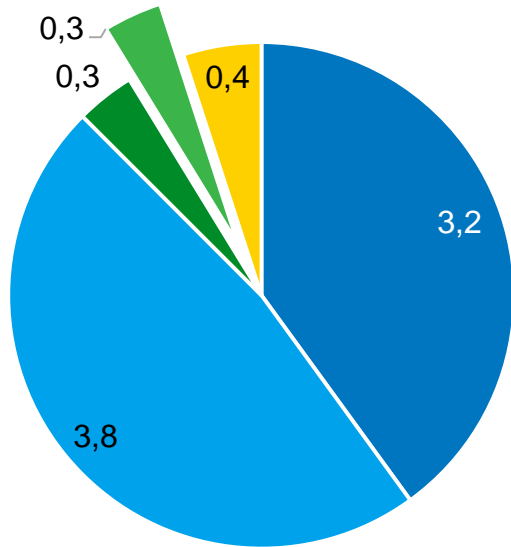
Sairaala	Operatiivisen toiminnan kustannukset THL 2014
Valkeakoski	12 m€
Vammala	6 m€
Länsi-Uusimaa	16 m€
Porvoo	27 m€
Lohja	32 m€
Oulaskangas	18 m€
Loimaa	12 m€
Salo	18 m€
Turunmaa	7 m€
Uusikaupunki	10 m€
Iisalmi	8 m€
Rauma	11 m€
Pieksämäki	5 m€
Pietarsaari	8 m€
Jämsä	8 m€
Raahel	9 m€

Kirurgian säästöskenaariot



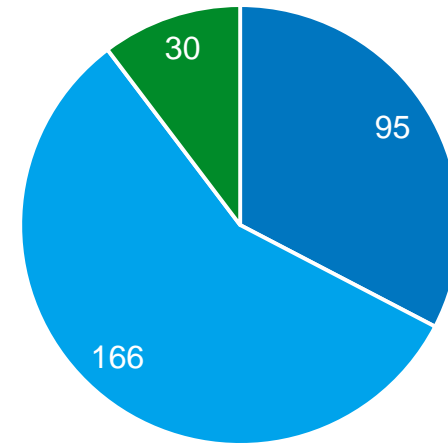
Synnytystoiminnan analyysi

Terveyspalveluiden nettokustannukset 8 mrd €



- Operatiivinen
- Konservatiivinen
- Päivystyspkl
- Synnytystoiminta
- Hammashuolto

Synnytystoiminta nettokustannukset 300 m€



- Äitiyspkl
- Synnyttäneiden vuodeosasto
- Keskosten hoito

- 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 kotisynnytysten 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 regional-ized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of the delivery units in Hesse, Germany 1990-1999.

Lehtinen Å, Mäkelä J, Leipälä J, Pennanen P, Vala U, Halmesmäki E. Synnytysten hoitoa koskevat kantelut ja lausuntopyynnöt: Eniten kanteluita TEO:lle riskisynnyttäjien 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

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

Perustuen Venesmaan 2011 tutkimukseen

Laskelmien taustalla olevat oletukset

- Synnytys sairaalan 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 synnytysvolyyymien 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 synnytys sairaalan mallissa (Venesmaa 2011)

Sairaala	Synnyt ykset /vuosi	Salien määrä	Kätilöid en määrä	Gyneko logien määrä	Kustan nukset (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 päivystävässä 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

Synnytysten säästöpotentiaalin toteutumisen edellytykset

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

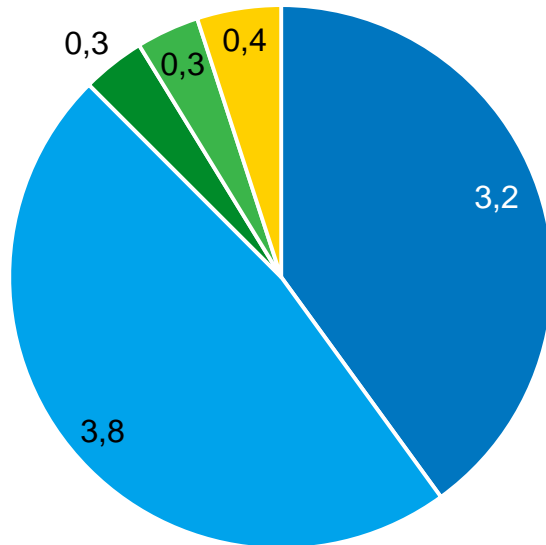
- Tällä hetkellä synnytystoimintaa on 28 sairaalassa (THL 2014: 29 sairaalaa; Pietarsaareissa sen jälkeen loppunut). Näistä yli 1000 synnytystä on 20 sairaalassa. Jatkossakin on mahdollista saada poikkeuslupia, joten laskelmissa on oletettu 21 synnytysairaala*.
- Venesmaan (2011) tutkimuksessa on mallinnettu 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

Synnytys toiminnan 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 synnytysiä 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

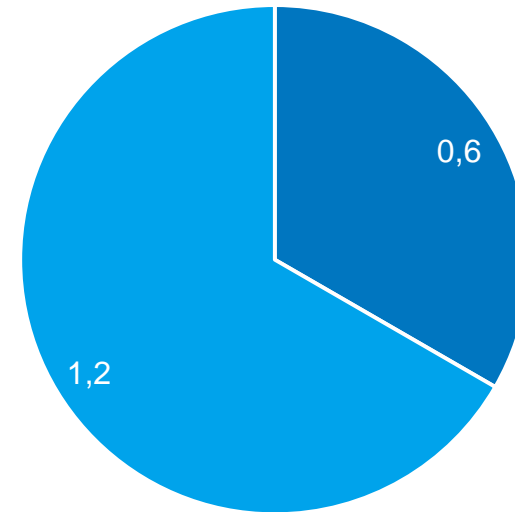
Perusterveydenhuollon avohoidon toiminnan analyysi

Terveyspalveluiden kustannukset



- Operatiivinen
- Konservatiivinen
- Päivystyspkl
- Synnytystoiminta
- Hammashuolto

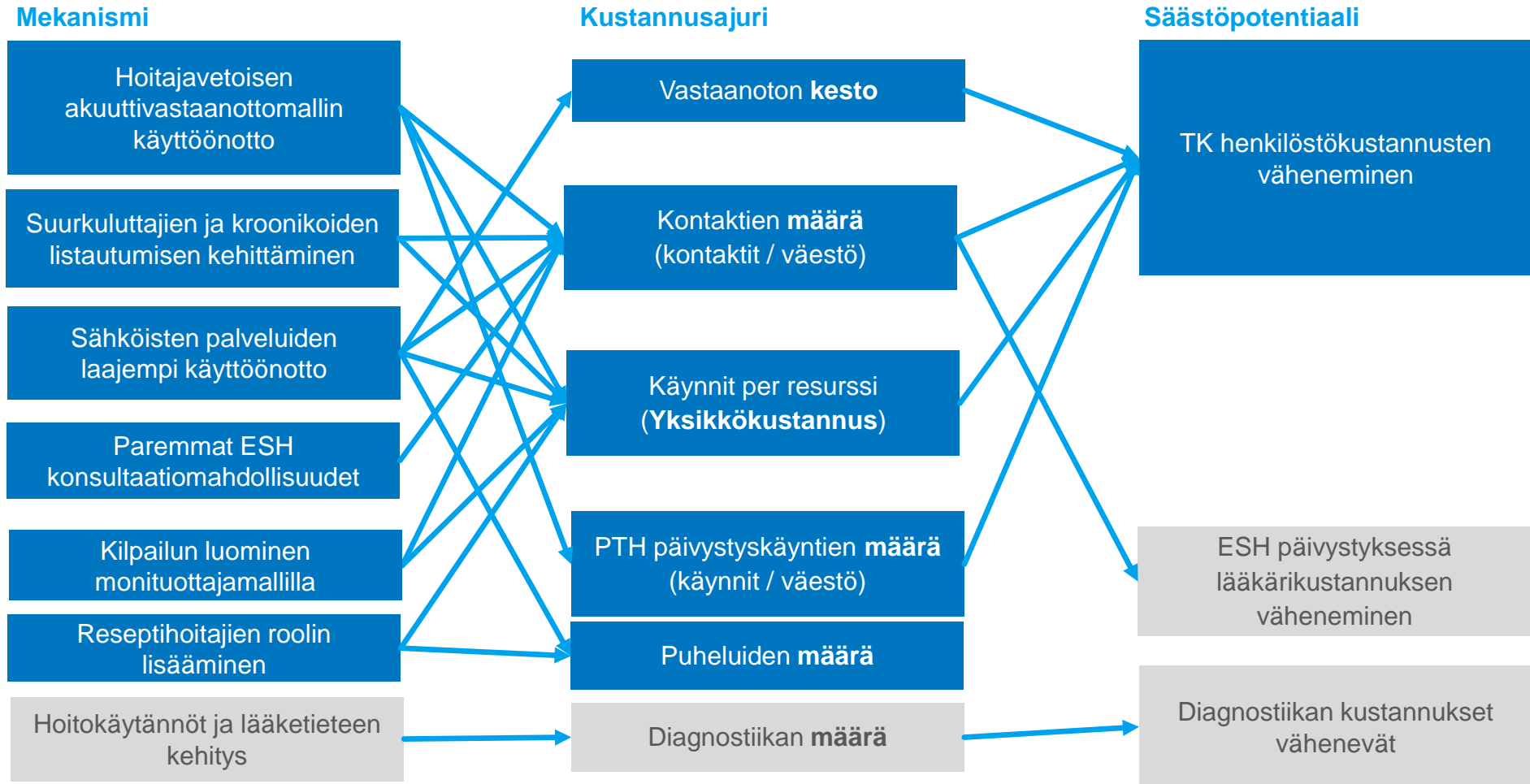
PTH avohoidon toiminnan nettokustannukset 1,8 mrd €



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

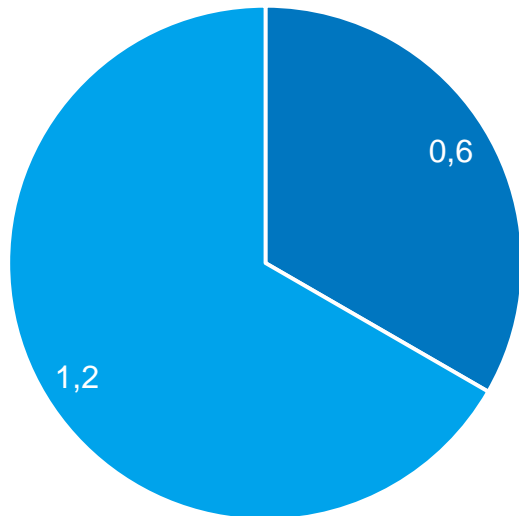
- PTH on jaettu diagnoosien ja ICPC-koodien avulla operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan alle, koska tulevaisuudessa vastaanotot ja/tai konsultaatioketjut ovat integroidumpia kuin nykyisin
 - Esim. erikoislääkärien työskentely terveysasemilla tai sähköiset (reaaliaikaiset) konsultaatioketjut

PTH avohoidon viitekehys



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

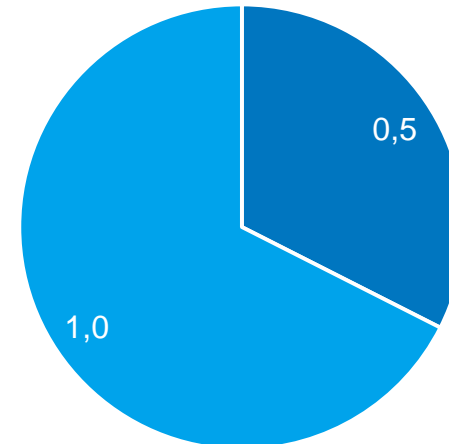
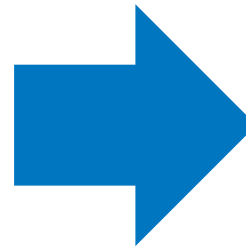
PTH avohoidon toiminnan nettokustannukset 1,8 mrd €



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

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

87 % jatkohoitopaikka muu kuin ESH

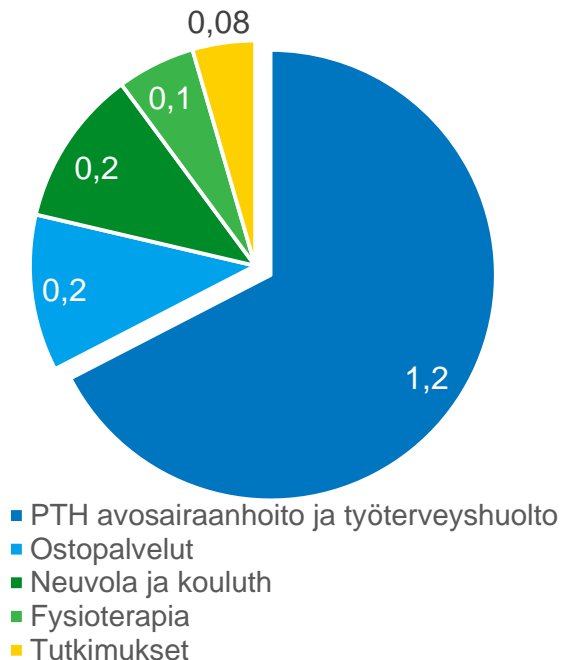


- PTH avohoito (operatiivinen)
- PTH avohoito (konservatiivinen)

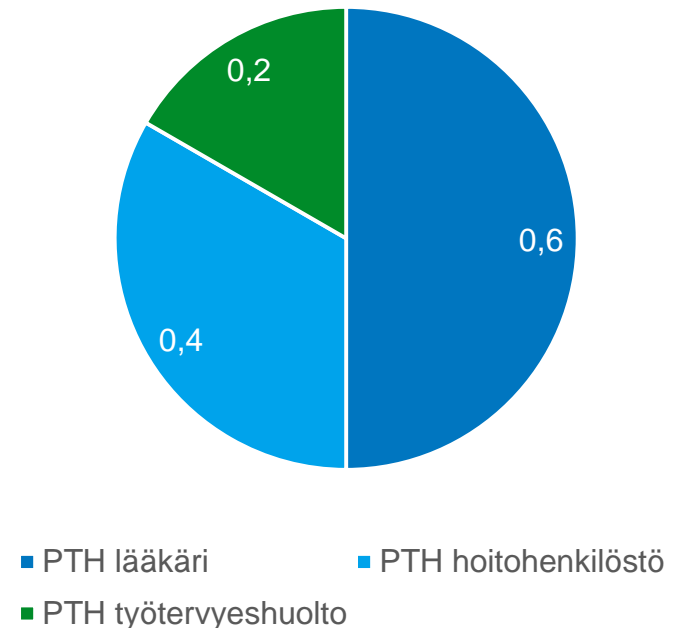
- 1,5 miljardin osuutta arvioitu osana terveyskeskustoiminnan kehittämistä
- 0,3 miljardia arvioitu osana operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan kehittämistä (vastaanotto toiminta)

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

PTH avohoitotoiminnan kustannukset 1,8 mrd €



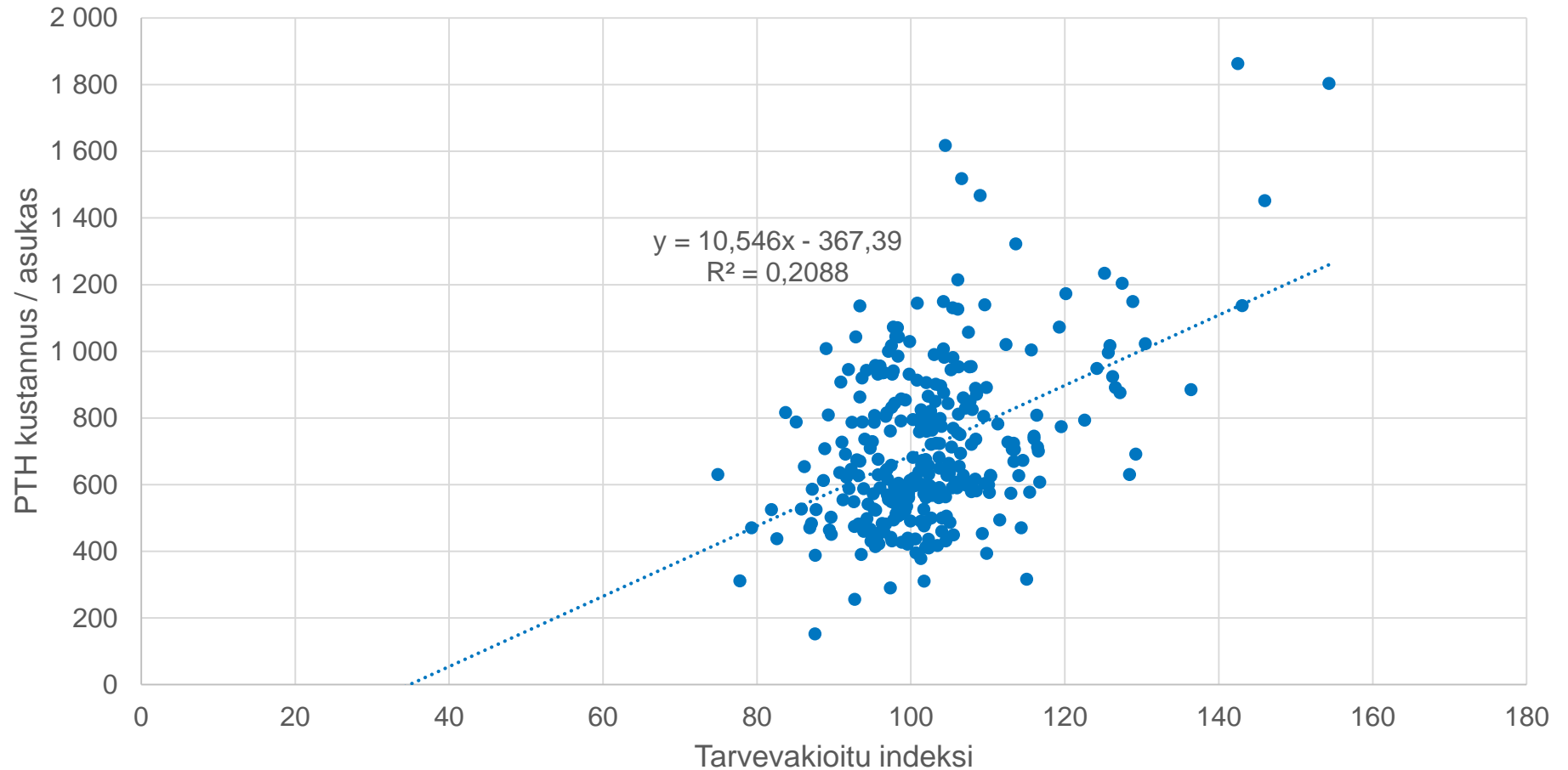
PTH avosairaanhoidon lääkärivastaanotot ja muun hoitohenkilöstön vastaanotot 1,2 mrd €



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

Kunnan tarvevakioituindeksi ei juurikaan vaikuta perusterveydenhuollon kustannuksiin

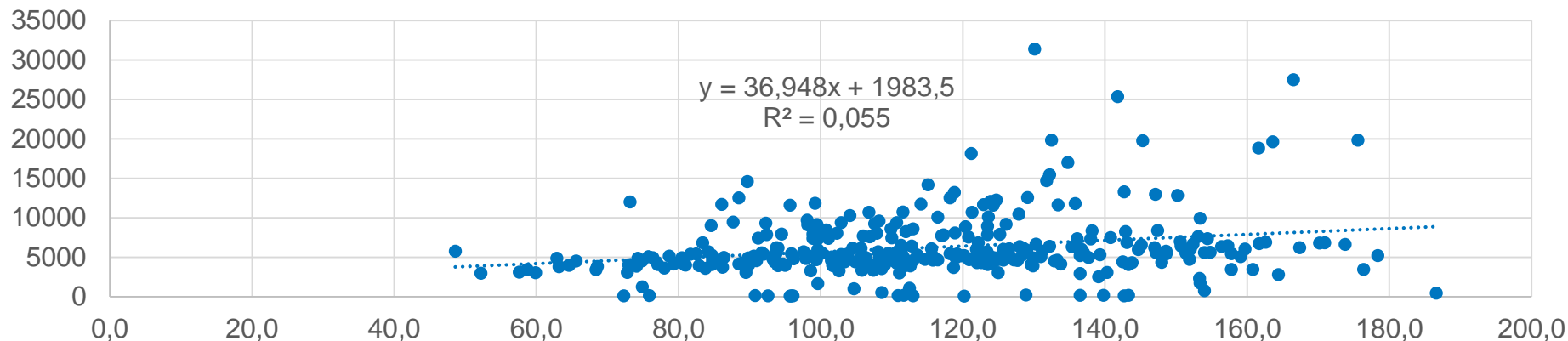
65 -vuotiaiden väestöosuuden vaikutus perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin per asukas



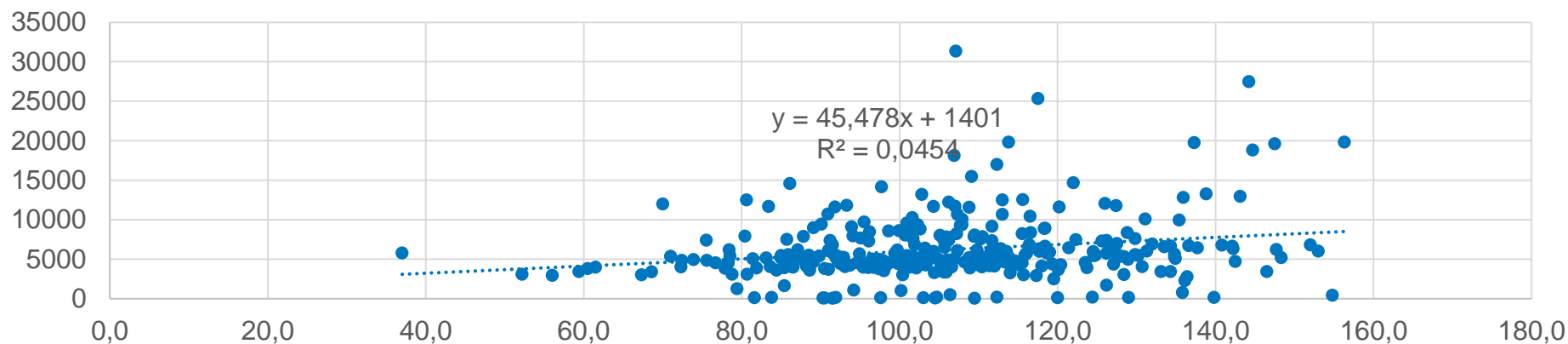
Sairastavuusindekseillä on ei ole vaikutusta perusterveydenhuollon avohoidon käyntimäärään suhteessa väestöön

Mallien selitysasteet jäävät mataliksi

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

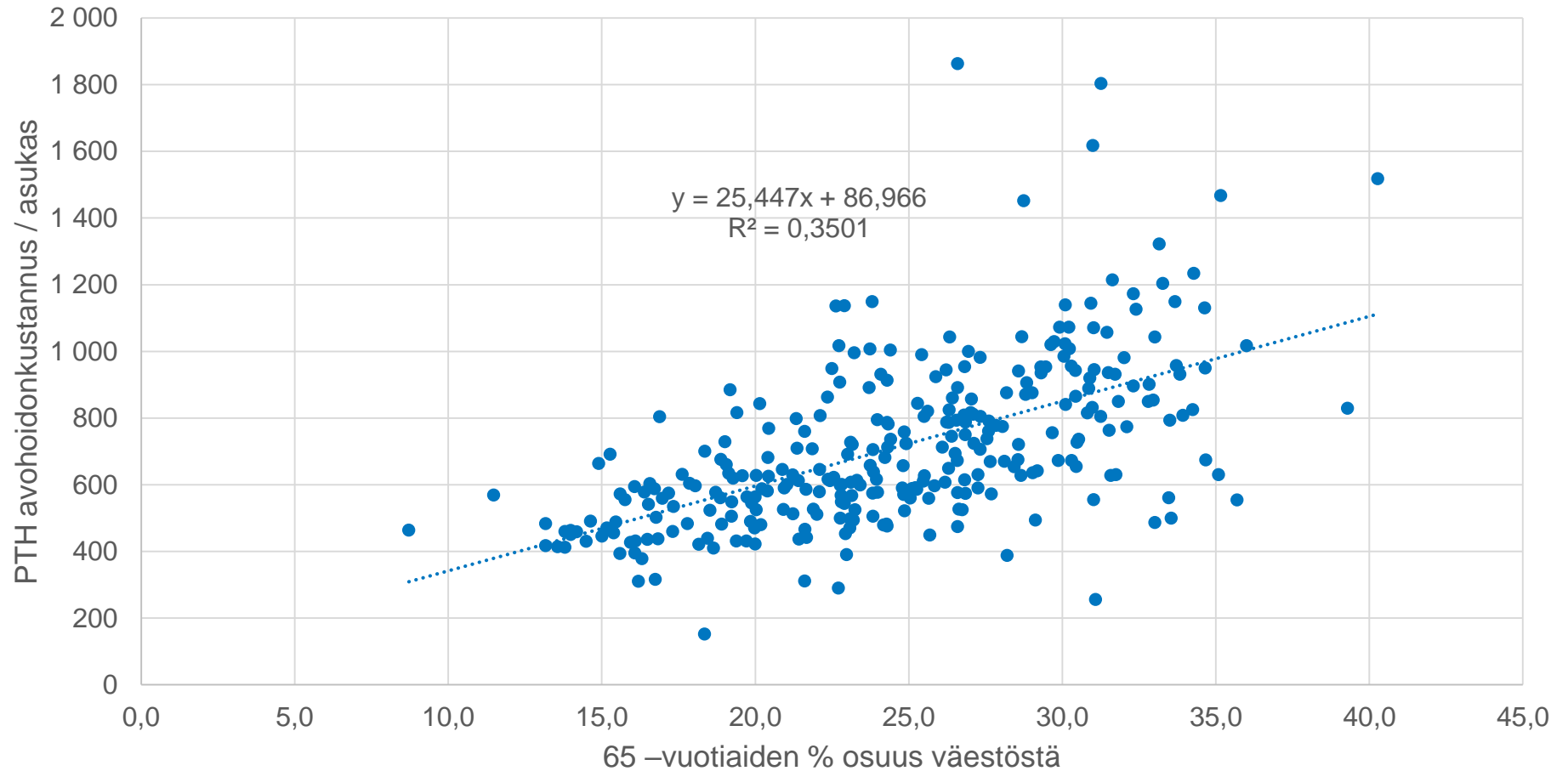


Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit per 1000 asukasta vs. THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi



Väestön ikärakenne vaikuttaa jonkun verran perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin

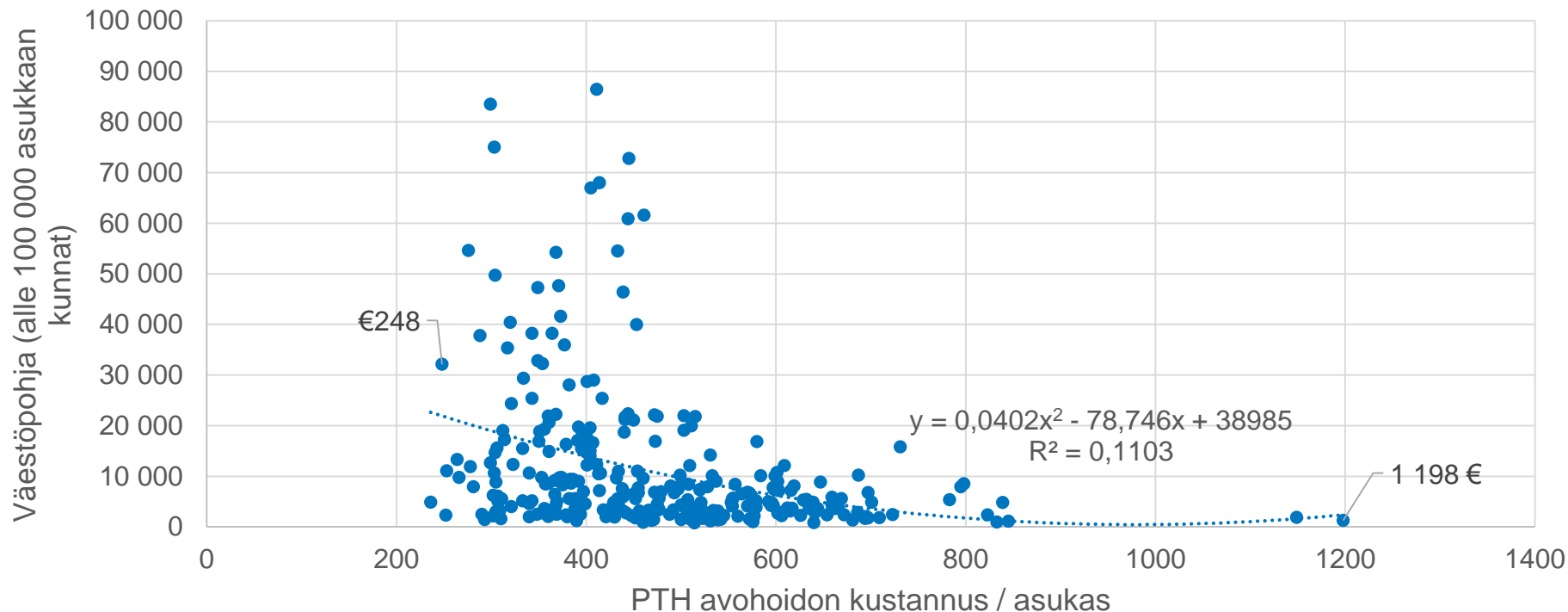
65 -vuotiaiden väestöosuuden vaikutus perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksiin per asukas



Väestöpohjan koko ei juurikaan vaikuta asukaskohtaisein 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

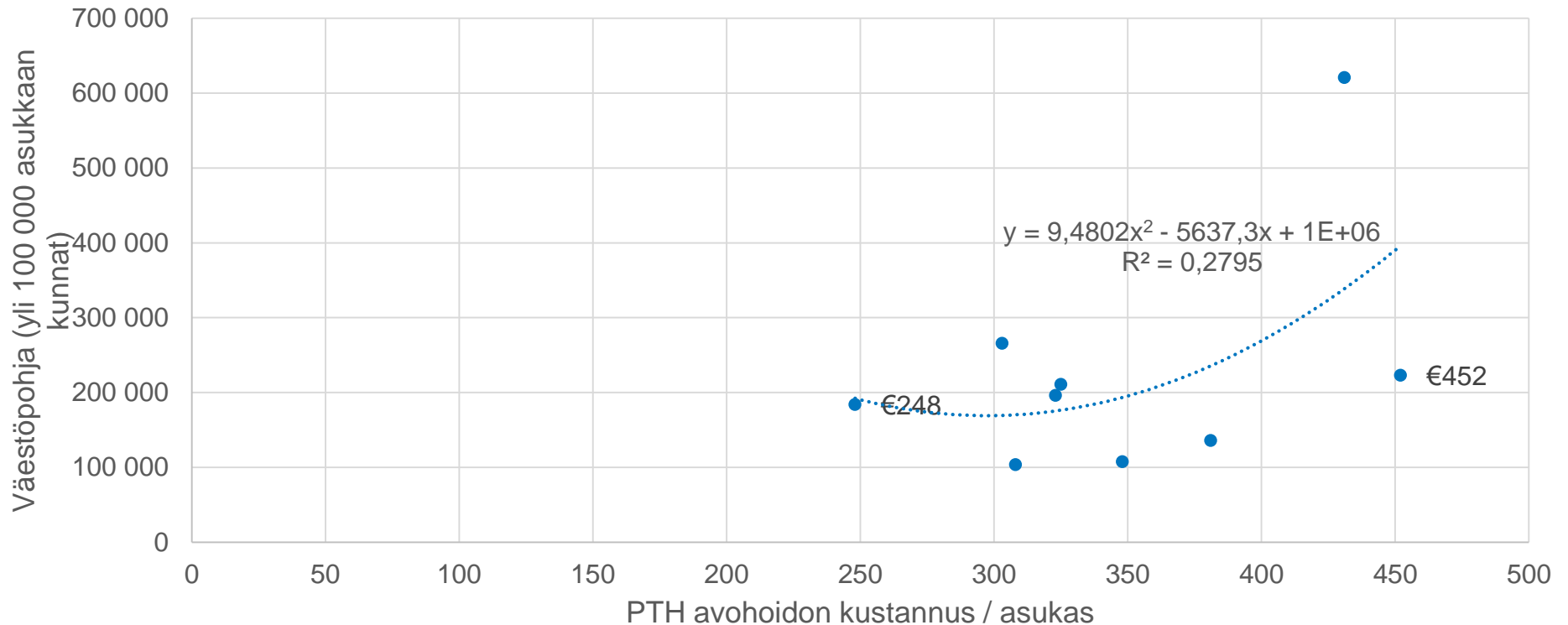


- PTH avohoidon kustannus per asukas keskiarvo on 414 €, mikä eroaa pienimmästä arvosta n. 42 %
- Ero parhaimman ja huonoimman välillä on jopa n. 80 %

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

Väestöpohja yli 100 000 asukasta

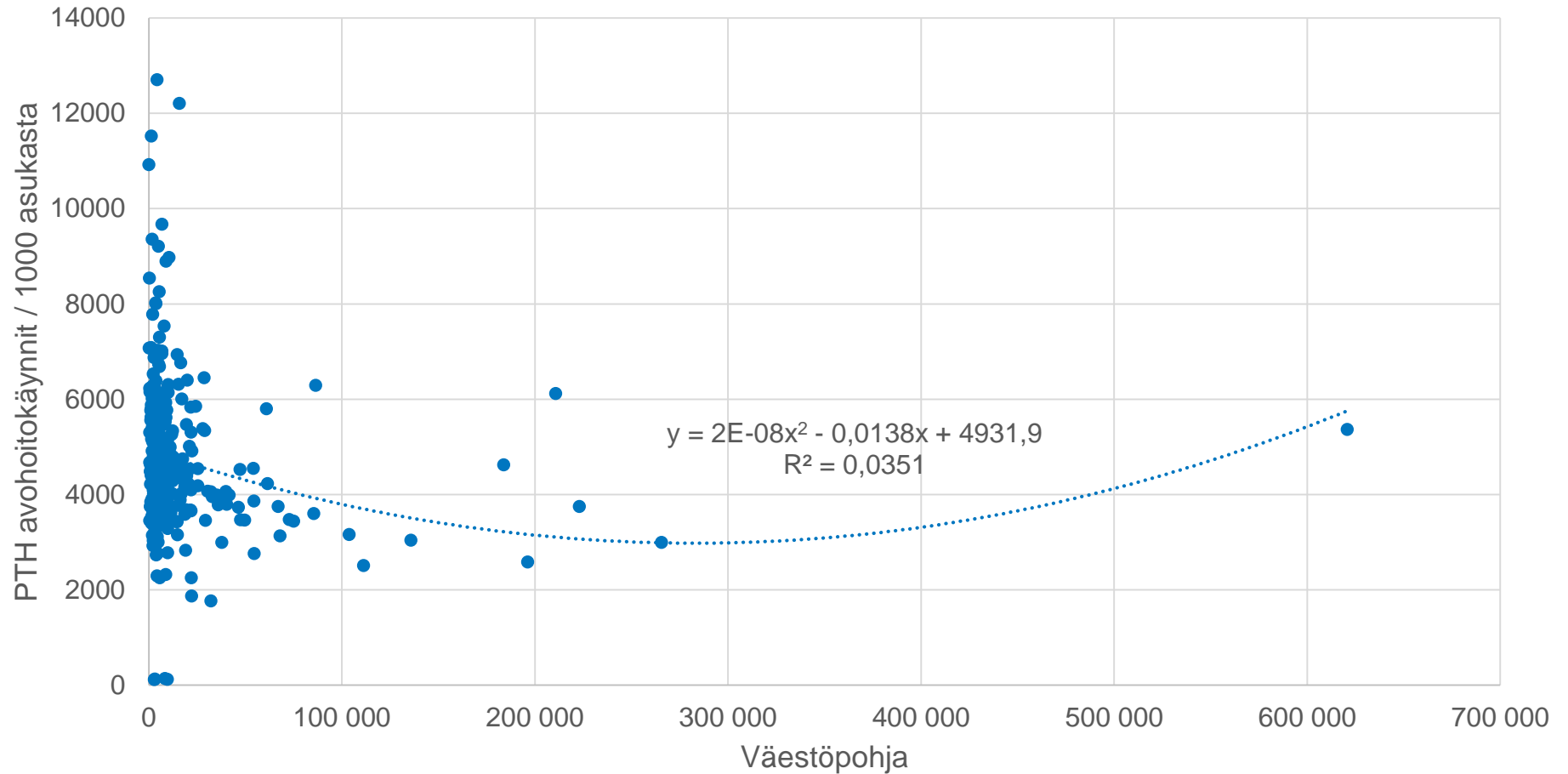
Väestöpohjan vaikutus PTH avohoidon kustannukseen per asukas yli 100 000 asukkaan kunnissa



- 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

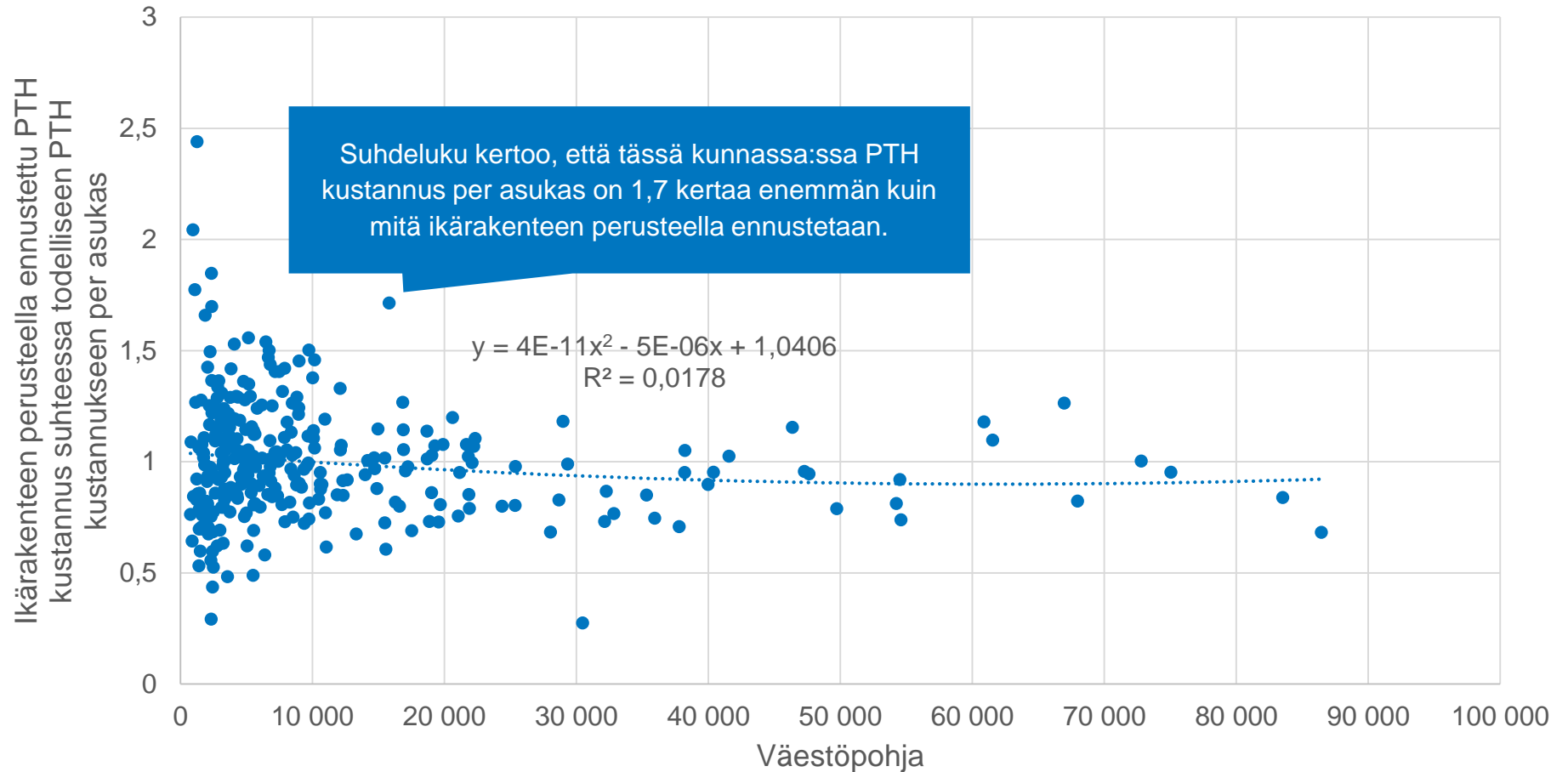
Väestöpohjalla ei ole vaikutusta perusterveydenhuollon avohoidon käyntimääriin suhteessa väestöön

Väestöpohjan vaikutus perusterveydenhuollon käyntimäärään per 1000 asukasta



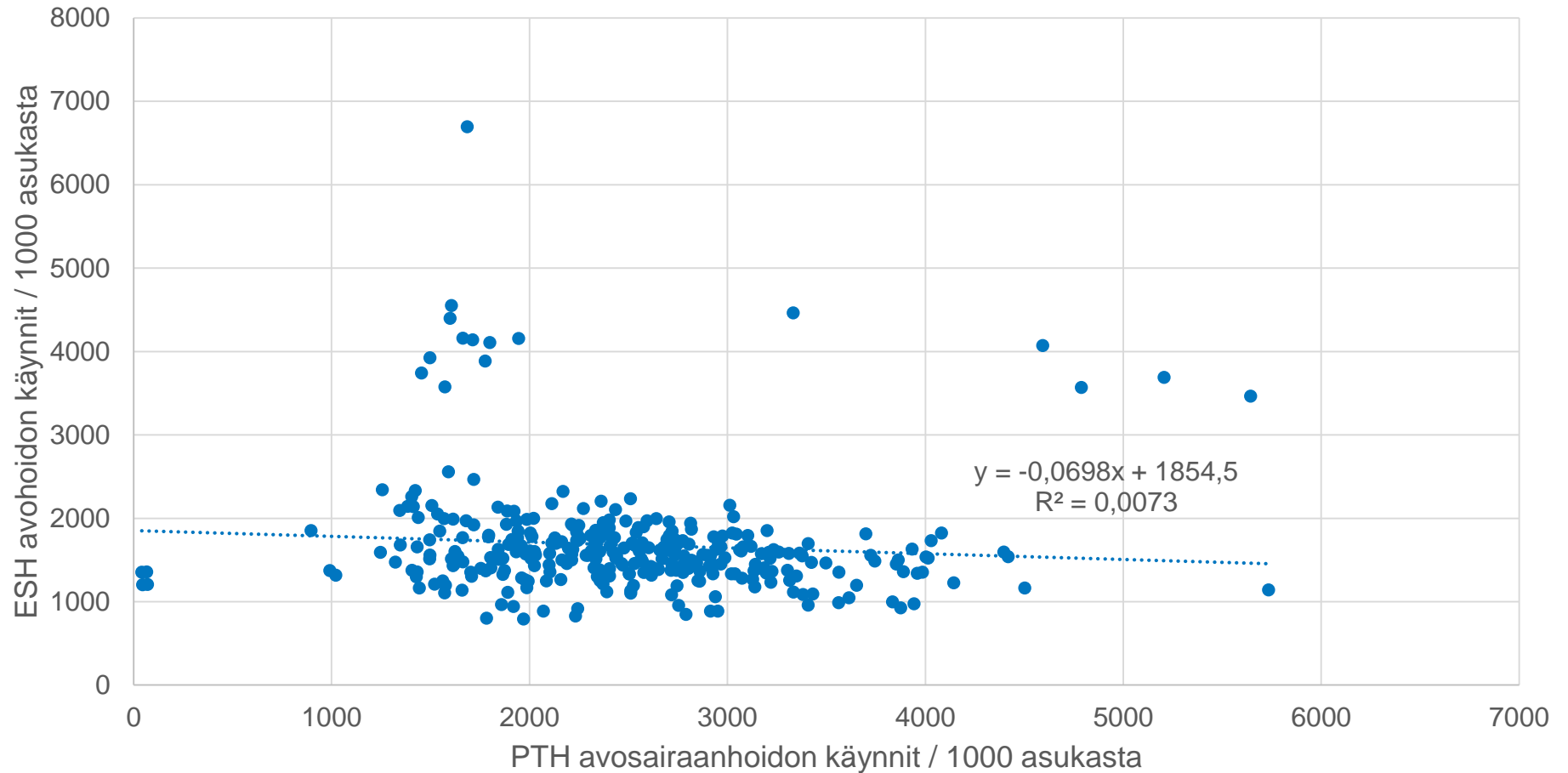
Ikävakioidin jälkeenkään väestöpohjalla ei ole vaikutusta asukaskohtaiseen PTH kustannukseen

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



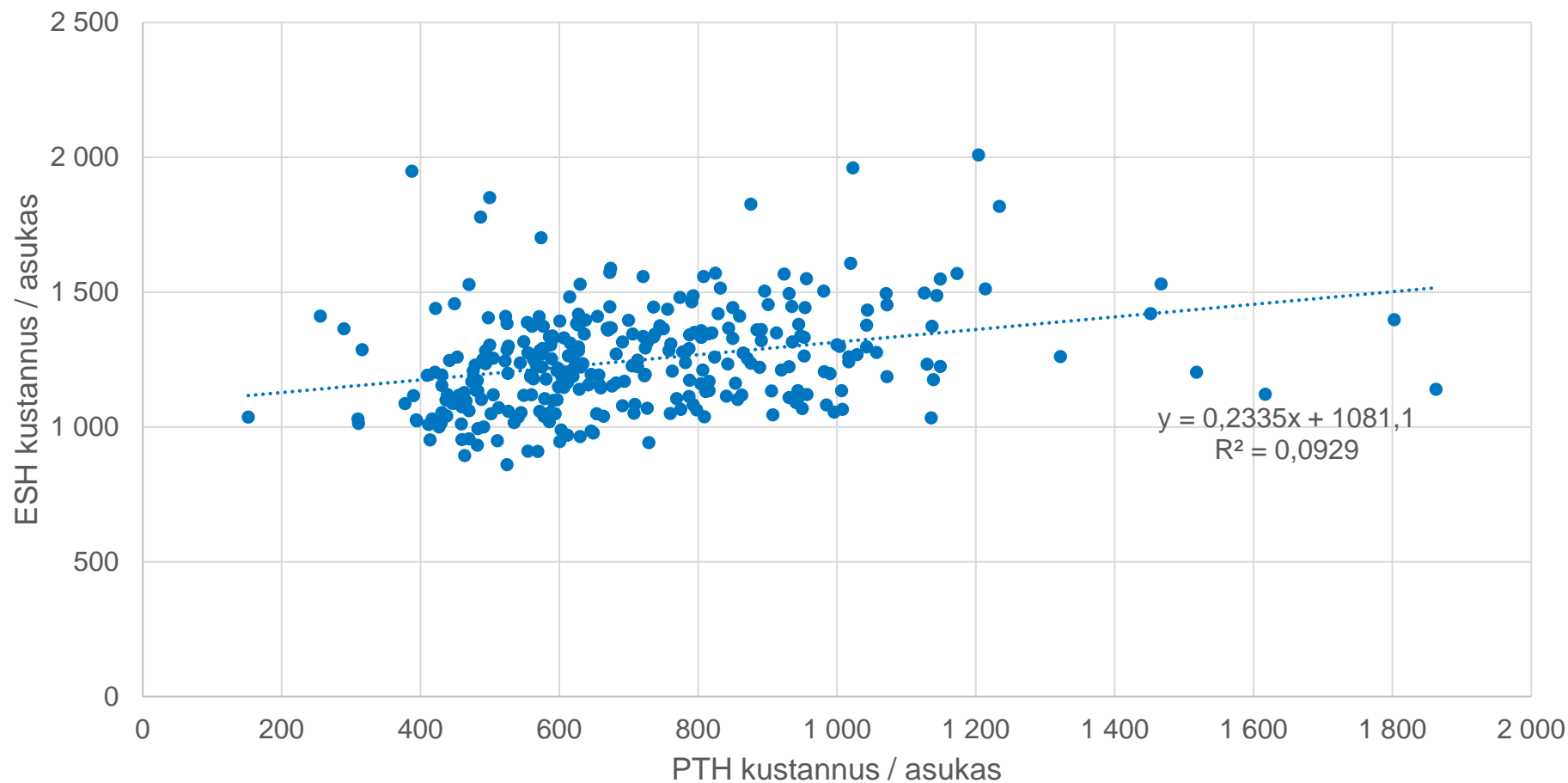
PTH avosairanhoidon käyntimäärä ei vaikuta ESH avohoidon käyntimäärään

PTH avosairanhoidon käyntimäärän vaikutus ESH avohoidon käyntimäärään



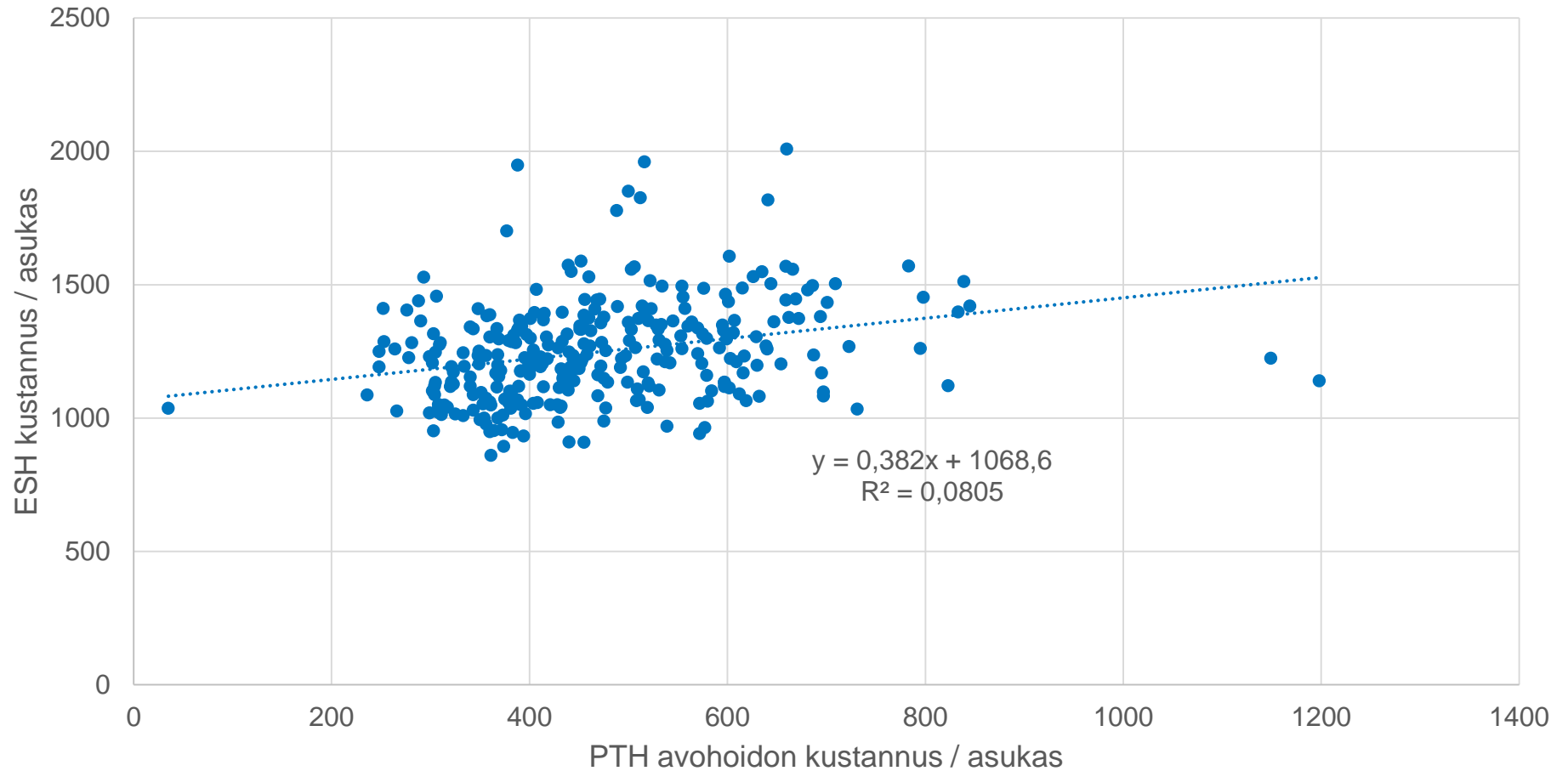
PTH kustannukset eivät korreloi ESH kustannusten kanssa

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



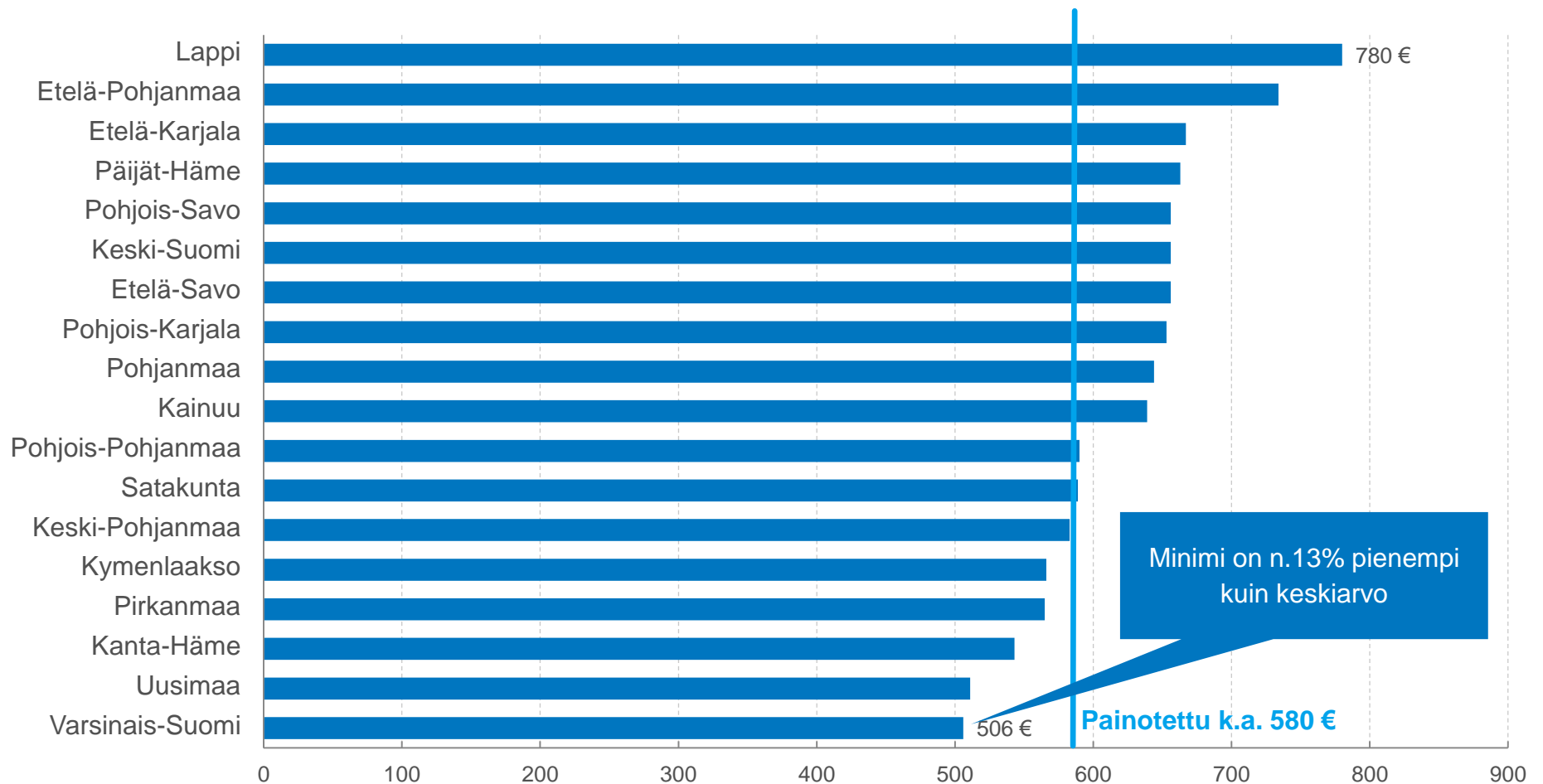
PTH avohoidon kustannukset eivät korreloi ESH kustannusten kanssa

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



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

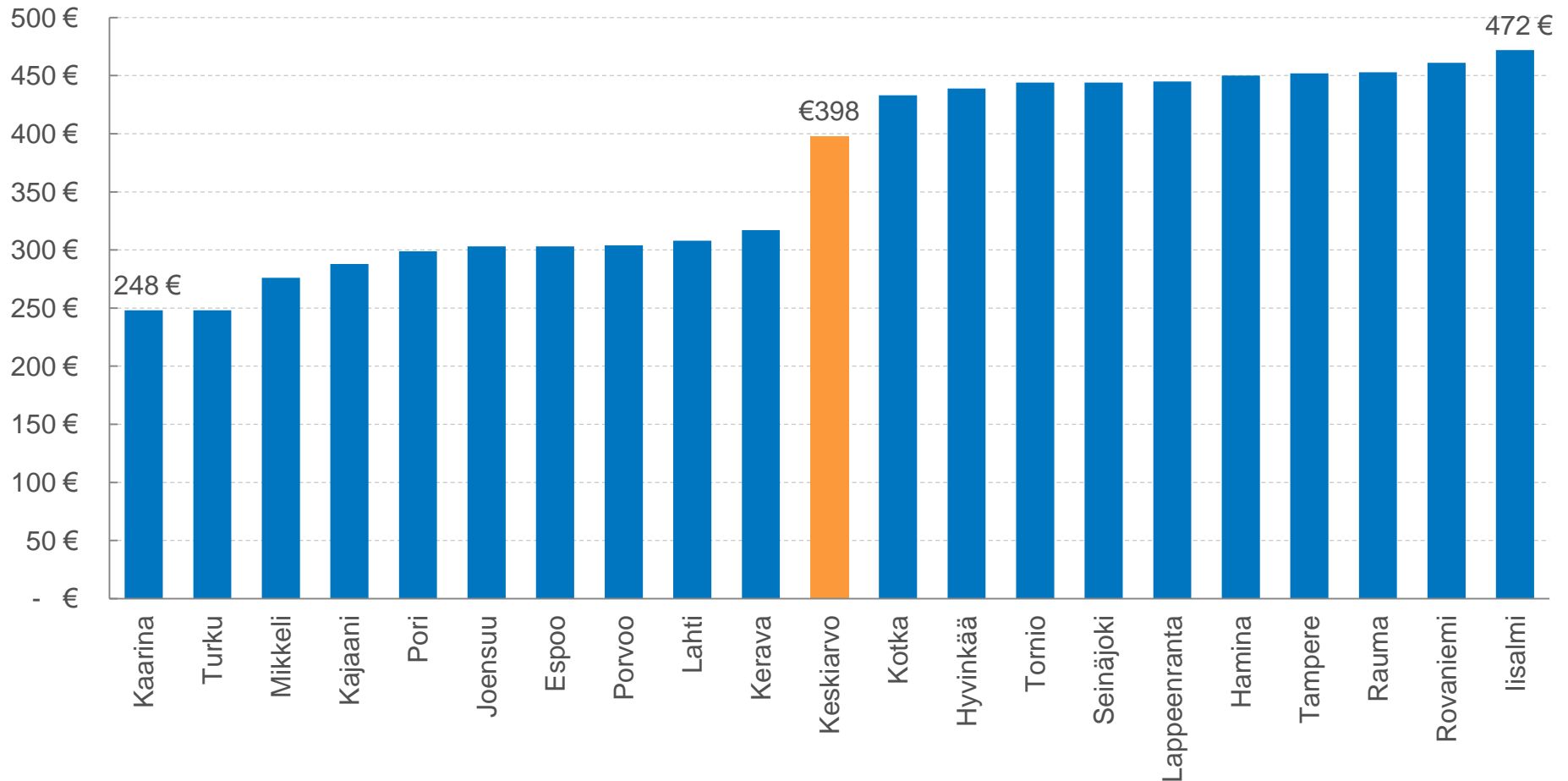
Perusterveydenhuollon avohoidon kustannus per asukas maakunnittain



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

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

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



Lyhyt yhteenveto tausta-analyysista

- 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

Terveyskeskusasiakkaiden parempi segmentointi ja palveluihin ohjaus takaa säästöjä tulevaisuuden terveysasematoiminnassa

Nykyinen terveyskeskus

Kiireelliset potilaat hakeutuvat puhelINTRIAGEN kautta TK päivystykseen ja ei-kiireelliset potilaat varaavat aina ajan terveysasemalle

Tulevaisuuden terveyskeskus

Listapotilaat

- n.20-25 % väestöstä
- n.40 % käynneistä

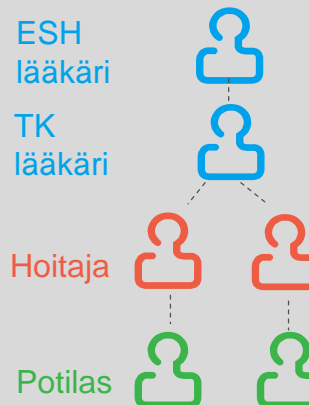
Pikapolin satunnaiskävijät

- n.75-80 % väestöstä
- n.60 % käynneistä

Toimintamalli

- Omahoitaja ja –lääkäri muodostavat työparin kullekin potilasryhmälle
- Suurkuluttajat, pitkäaikaissairaat ja kroonikot listataan terveysasemille

Pikapolimalli



Kilpailun lisääminen monituottajamallilla Reseptihoitajamäärän lisääminen Digitalisaatio

Case esimerkit

- Potilaskohtaiset käyntimäärät laskeneet
- Saatavuus

- Kunta 1 lisäsi 29 % ei-kiireellisiä lääkärivastaanottoja
- Kunta 2 vähensi yhteispäivystyksen käyttöä
- Kunta 3 onnistui kohdentamaan ajanvaraukselliset vastaanotot pitkäaikaissairaita varten

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 verrokkikuntiin
 - 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 verrokkikunnissa 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
- **Tuloksekaissa 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

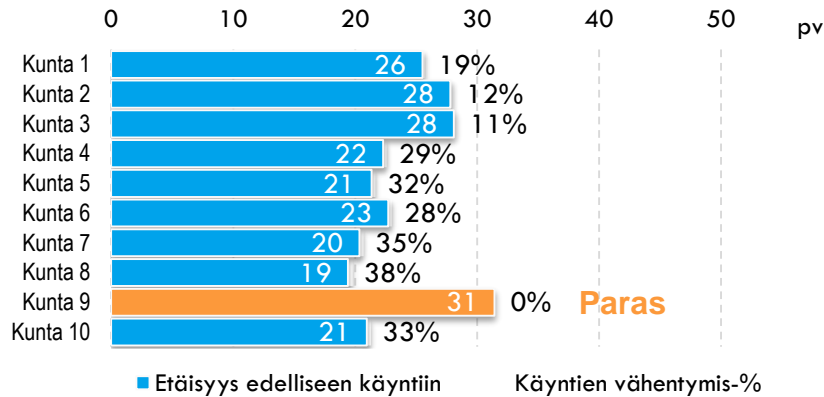
Usein terveysasemapalveluita tarvitsevat potilaat on hyvä listata hoitajille ja lääkäreille, jotta saadaan varmistettua hoidon jatkuvuus ja seurattua heidän terveysasemapalveluiden käyttöä

- NHG Benchmarkingin mukaan n. 10 % väestöstä on usein terveysasemapalveluita 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 terveysasemapalveluita käyttävät käyvät keskimäärin 5 eri lääkärin ja 3 eri hoitajan vastaanotolla vuoden aikana**
 - Listaamismallissa tietyille potilasryhmälle omahoitaja ja –lääkäri –työpari (isommissa kaupungeissa tiimi), jolla vähennetään vaihtuvuutta

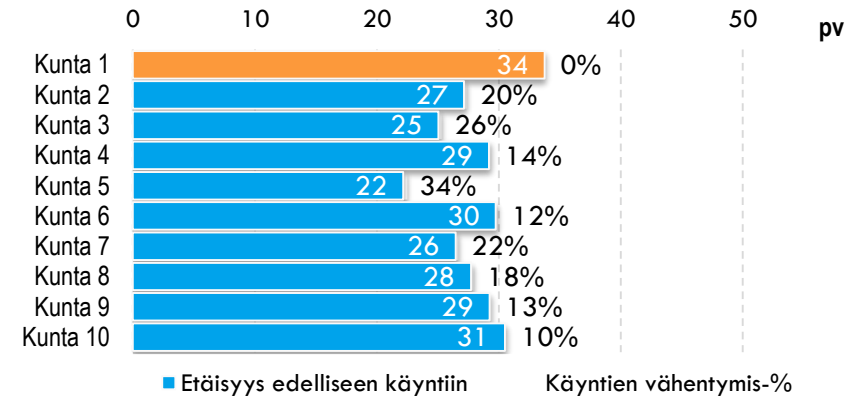
Pitkäaikaissairaiden suurkuluttajien käyntivälien pidentämisellä säästöpotentiaali n. 10 %

Käyntivälejä pidentämällä voitaisiin vähentää n.40 % suurkäyttäjryhmän käyntejä

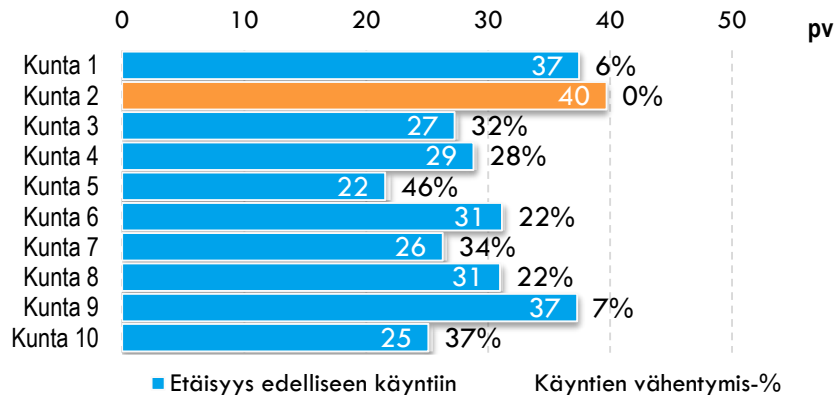
Potentiaalit käyntimäärissä, Diabetes



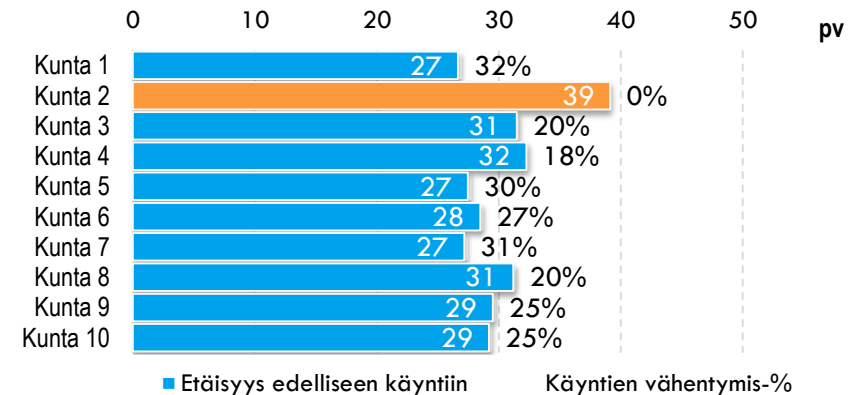
Potentiaalit käyntimäärissä, Mielenterveys



Potentiaalit käyntimäärissä, Sepelvaltimotauti



Potentiaalit käyntimäärissä, Verenpainetauti

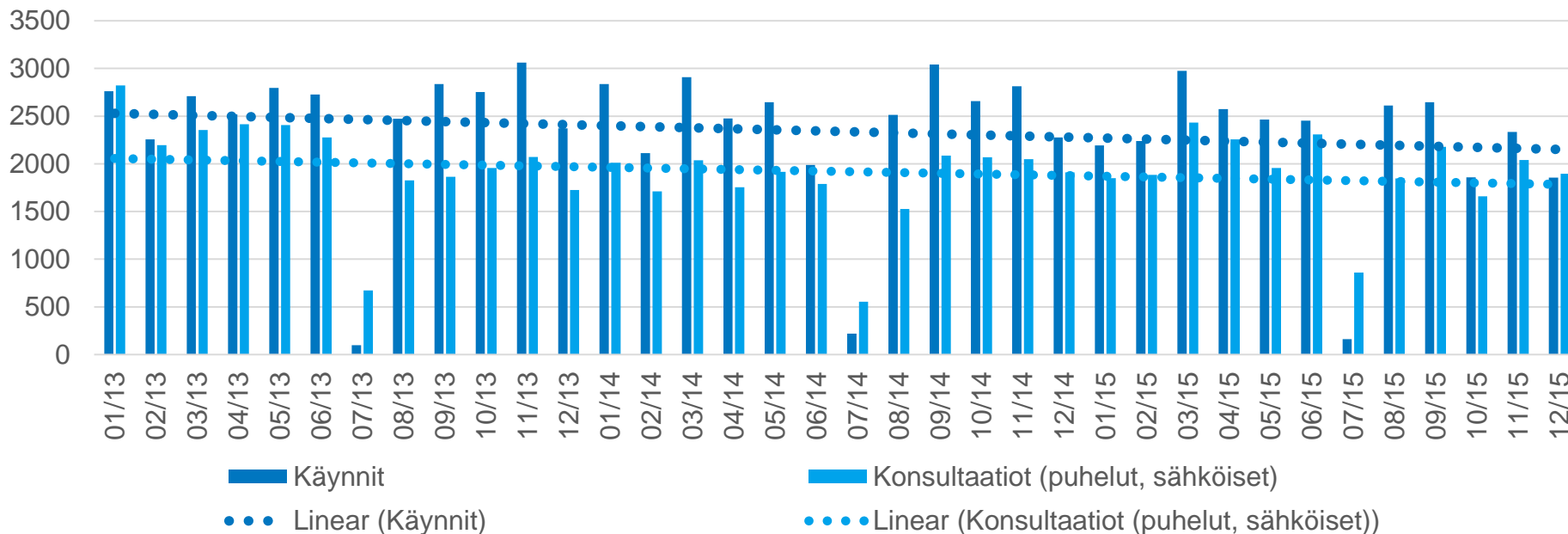


Vähenevät käynnit % tarkoittaa prosenttiosuutta kaikista kyseisten suurkuluttajien käynneistä. Yli 365 päivän käyntivälejä ei huomioitu

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

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

PTH avohoidon käynnit ja konsultaatiot

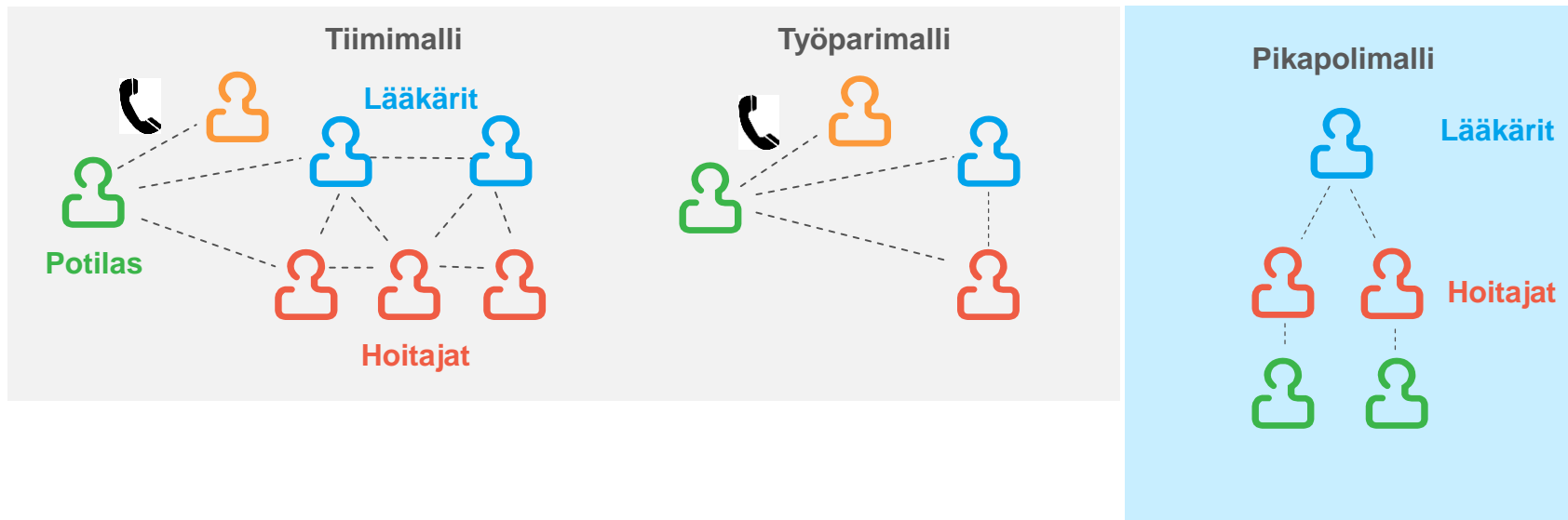


- Listatuilla pysyvät omahoitajat ja –lääkärit
- Hoitosuunnitelmilla iso merkitys hoidon ja palvelun tasapainossa pitämisessä → hoitotasapaino ja suunnitelman mukaiset, tarvittavat kontrollit

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 vuoronumerojärjestyksessä ja tarvittaessa konsultoi lääkäriä tai pyytää hänet mukaan vastaanottotilanteeseen tarvittaessa



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

Pikapolimallilla saavutetut hyödyt

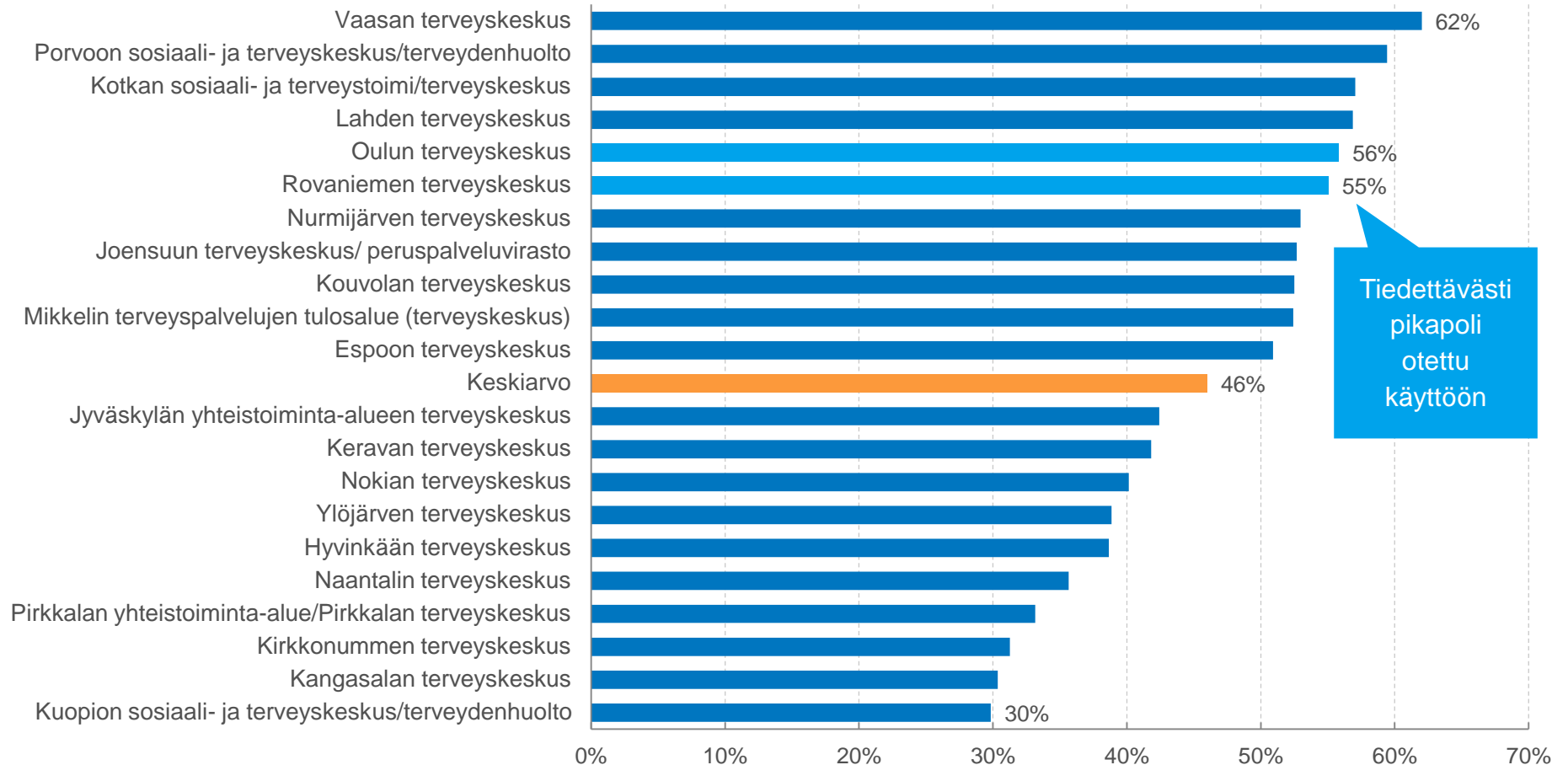
- Virka-ajan ja virka-ajan ulkopuolisen yhteispäivystyksen käyttö on vähentynyt
- Lääkärin kiireettömien vastaanottojen saatavuus on parantunut
- Hoitajien puhelintyömäärä on vähentynyt
- Päästy keskittymään paremmin pitkäaikaishoidettaviin
- Hoitajien työnkuva on monipuolistunut
- Lääkäreiden työaika saadaan suunnattua potilastapauksiin, missä lääkärin ammattitaidolla saadaan tuotua suurin lisäarvo
- Potilaiden tyytyväisyys terveysasemaluvuihin 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

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

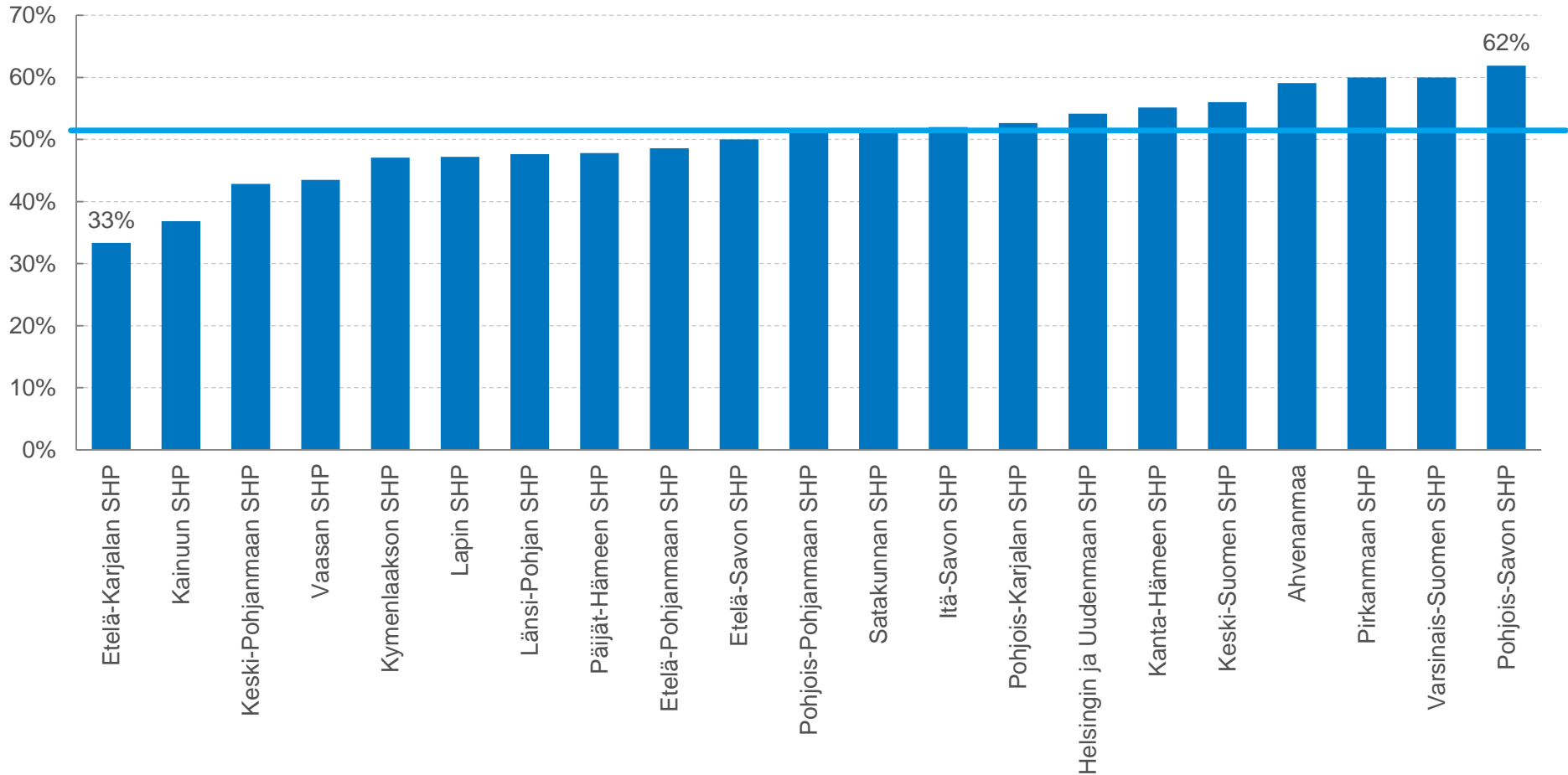
Säästöpotentiaali n. 18 % ylletäessä parhaalle tasolle

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

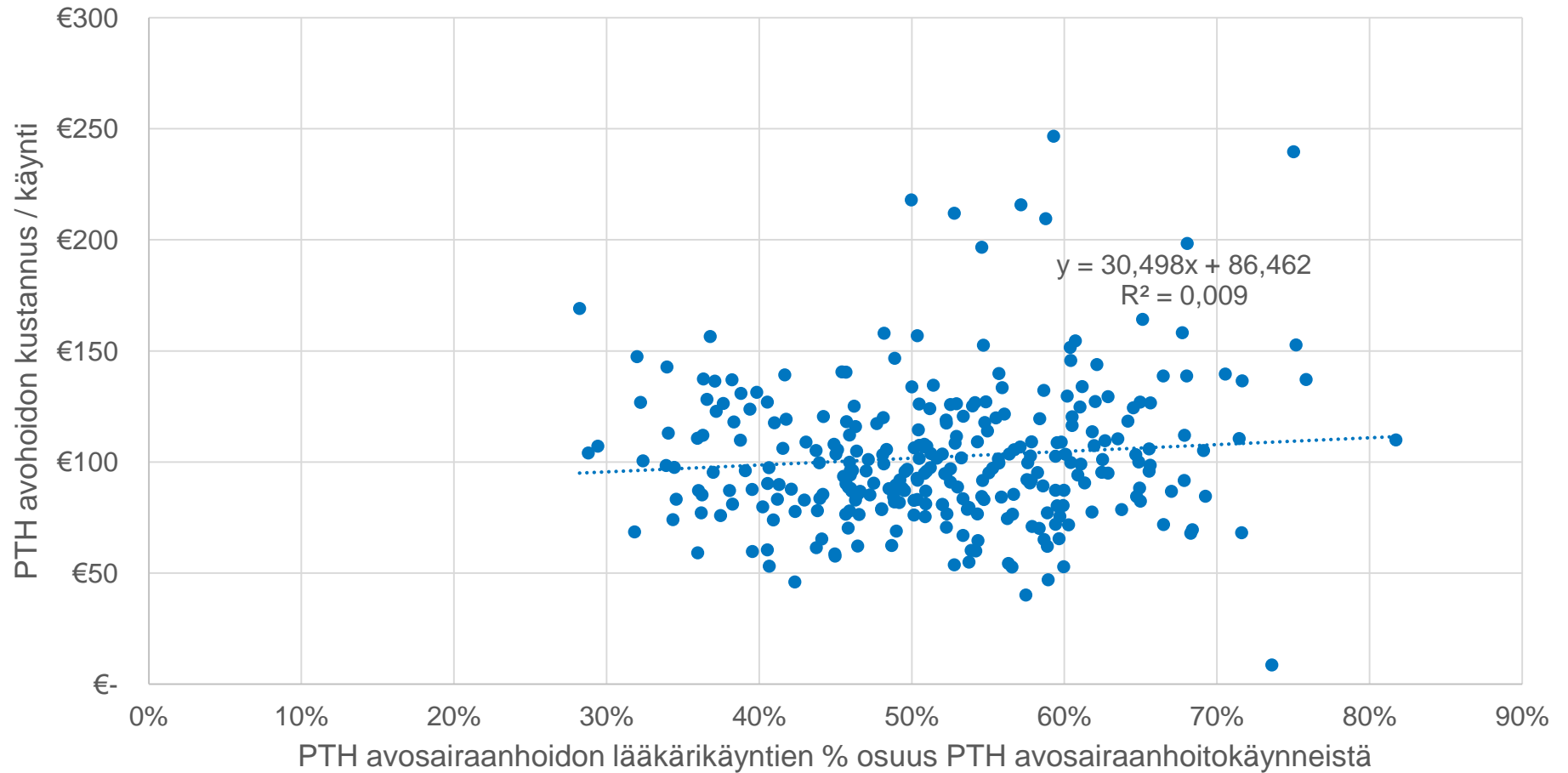


Avohilmo-otanta edustaa koko maan keskiarvoa: lääkärikäyntejä n. 53%, hoitajakäyntejä n 47 %

Lääkärikäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä



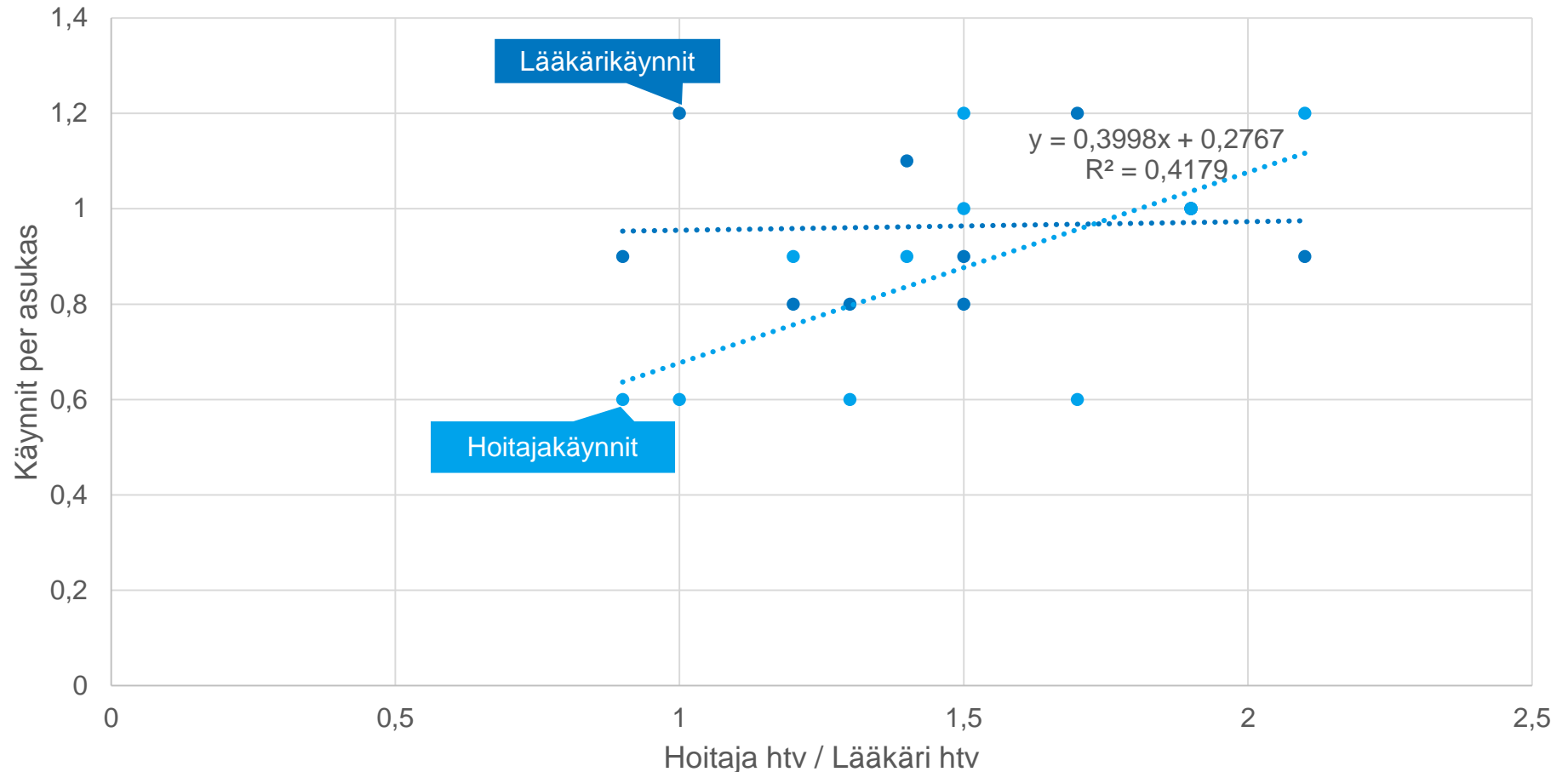
Lääkärikäyntien osuus ei nykytilanteessa vaikuta PTH avohoidon käyntikustannukseen



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

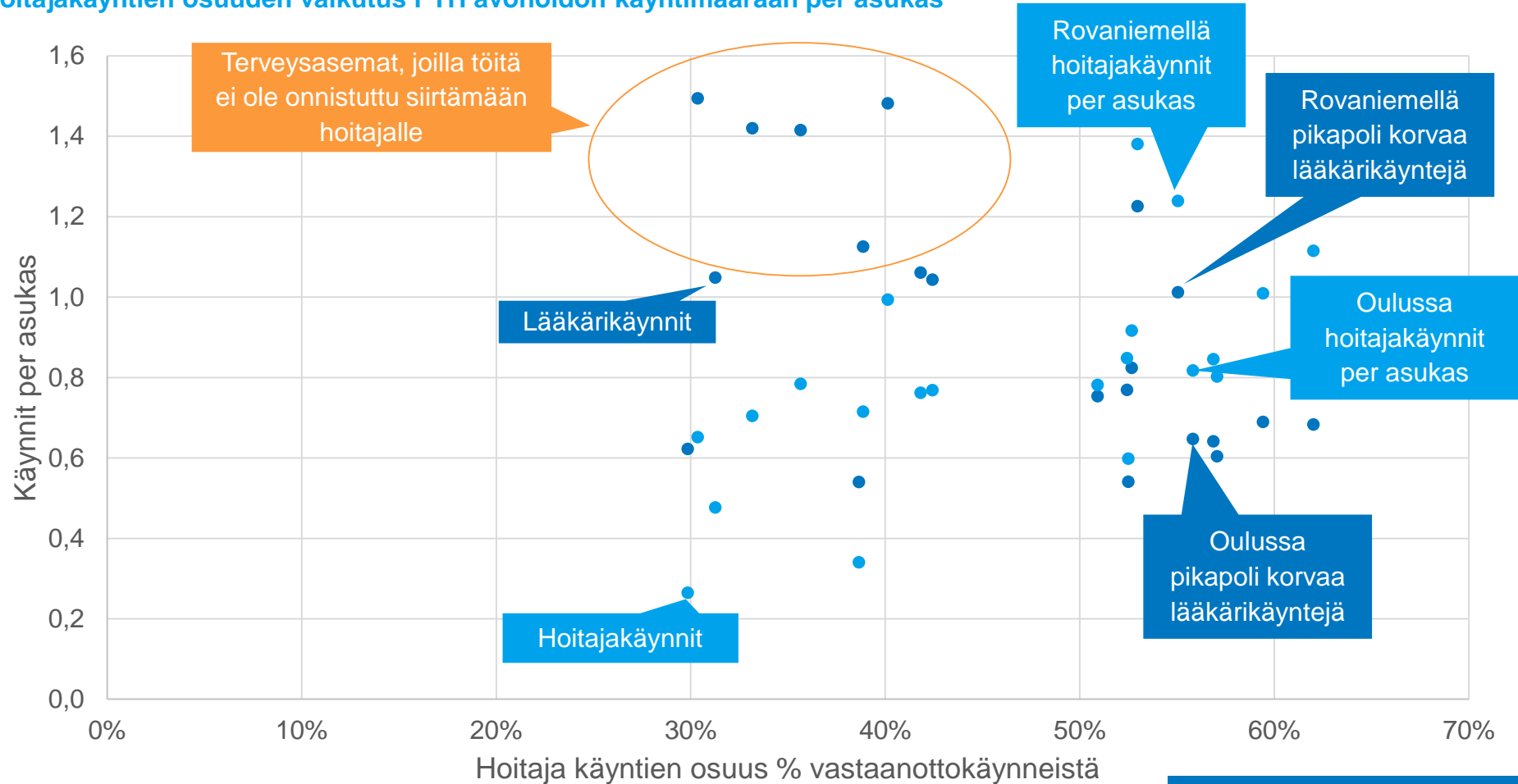
Jotta töitä saadaan siirrettyä onnistuneesti tarvitaan lääkärin konsultaatiotuki → pikapolimalli

Hoitajaresursoinnin vaikutus PTH avohoidon käyntimäärään per asukas



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

Hoitajakäyntien osuuden vaikutus PTH avohoidon käyntimäärään per asukas



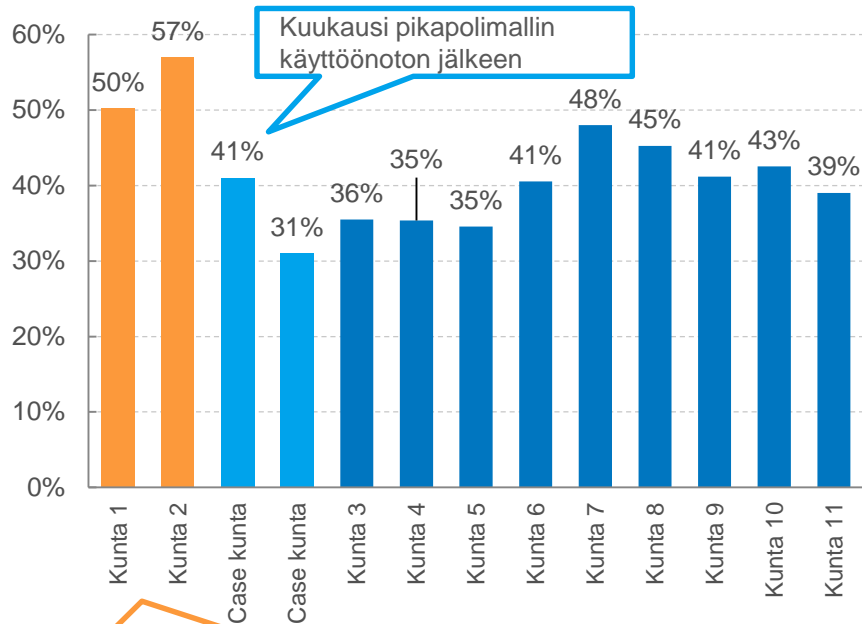
Oulussa malli ollut pidempään käytössä, Rovaniemellä otettu syksyllä 2014 käyttöön

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

Hoitajavastaanottojen osuus kaikista terveysasemavastaanotoista, %

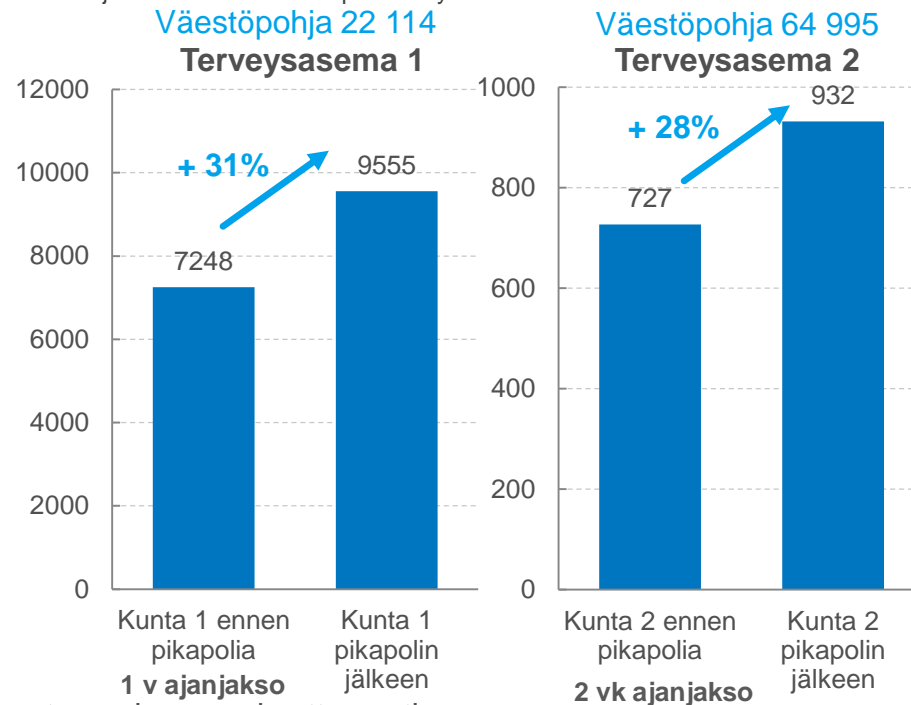


Pikapolimalli käytössä vuoden verran

- 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 kontaktimäärää per potilas, Nykymalli: puhelu hoitajalle → hoitajavastaanotto → lääkärin vastaanotolle varataan aika → lääkärin vastaanotto → jatkohoitotoimenpiteet. Pikapolissa: ajanvarauksettomasti hoitajavastaanotolle → (lääkärikonsultaatio) → jatkohoitotoimenpiteet

Samalla lääkäreiden käyntituottavuus paranee

Virka-ajan lääkärivastaanotot per terveysasema



Pikapolitoiminnan kustannussäästöpotentiaali n. 35 %

Säästölaskelma bottom-up

- Nykymallissa lääkarilla n. 8 vastaanottoa / päivä ja hoitajalla n. 6 vastaanottoa / päivä
 - Lääkärivastaanoton hinta n. 60 €
 - Terveyskeskuslääkäri 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 €
 - Sairaanhoitajan 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 lääkarilla 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)
 - Lääkärivastaanoton hinta on n. 40 €
 - Terveyskeskuslääkäri 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
 - Hoitajanvastaanoton hinta on n. 18 €
 - Sairaanhoitajan 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%
 - $60 \text{ €} / \text{lääkärivastaanotto} \times 0,54 + 30 \text{ €} / \text{hoitajavastaanotto} \times 0,46 = \text{keskimääräinen vastaanoton hinta } 46 \text{ €} / \text{vastaanotto}$
 - $48 \text{ €} / \text{hoitajavastaanotto} \times 0,40 + 18 \text{ €} / \text{hoitajavastaanotto} \times 0,60 = \text{keskimääräinen vastaanoton hinta } 30 \text{ €} / \text{vastaanotto}$
 - **Kustannussäästö n. 35 %**

Sähköisten palveluiden laajemmalla käyttöönotolla 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 esitietojen 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**

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 %

Ohjatulla kilpailulla mahdollisuus tehostaa toimintaa

Kustannussäästöpotentiaali

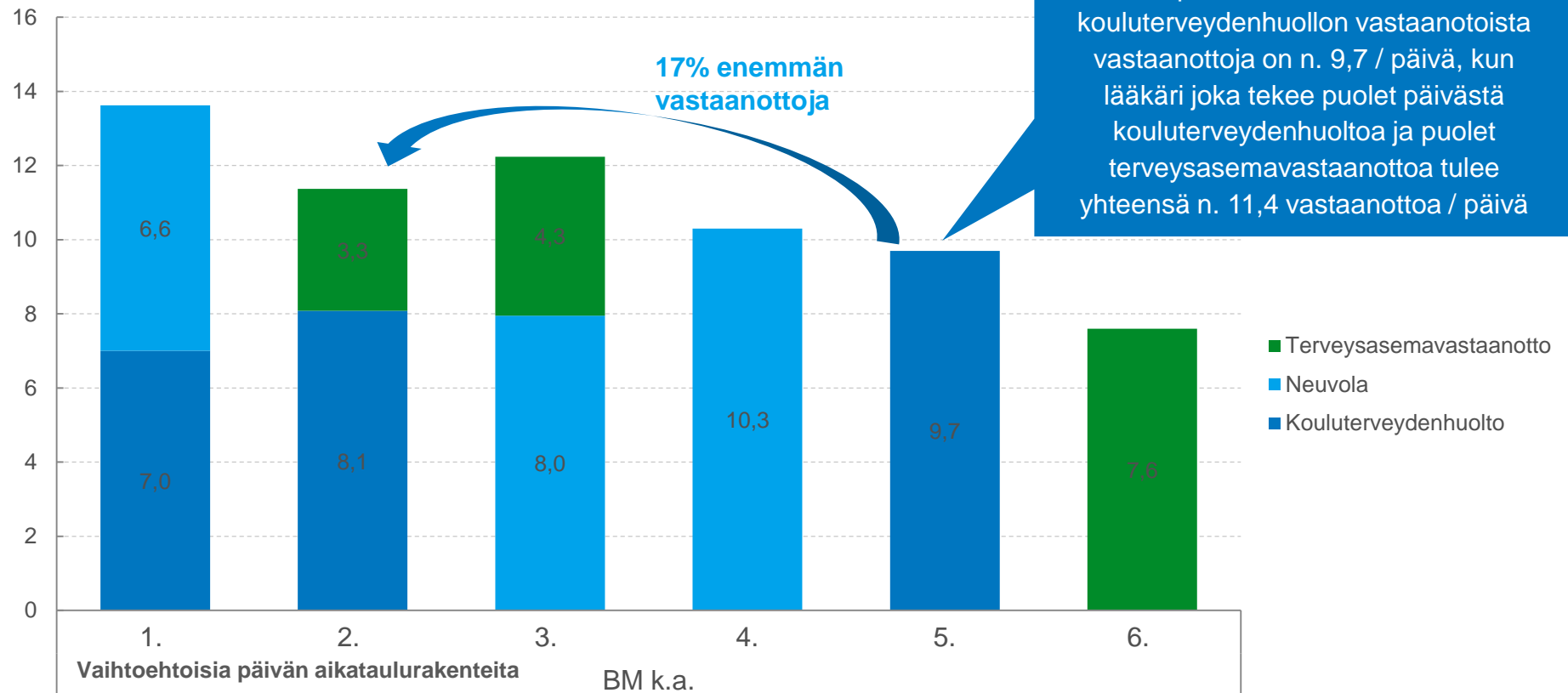
Listapotilaiden kontrollivälien pidentäminen n. 10 % **50 M€**
Sähköiset palvelut säästöpotentiaali n. 15 % **67 M €**

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

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

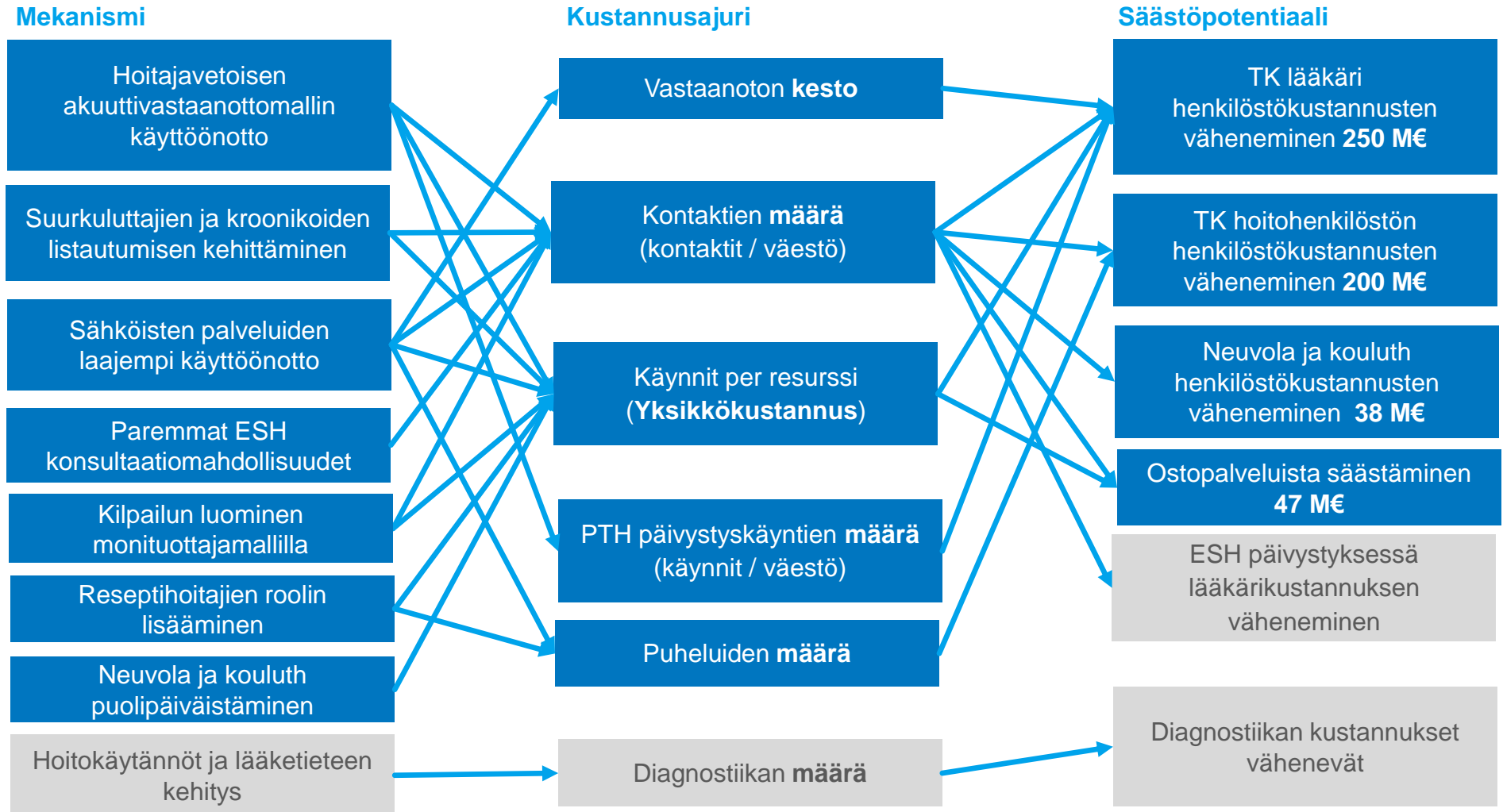
Integroitaessa neuvola, kouluth ja ta toiminta, päivittäinen kokonaisvastaanottomäärä kasvaa

Virka-ajan lääkärivastaanottoja / päivä / vastaanottaja

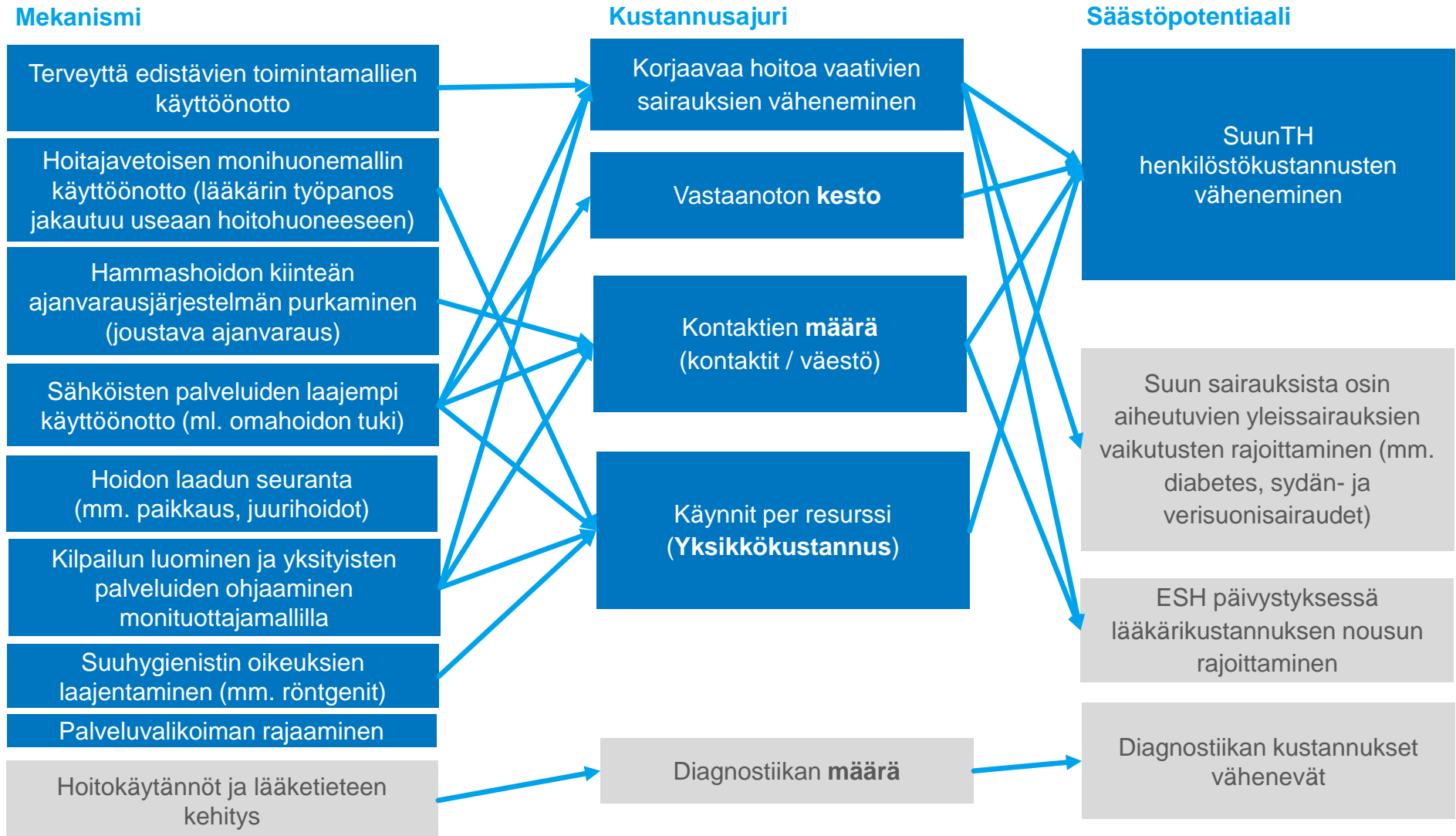


1. = vastaanottopäivä jolloin neuvolaa ja kouluth vastaanottoja
 2. = vastaanottopäivä jolloin ta ja kouluth vastaanottoja
 3. = vastaanottopäivä jolloin ta ja neuvola vastaanottoja
 4. = vastaanottopäivä jolloin vain neuvolavastaanottoja
 5. = vastaanottopäivä jolloin vain kouluth vastaanottoja
 6.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

PTH avohoidon viitekehys



Kuntien järjestämän suun terveydenhuollon viitekehys



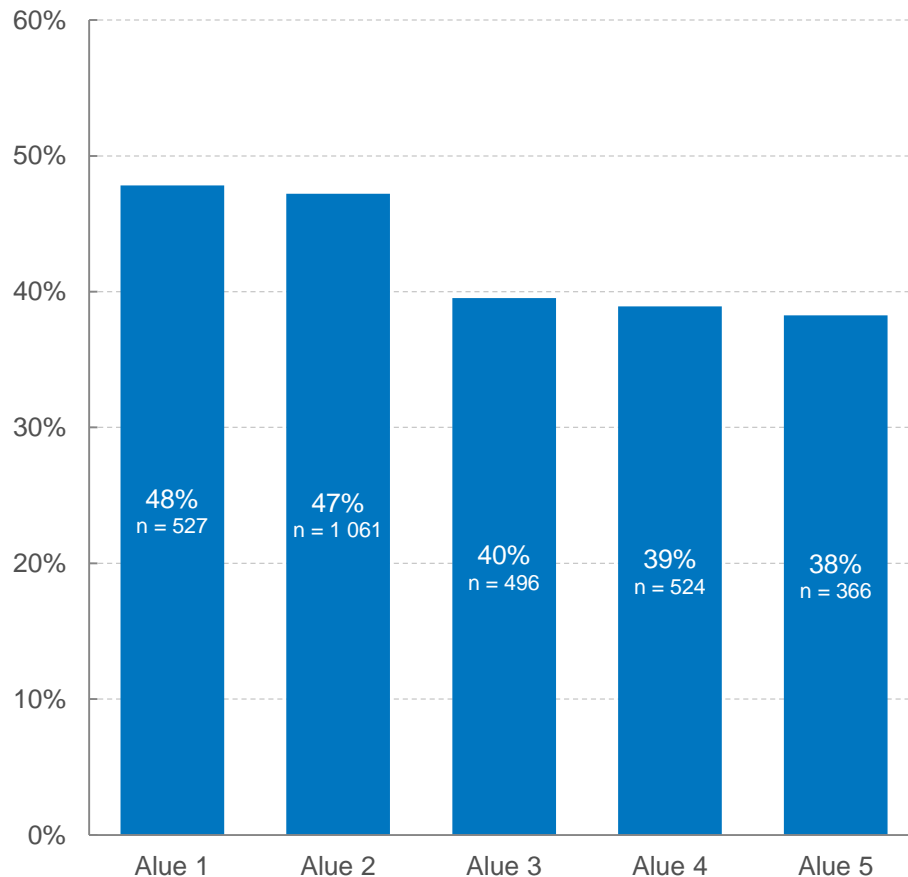
Terveyden edistäminen: Yli puolelle riskipotilaista ei onnistuta estämään uusien reikien syntymistä

Ajanjakso riskiryhmään* määrittelystä seuraavaan tarkastukseen 1 – 5 vuotta

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

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



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

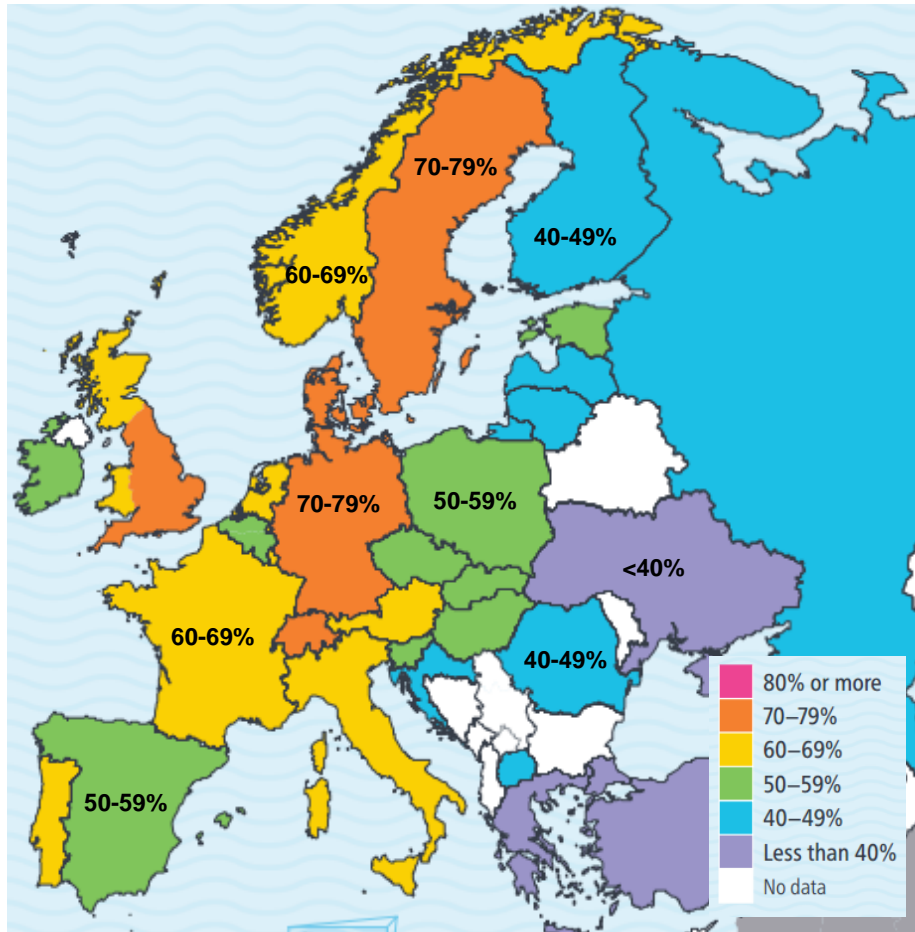
Terveyden edistäminen: Väestölähtöistä terveystyötä voitaisiin keskittää ja laajentaa huomattavasti

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 päivähoito	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 opiskeluterveyden- huolto, päihdepalvelut, puolustusvoimat

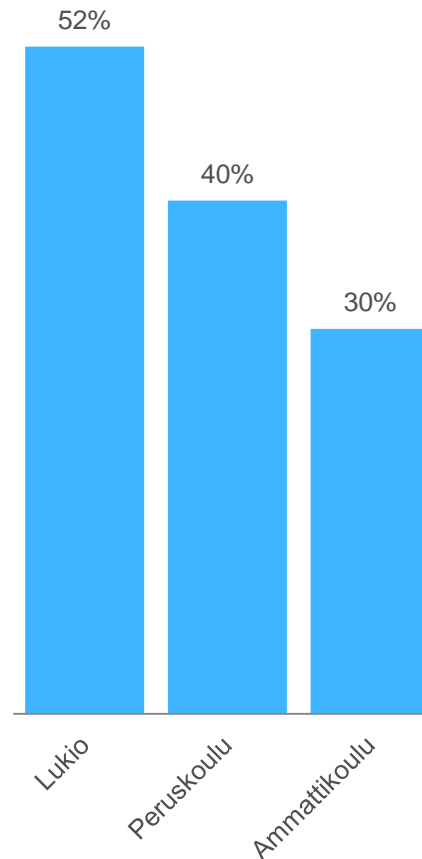
Terveyden edistäminen: Hampaiden harjausaktiivisuuden parantamiseen tulisi panostaa kansallisilla toimilla

Vähintään kahdesti vuorokaudessa hampaansa harjaavien 15-vuotiaiden poikien osuus



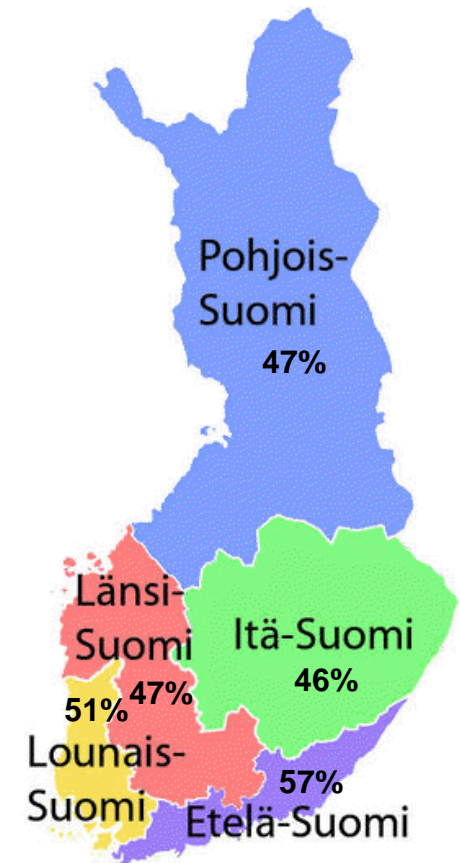
Lähde: WHO - Social determinants of health and well being among young people.

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



Lähde: THL - Kouluterveyskysely

Vähintään kahdesti vuorokaudessa hampaansa harjaavien miesten osuus

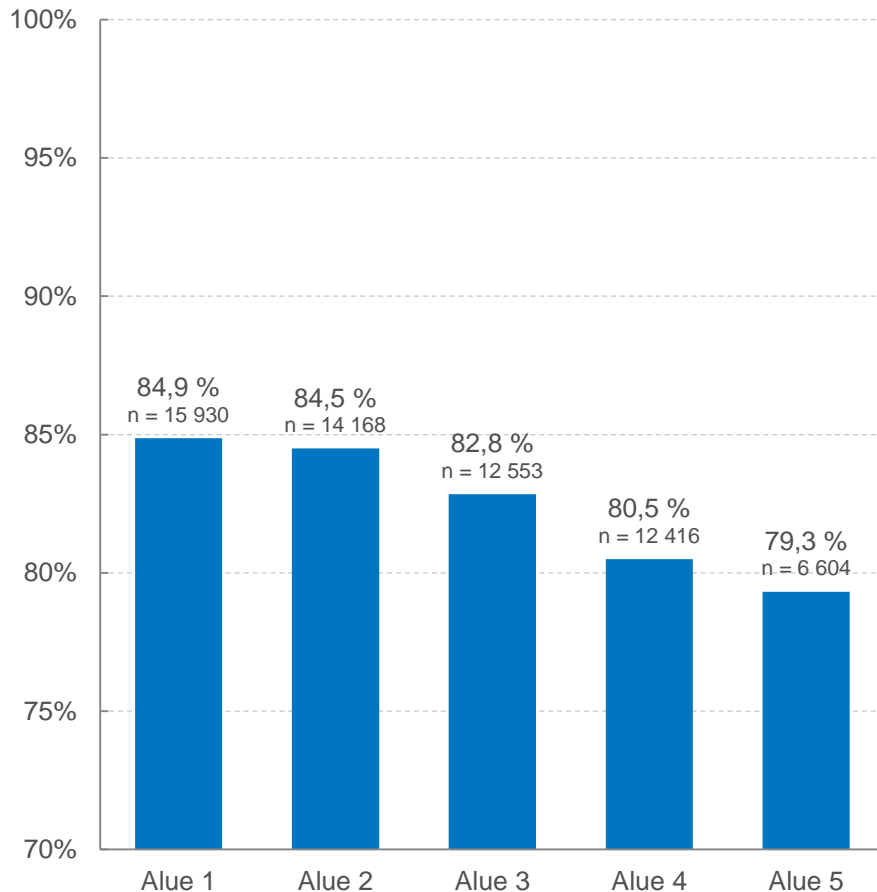


Lähde: THL - Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus

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

Laskettu pintakohtaisesti*

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



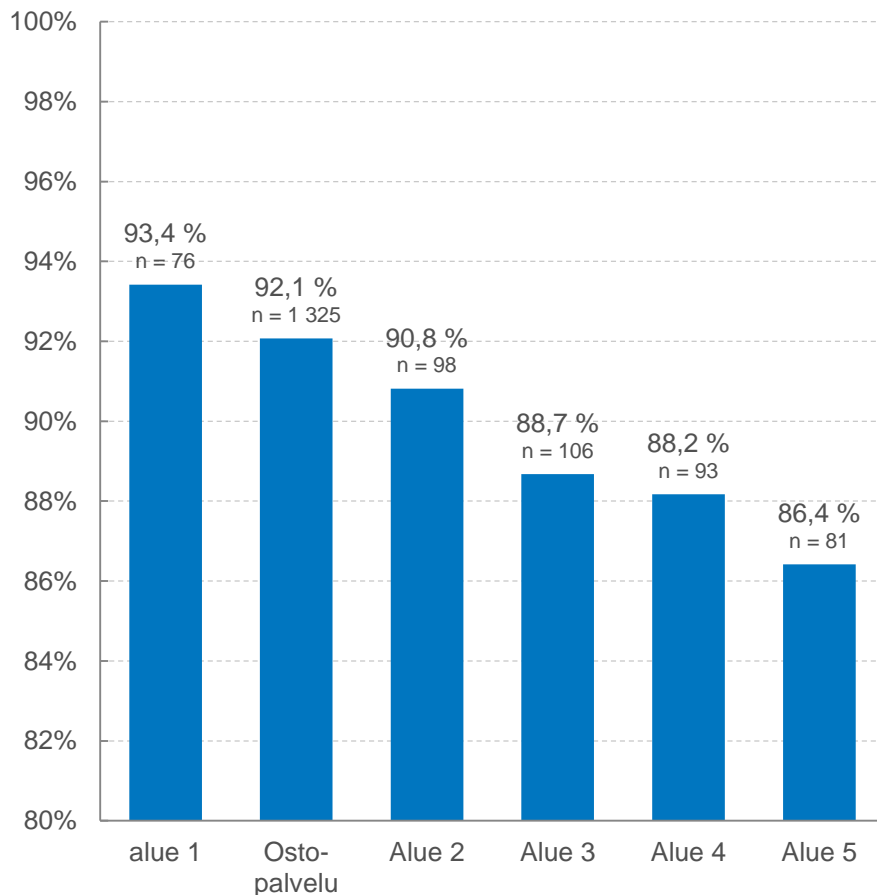
- Paikkaus lasketaan pysyneeksi, mikäli saman hampaan paikatuille pinnalle ei ole kohdistunut uutta paikkaustoimenpidettä 3 vuoden sisällä ensimmäisestä paikkauksesta. Yksi vastaavuus pinnoissa riittää määrittämään paikattavan reiän samaksi.
- Lähde: NHG Suun terveydenhuollon laaturekisteri

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), %



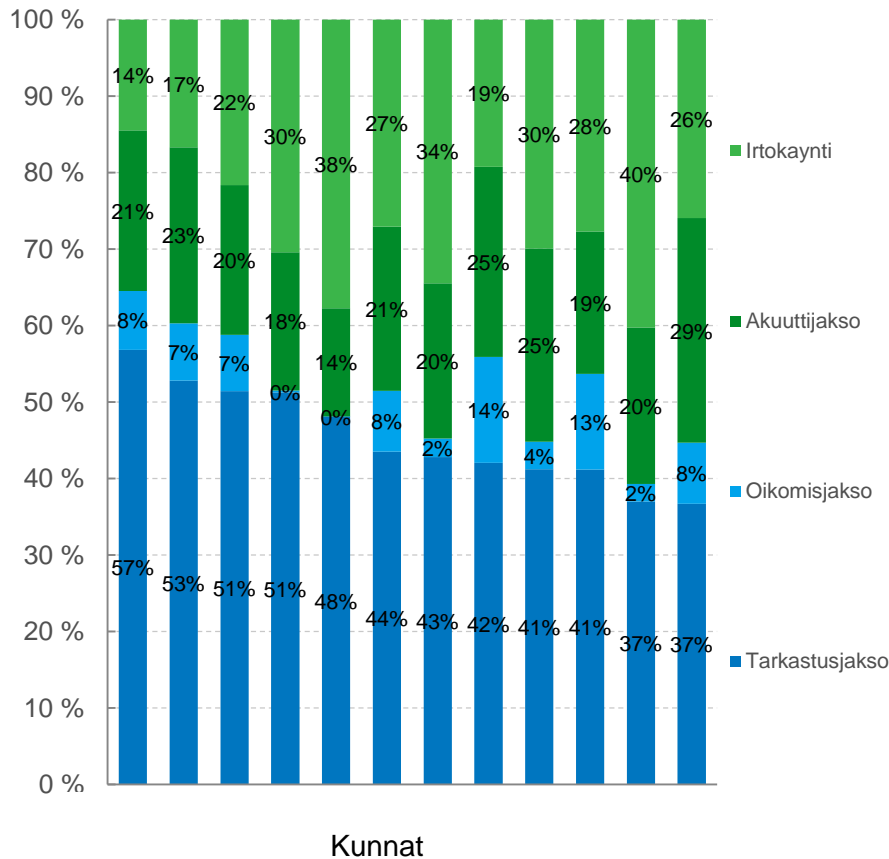
Juurihoidetun hampaan tulisi selvitä 5 vuotta ilman poistamista tai uutta juurihoitoa

- 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
 - Selittyy osin pienemmällä otoskoolla
- 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 varsin tarkalleen sama osuus

*Selviytyneeksi on laskettu hammas, jolle ei ole tehty 5 vuoden sisällä juuren täytön jälkeen uusintajuurihoitoa eikä sitä ole poistettu

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

Suun terveydenhuollon kustannusten jakautuminen hoitojaksoihin

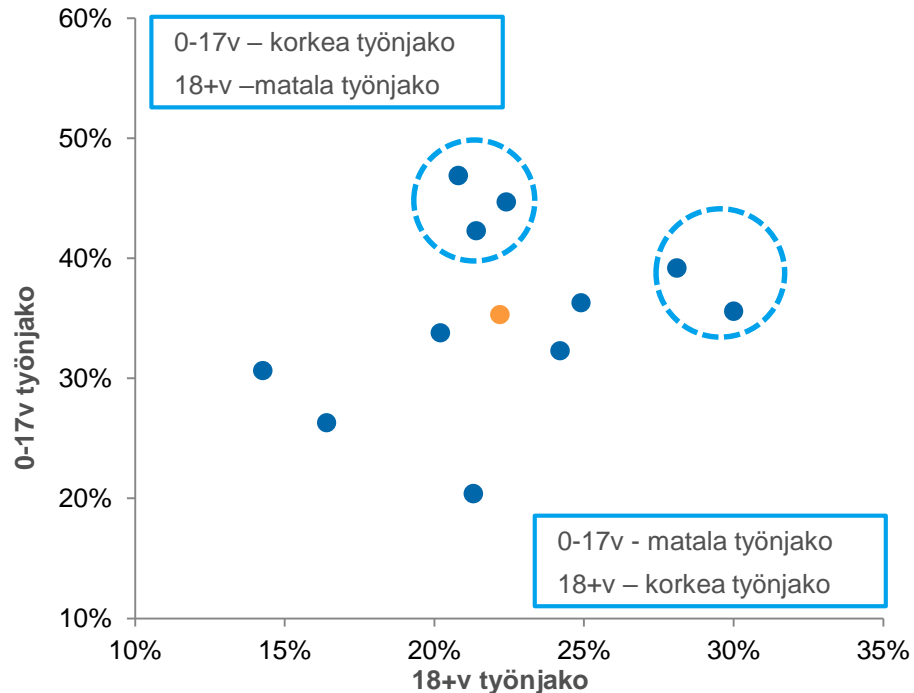


Lasten ja aikuisten hammashoidosta noin puolet tapahtuu tarkastuksesta alkavissa hoitojaksoissa

- Lasten ja aikuisten tarkastuksesta alkavat hoitojaksot 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.

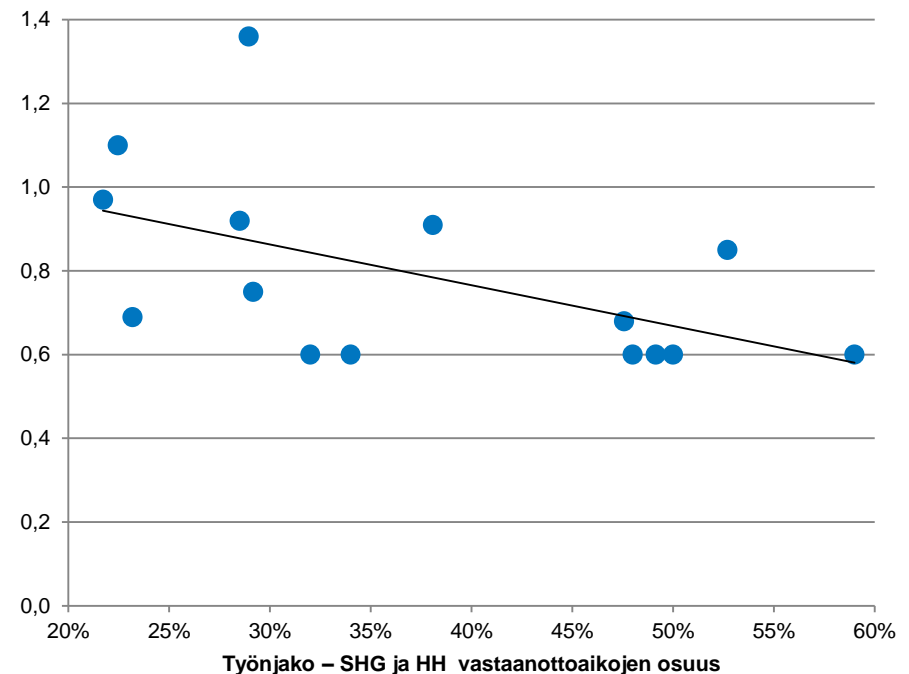
Työnjakoa lisäämällä voidaan vähentää henkilöstökustannuksia sekä mahdollisesti lisätä potilaiden terveyttä

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.

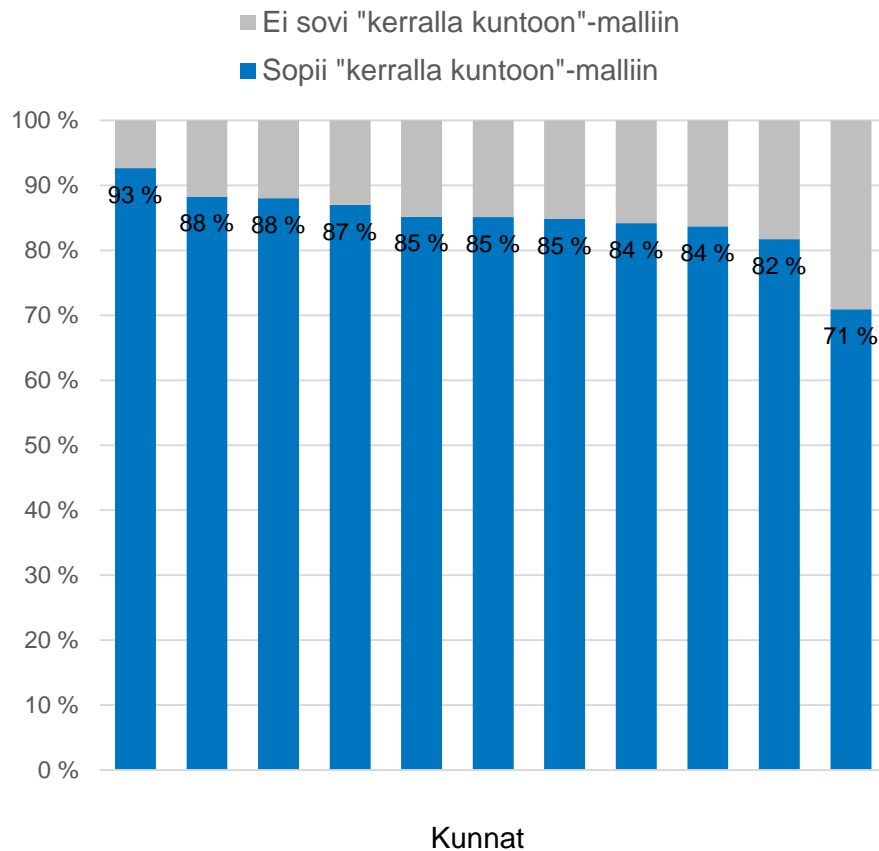
D+d keskiarvo, 7-17-vuotiaat suhteessa hoitohenkilökunnan itsenäisten vastaanottominuuttien osuuteen



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

”Kerralla kuntoon”-mallilla voitaisiin toteuttaa suurin osa aikuishoidosta

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

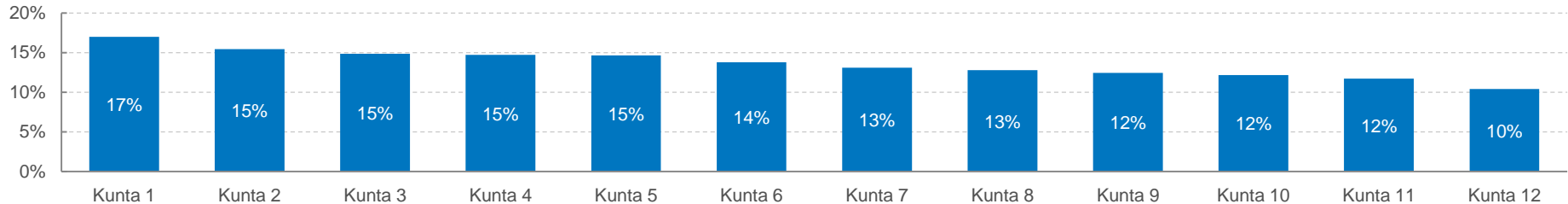


Kerralla kuntoon malli soveltuu merkittävään osaan julkista hammashoitoa

- 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

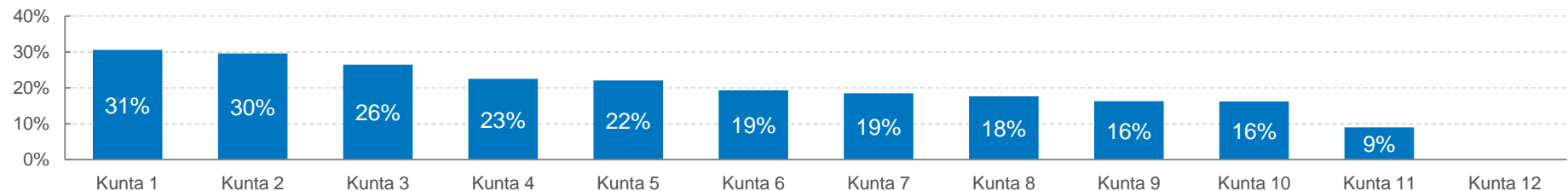
Suun terveydenhuollon palveluvalikoiman kehittäminen: Juurihoidon ja oikomishoidon yhtenäiset hoitokäytännöt

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



- Juurihoidon kattavuudessa on huomattavia eroja kuntien välillä, eivätkä erot eivät selity ainoastaan tarjottavan yksityispalvelun 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

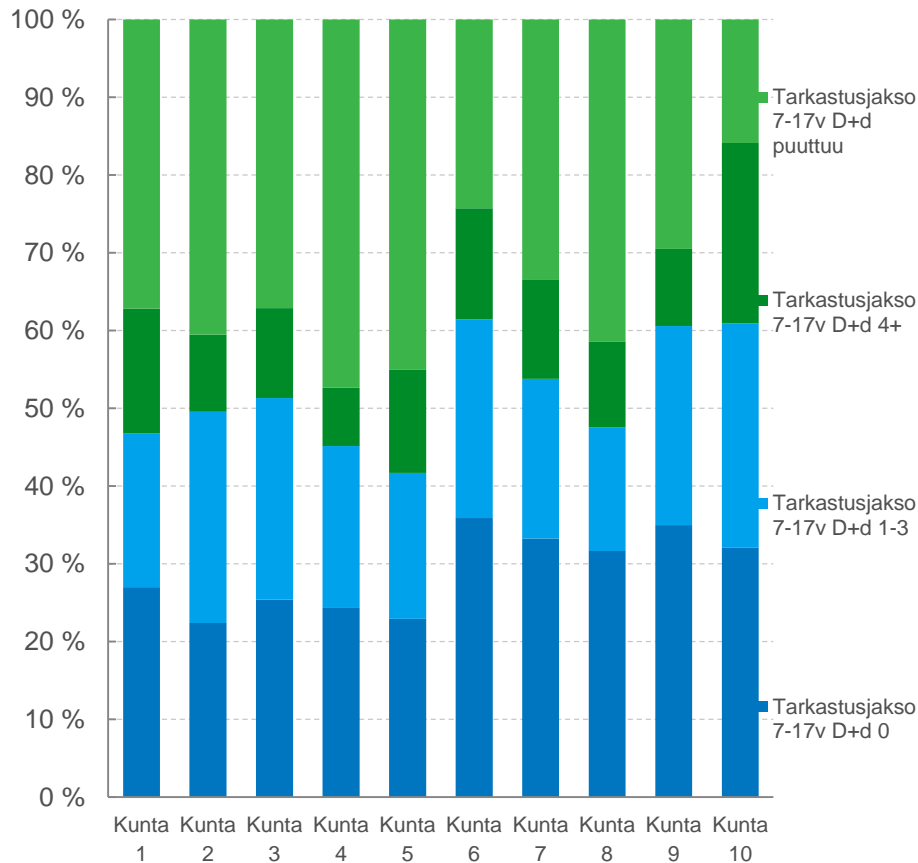
Oikomishoidon piirissä 3v aikana olleet 0-17v potilaat suhteessa 0-17v väestöön, %



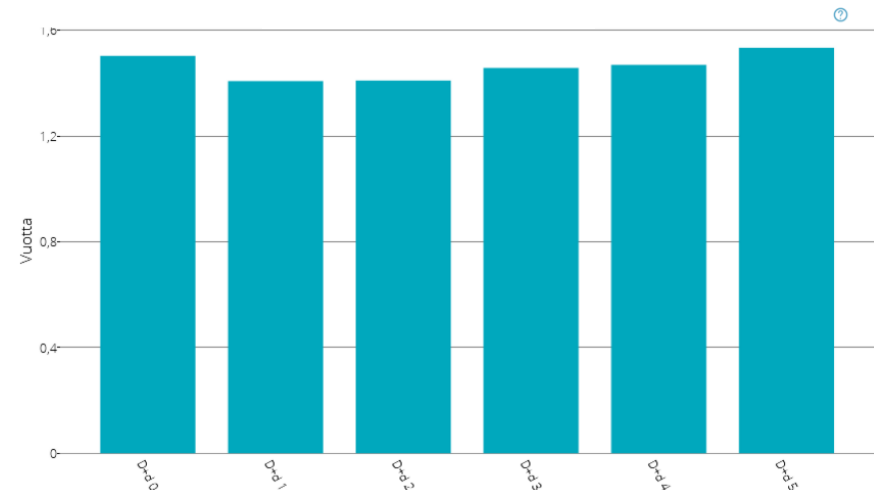
- Osassa kunnista merkittävä osa lapsiväestöstä saa oikomishoitoa, ja jopa 5-13% kunnan suun perushoidon kustannuksista menee oikomishoitoon. Kattavuuden lisäksi oikomisen potilaskohtaisessa resursoinnissa on merkittäviä kuntakohtaisia eroja. Joissain kunnissa oikomiseen liittyviä diagnooseja tehdään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

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

Yli kolmannes lasten tarkastustoiminnan kustannuksista ohjautuu terveisiin potilaisiin



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

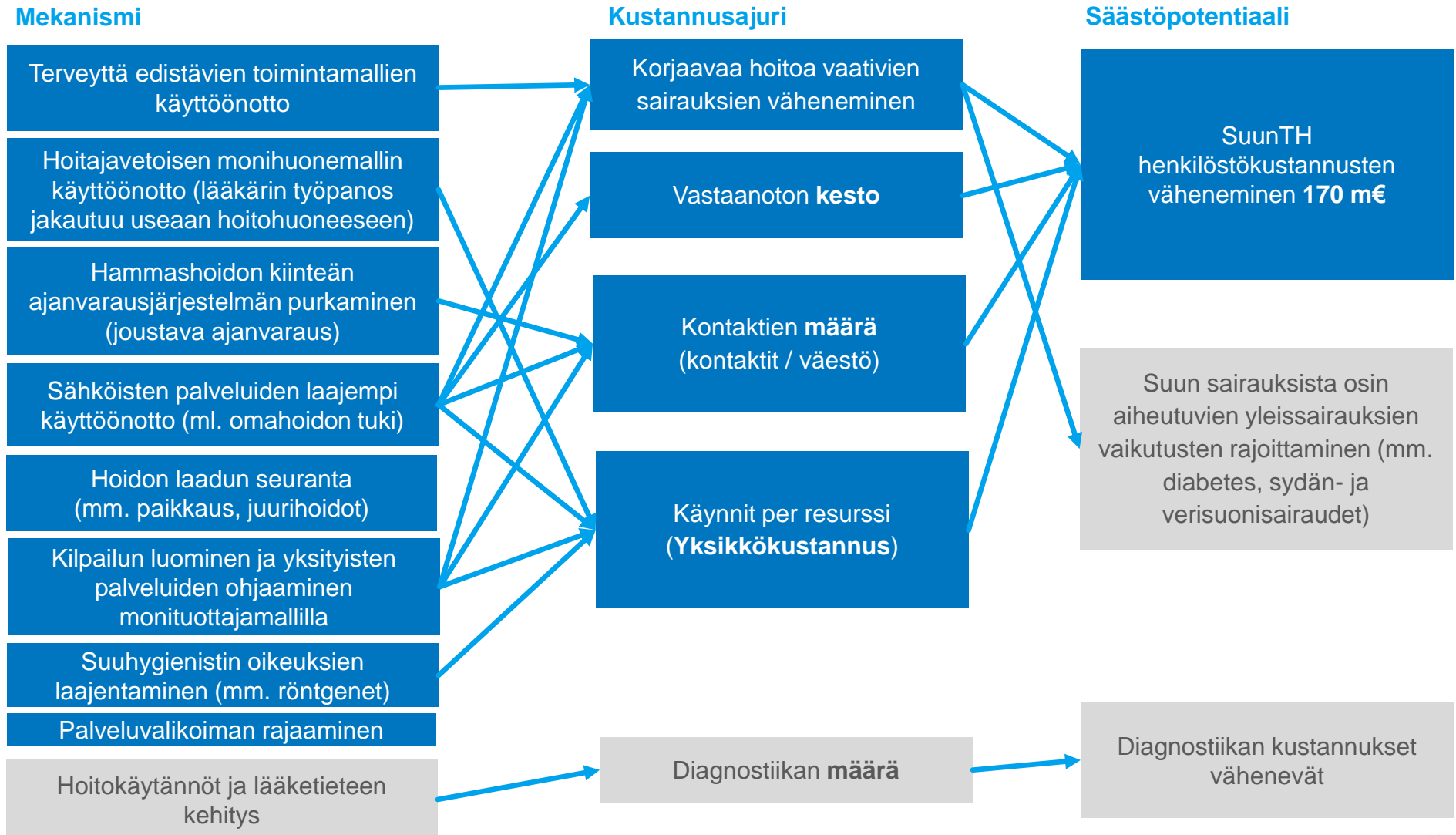


- D+d kuvaa kuinka monta reikää ensimmäisessä tarkastuksessa havaittiin. Tarkastusvälin tulisi olla huomattavasti pidempi niille potilaille, joilla havaittiin nolla reikää kuin niille, joilla havaittiin esimerkiksi kolme reikää. Hammaslääkärikohtaiset erot ovat huomattavia.
- Suuremmissa sairastumisvaarassa 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.

Säästöpotentiaali bottom-up

- Työnjakoon ja tehokkaaseen ”kerralla kuntoon” –vastaanottomalliin liittyvä tehostamispotentiaali on n. 130 m€
 - Potilassegmentointi
 - Suuhygienistien ja hammashoitajien roolin kasvattaminen
 - Toiminnanohjausjärjestelmä
- Lisäksi käyntejä per episodi voidaan vähentää n. 10 %, mikä vastaa n. 40 m€:n säästöjä
 - Terveysten edistäminen
 - Yksilölliset tarkastusvälit
 - Parhaiden käytäntöjen mukaiset episodit
 - Laaturekisteri ja siihen liittyvä vertaiskehittäminen

Kuntien järjestämän suun terveydenhuollon viitekehys

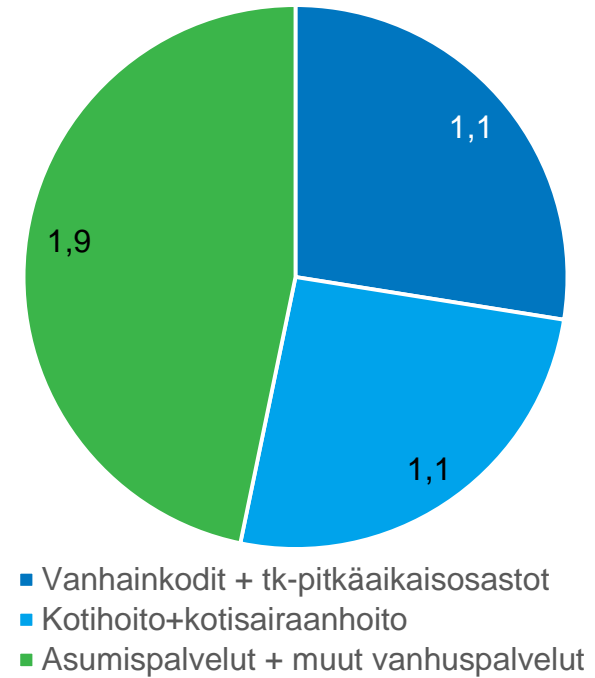
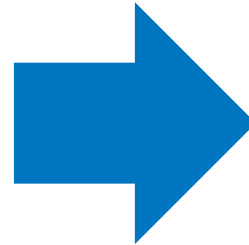
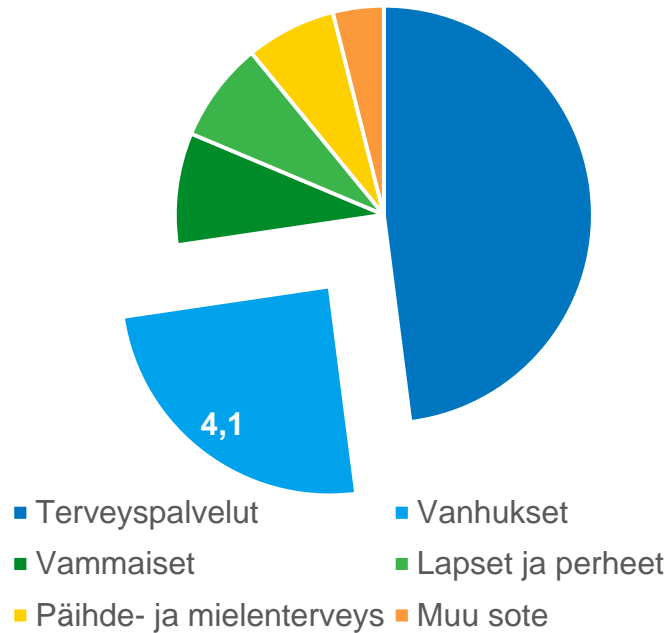


- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit**
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

Vanhuspalveluiden kustannusten jakautuminen palveluihin

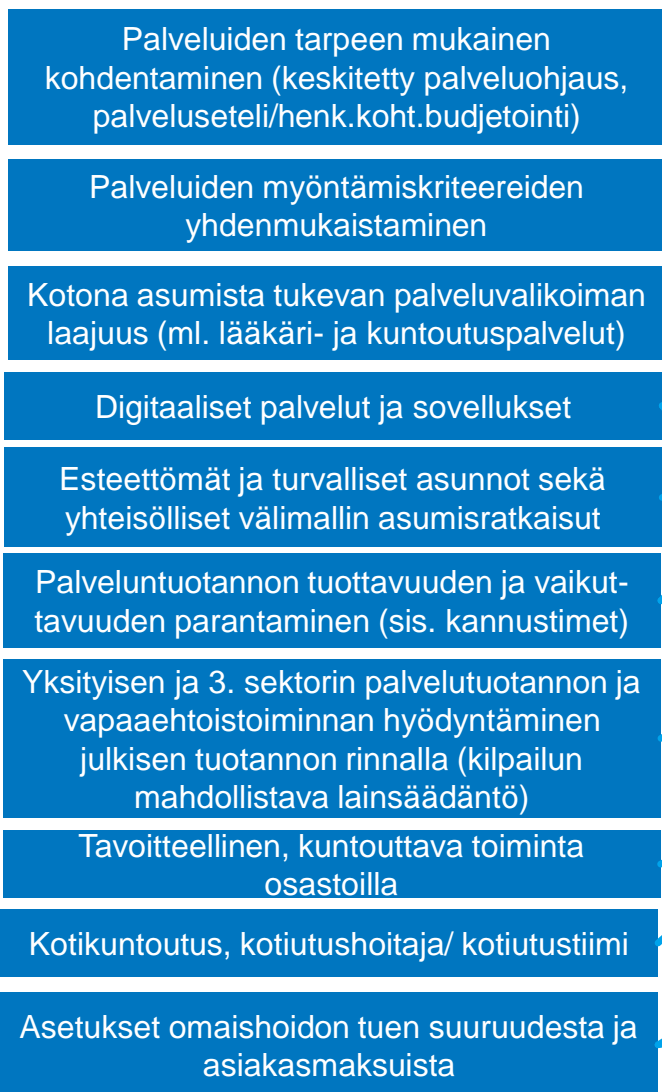
SOTE-nettokustannukset 16,7 mrd €

Vanhuspalveluiden kustannukset 4,1 mrd €

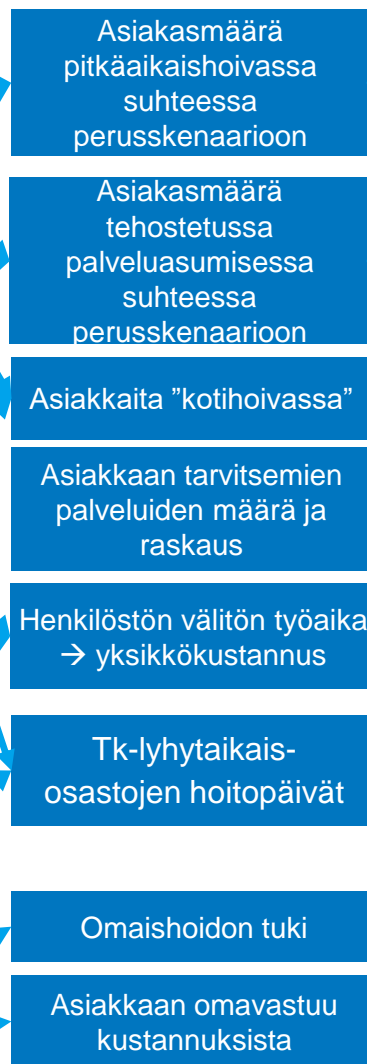


Vanhuspalveluiden ylätason viitekehys

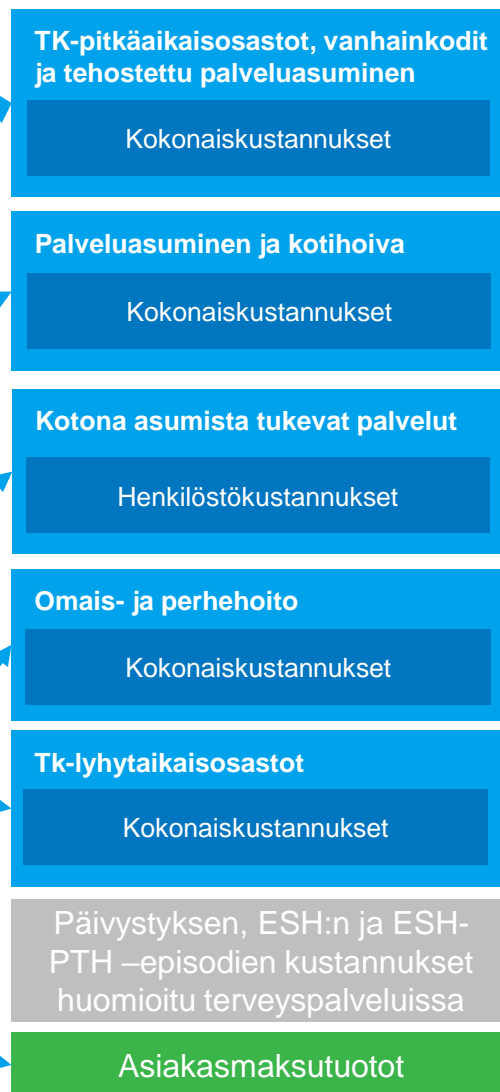
Alustavat mekanismit



Kustannusajuri



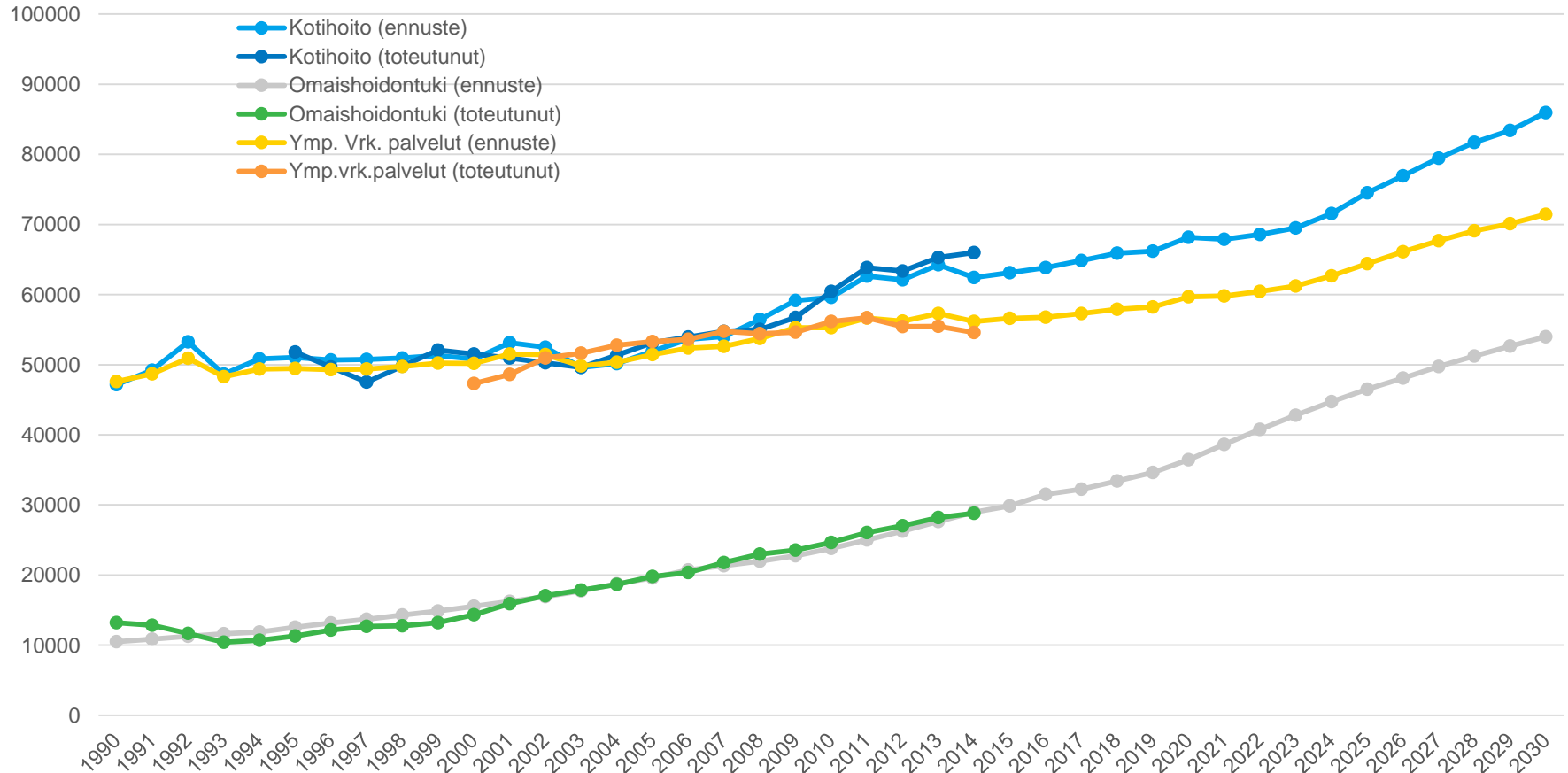
Säästöpotentiaali



- 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 **vanhusten toimintakyky muuttuu samalla tavalla kuin historiallisestikin**
 - Mallinnus perustuu palveluittain ja ikäryhmittäin historiadatasta 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 palveluntarve korreloi kuolleisuuden kanssa (palveluiden piirissä ollaan viimeiset elinvuodet). Tällöin malli myös huomioi eliniän pitenemisen ja terveiden elinvuosien lisääntymisen vaikutuksen.
 - Ennustusmallista saatiin historialliseen kehitykseen hyvin sopiva, joten mallin ulkopuoliset tekijät, kuten muutokset kriteereissä, ovat vaikuttaneet palveluiden piirissä olevien vanhusten määrään paljon vähemmän kuin ikäryhmittäinen kuolleisuus
 - Mallissa yhdistettiin kaikki ympärivuorokautiset palvelut (vanhainkoti, tk-pitkäaikaisosasto sekä tehostettu palveluasuminen), sillä näiden palvelumuotojen välillä on tapahtunut merkittäviä siirtymiä, jotka olisivat heikentäneet ennustusmallia merkittävästi. Kustannuksia arvioitaessa kuitenkin huomioitiin näiden palveluiden osuudet ympärivuorokautisista palveluista, sillä niiden yksikkökustannukset poikkeavat toisistaan.
- Muut skenaariot saadaan perusskenaariosta muuttamalla oletuksia palveluiden peittävyyksistä erilaisten toimenpiteiden seurauksena. Skenaarioiden säästöpotentiaali lasketaan suhteessa perusskenaarioon.
- **Kaikissa skenaarioissa** on oletettu, että **vanhuspalveluiden kokonaisasiakasmäärä noudattaa perusskenaarion määrää**, mutta palvelurakenteessa ja tuottavuudessa oletetaan tapahtuvan muutoksia.

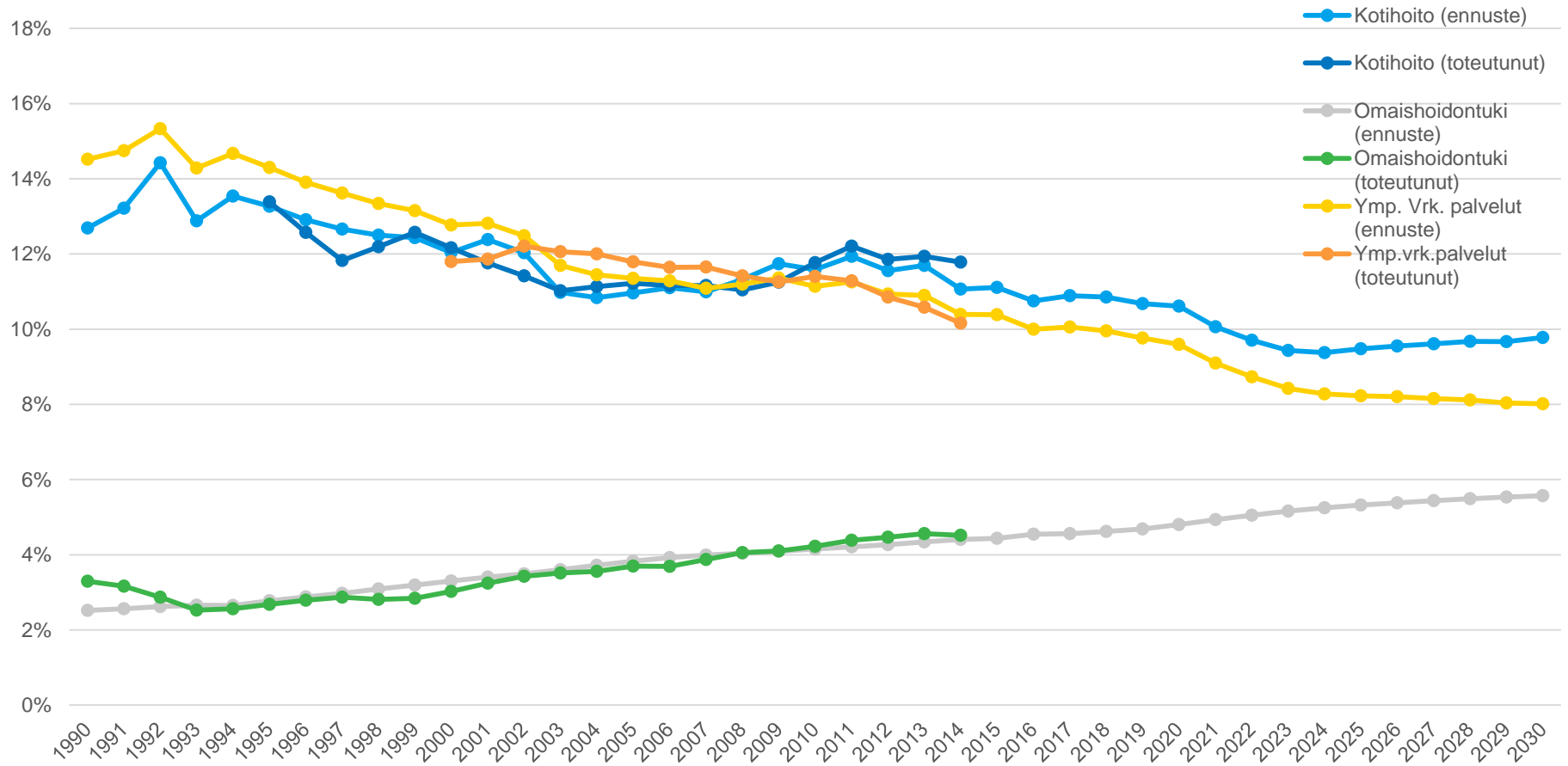
Perusskenaariossa palveluiden asiakasmäärät kasvavat...

Toteutunut ja mallin pohjalta ennustettu 65v+ asiakasmäärä



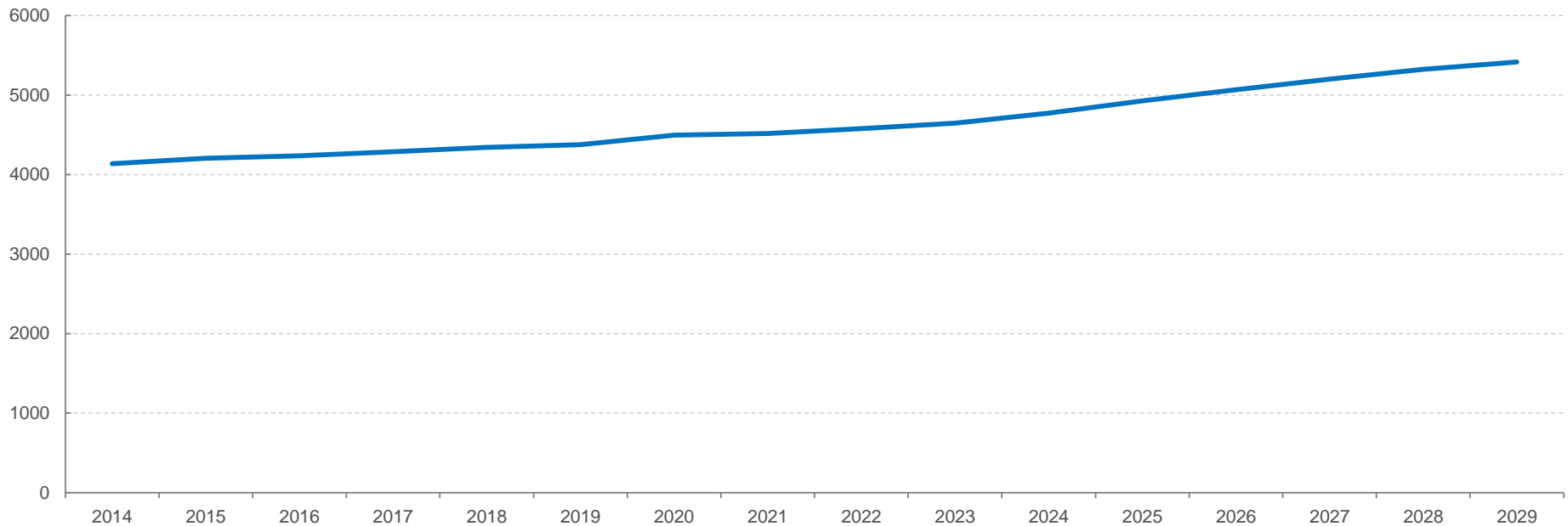
...mutta peittävyys pienenee muissa palveluissa paitsi omaishoidon tuessa

Vanhuspalveluiden 75v täyttäneet asiakkaat, osuus vastaavasta ikäryhmästä



Perusskenaariossa kustannukset kasvavat keskimäärin 1,8 % vuodessa

Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys perusskenaariossa, M€

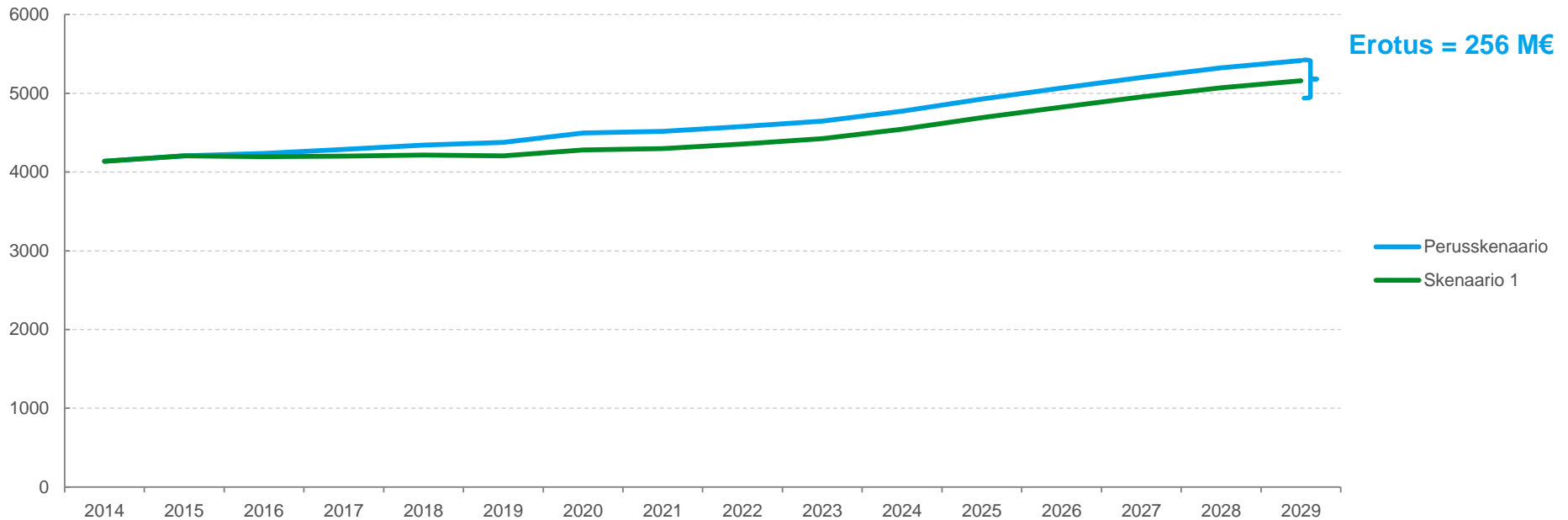


- Kustannusten ennustettu kasvu perusskenaariossa on keskimäärin 1,8 % vuodessa, yhteensä vuodesta 2014 vuoteen 2029 kasvua tulee n. 31 %
- Kustannuskehitys on laskettu olettaen, että palveluiden asiakaskohtaiset kustannukset pysyvät samana
 - Inflaatiota ei siten ole huomioitu, vaan käytetty vuoden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

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

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

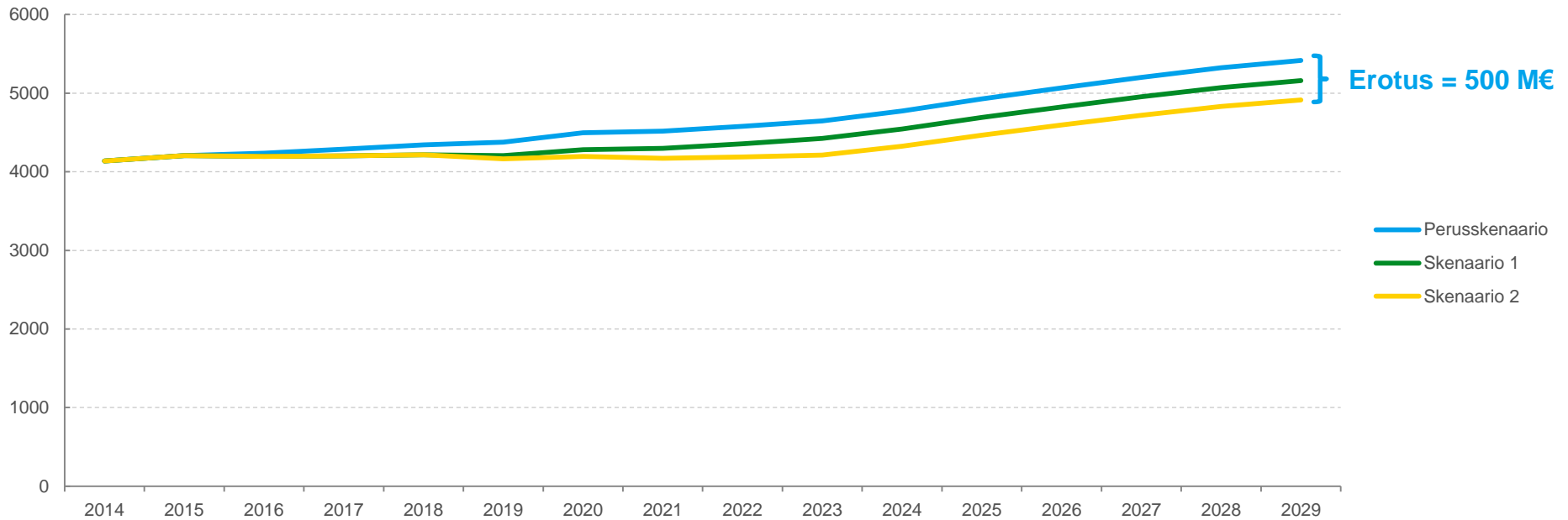
Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys eri skenaariossa, M€



- 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 terveystalouden laskelmiin, vaan vähennetty näistä säästöistä.

Skenaariossa 2 siirretään skenaarion 1 lisäksi kevyempiä tehostetun palveluasumisen asukkaita “kotihoivaan”. Kustannukset kasvavat keskimäärin 1,2 % vuodessa.

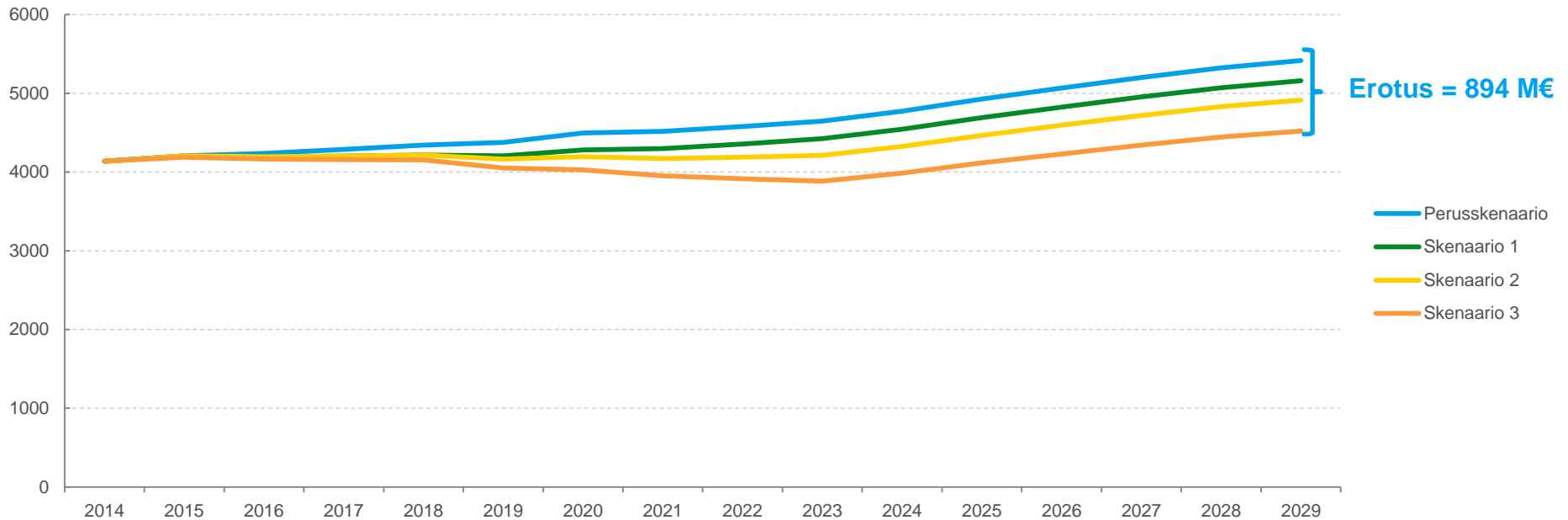
Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys eri skenaariossa, M€



- Kotihoiva tarkoittaa asuminen omissa kerrostaloyksioissä taajamien keskustoissa, joiden yhteyteen rakennettu yhteisöllisiä tiloja
 - Vantaalla tehdyn selvityksen perusteella 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
- Muutoksen oletetaan tapahtuvan viiden vuoden aikana alkaen 2019 (edellyttää kiinteistöinvestointeja)
- Kustannusten ennustettu kasvu skenaariossa 2 on keskimäärin 1,1 % vuodessa. Yhteensä vuodesta 2014 vuoteen 2029 kasvu tulee n. 19 %
- **Säästöä suhteessa perusskenaarioon vuonna 2029 on 500 M€**

Skenaariossa 3 samat muutokset kuin skenaarioissa 1 ja 2, mutta lisäksi kotihoidon tuottavuus kasvaa. Kustannukset kasvavat keskimäärin 0,6 % vuodessa.

Vanhuspalveluiden kustannusten kehitys eri skenaariossa, M€



- Kuntien keskimääräinen välittömän työajan osuus oli 49 %*, kun tehokkaimmalla kunnassa se oli 57 %. Yksityisillä palveluntuottajilla vastaava luku oli keskimäärin 69 %, mutta yksityisiltä puuttuvat viranomaistehtävät.
 - Oletetaan, että keskiarvo kuntien tuotannossa saavuttaa 57 % ja että puolet tuottaa yksityinen palveluntuottaja → **tehostamispotentiaali 28 %**.
- Muutoksen oletetaan tapahtuvan ensin hitaammin vuosina 2015 (kehittämistoimenpiteitä on käynnissä monissa kunnissa) ja kiihtyvän sote-uudistuksen myötä 2019, jolloin monituottajamalli lähtee yleistymään. Koko potentiaali saavutetaan 2023.
- Kustannusten ennustettu kasvu skenaariossa 2 on keskimäärin 0,6 % vuodessa. Yhteensä vuodesta 2014 vuoteen 2029 kasvu tulee n. 9 %
- **Säästöä suhteessa perusskenaarioon vuonna 2029 on 894 M€**

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

Kotitorin kuvaus



Kotitori
Avain palveluihin

- Kotitori toimii Tampereen kaupungille ikäihmisten kotiin tarjottavien palveluiden palveluintegraattorina
- Palveluintegraattori vastaa n. 400 ikäihmisen kotiin tarjottavista palveluista väestövastuuperiaatteella
 - 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
- Palveluintegraattorin vastuulla myös palveluntuottajien kilpailuttaminen ja laadunhallinta
 - 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 kehittämistä
 - 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)

Kotitorin vaikutukset*

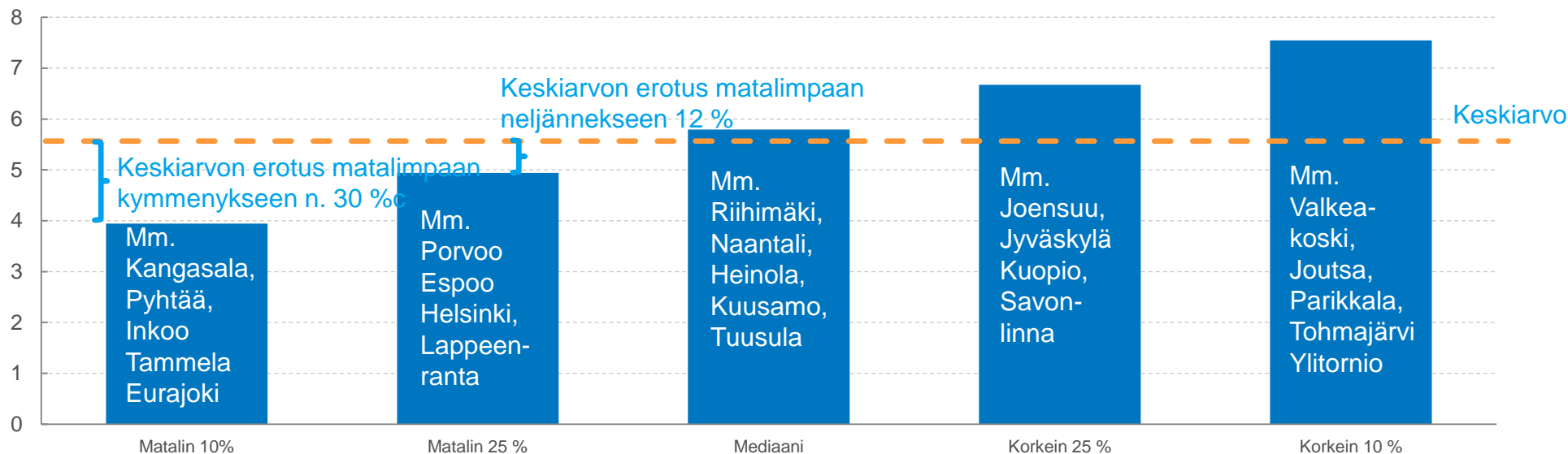
- Integraattorin vastuulla olevan asiakasryhmän kotihoidon kustannukset vähenivät 1,9 M€
 - Ulkoistettujen palveluntuottajien tuntihinnat ovat matalammat kuin julkisella
 - Palveluiden määrä per asiakas on matalampi kuin kaupungin muilla alueilla
- Integraattorin vastuulla olevalla alueella vaikuttavuus korkeampi kuin muualla kaupungissa:
 - 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 noussut 45 prosentista 55 prosenttiin
 - Kustannusvaikutus vuositasolla yli 3M EUR per vuosi

* Lähde: Kotitorin data-analyysi tammi 2012 – joulukuu 2013, KPMG Kotitorin taloudellisten vaikutusten arviointi

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 / vastaavanikäinen 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 pätsi myös niille lyhytaikaishoidon hoitopäiville, jotka ovat pelkästään tk-vuodeosastolla.
- Terveyspalveluanalyysissä laskettiin potentiaali niille jaksolle, jotka jatkuvat ESH:sta PTH:oon. Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali lasketaan ne hoitotaksot, jotka ovat pelkästään PTH-osastolla. Näiden hoitopäivien osuus on n. 50 % PTH-vuodeosaston hoitopäivistä. → **Säästöpotentiaali on 170 000 hoitopäivää, eli n. 42 M€.**

Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali on 936 M€ suhteessa perusskenaarioon

Alustavat mekanismit

- Palveluiden tarpeen mukainen kohdentaminen (keskitetty palveluohjaus, palveluseteli/henk.koht.budjetointi)
- Palveluiden myöntämiskriteereiden yhdenmukaistaminen
- Kotona asumista tukevan palveluvalikoiman laajuus (ml. lääkäri- ja kuntoutuspalvelut)
- Digitaaliset palvelut ja sovellukset
- Esteettömät ja turvalliset asunnot sekä yhteisölliset välimallin asumisratkaisut
- Palveluntuotannon tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen (sis. kannustimet)
- Yksityisen ja 3. sektorin palvelutuotannon ja vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen julkisen tuotannon rinnalla (kilpailun mahdollistava lainsäädäntö)
- Tavoitteellinen, kuntouttava toiminta osastoilla
- Kotikuntoutus, kotiutushoitaja/ kotiutustiimi
- Asetukset omaishoidon tuen suuruudesta ja asiakasmaksuista

Kustannusajuri

- Asiakasmäärä pitkäaikaishoivassa **pienenee** suhteessa perusskenaarioon
- Asiakasmäärä tehostetussa palveluasumisessa **pienenee** suhteessa perusskenaarioon
- Asiakkaita siirtyy "kotihoivaan"
- Asiakkaan tarvitsemien palveluiden määrä ja raskaus **pysyy samana**
- Henkilöstön välitön työaika kasvaa → **yksikkökustannus pienenee**
- Tk-lyhytaikais-osastojen hoitopäivät **vähenevät**
- Omaishoidon tuki **pysyy nykytasolla**
- Asiakkaan omavastuu kustannuksista **pysyy nykytasolla**

Säästöpotentiaali

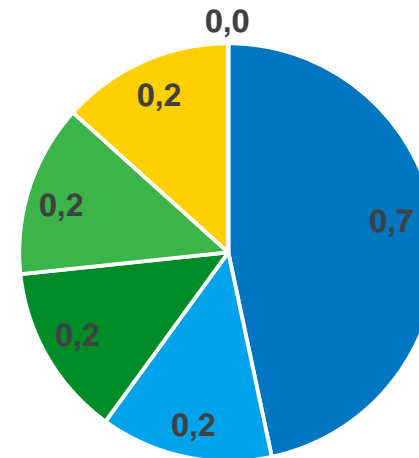
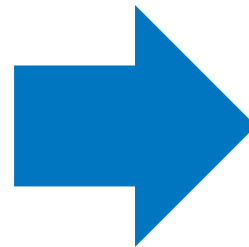
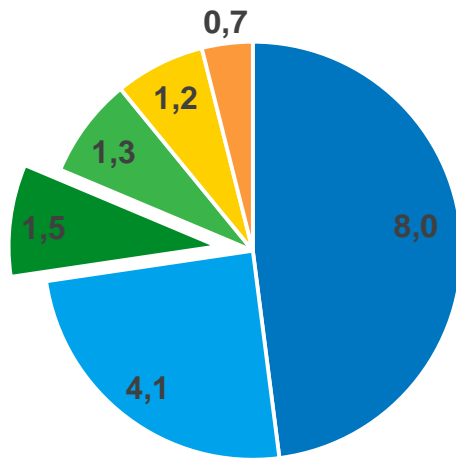
- TK-pitkäaikaisosastot, vanhainkodit ja tehostettu palveluasuminen
Kokonaiskustannukset pienenevät 995 M€
- Palveluasuminen ja kotihoiva
Kokonaiskustannukset kasvavat 495 M€
- Kotona asumista tukevat palvelut
Henkilöstökustannukset pienenevät 394 M€
- Omais- ja perhehoito
Kokonaiskustannukset kasvavat perusskenaarion mukaisesti
- Tk-lyhytaikaisosastot
Kokonaiskustannukset pienenevät 42 M€
- Päivystyksen, ESH:n ja ESH-PTH –episodien kustannukset huomioitu terveystaloudessa
- Asiakasmaksutuotot**

- 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

Säästömekanismeissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €

Vammaispalveluiden kustannusten jakautuminen 1,5 mrd €



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

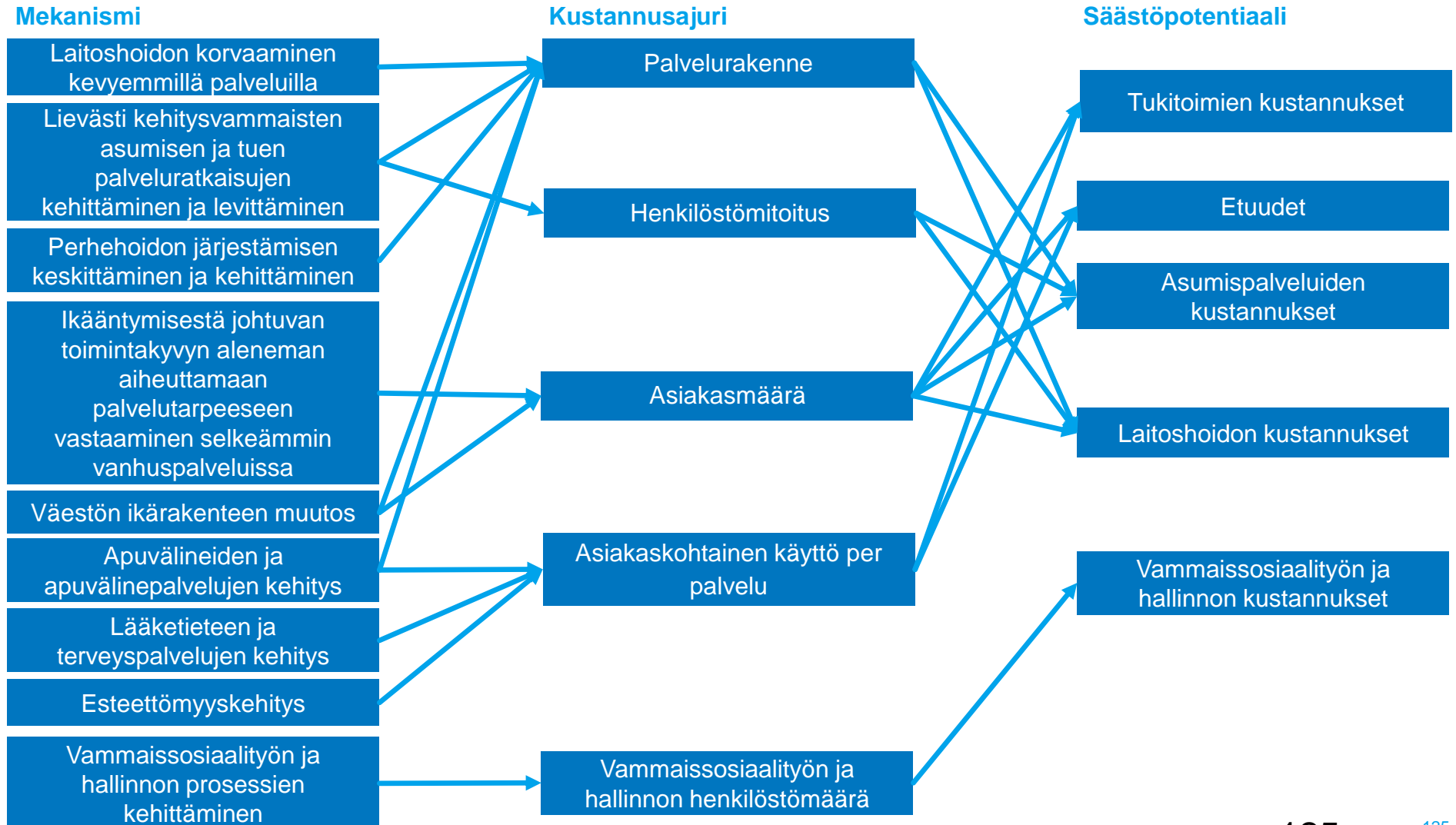
- Asumispalvelut
- Kuljetuspalvelut
- Laitospalvelut
- Henkilökohtainen apu
- Työllistämistoiminta
- Perhehoito

■ Keskeiset muutokset

– Lapset ja perheet = Lapset ja perheet + lasten- ja nuorisopsykiatria

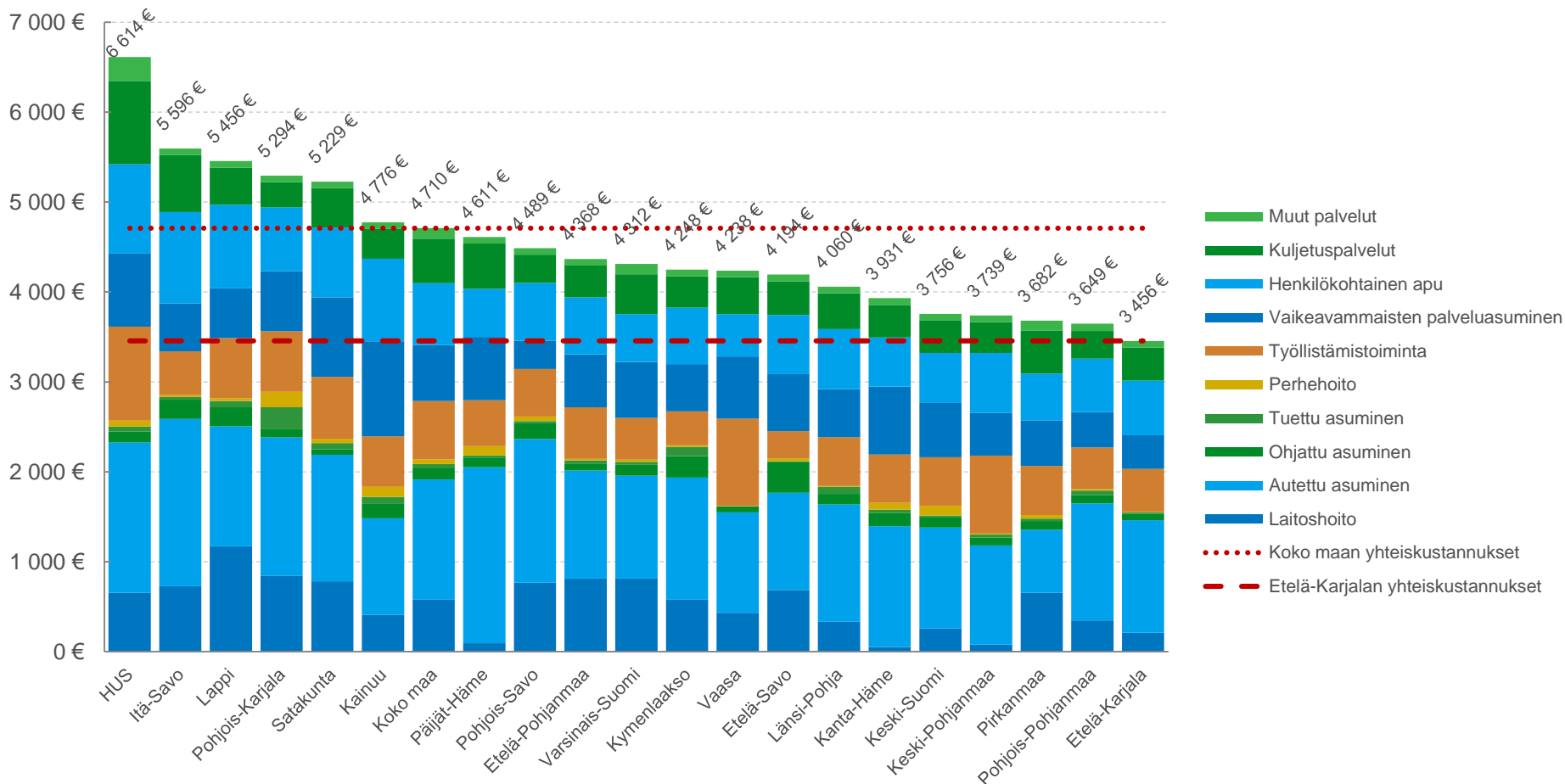
- Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveystalouksia, ei lasten ja perheiden palveluiden alle

Vammaispalveluiden ylätason viitekehys



Etelä-Karjalassa on vammaispalveluiden alhaisin kustannustaso

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

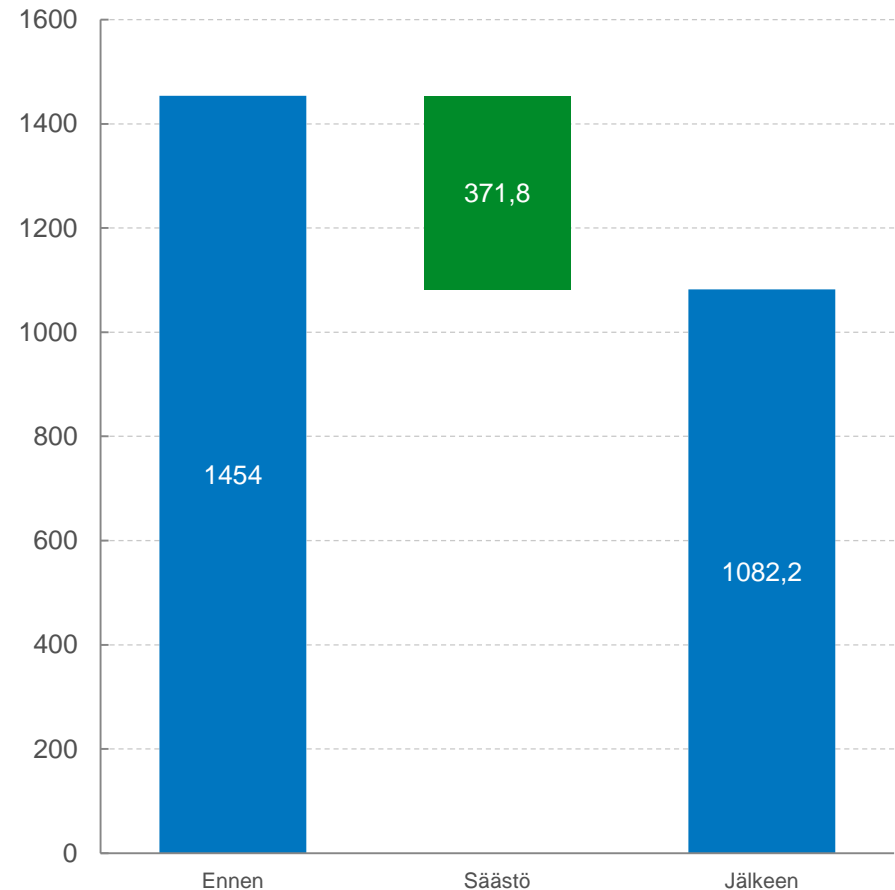


Lähde: NHG:n arvio, joka perustuu Sotkanetin asiakas-, suoritemäärä- ja KELA:n vammaisetuustietoihin sekä Kuusikkokuntien ja muutamien muiden kuntien kustannustietoihin

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

- Mikäli SOTE-uudistuksen myötä vammaispalveluiden kokonaiskustannustaso KELA:n vammaisetuuden saajaa kohden laskee Etelä-Karjalan tasolle, syntyy arvion 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.

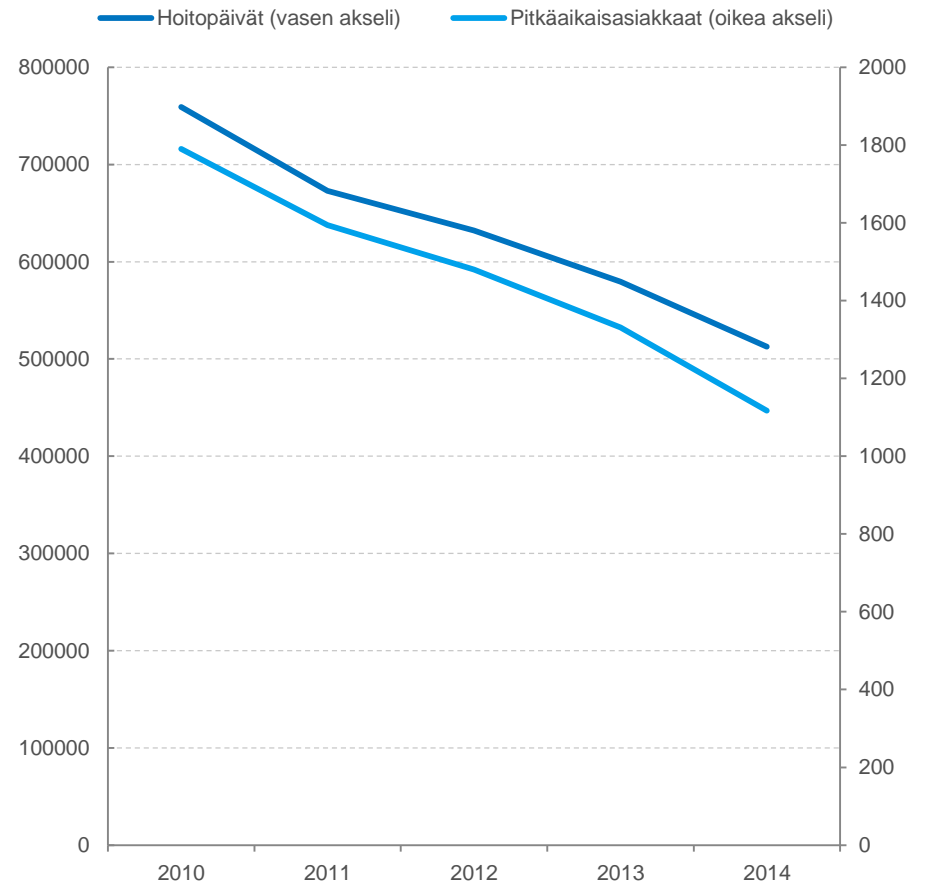
Vammaispalveluiden kustannukset toimittaessa kansallisesti alhaisimmalla kustannustasolla



Pitkäaikaisen laitoshoidon korvaaminen kevyemmillä 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 autettuna asumisena hoitopäivän hinnalla 187 € eli 20 %:a keskimääräistä autetun asumisen hintaa (156 €) korkeammalla hinnalla, syntyisi säästöä 65,2 M€.

Vammaisten laitoshoidon hoitopäivät ja pitkäaikaisasiakkaat koko maassa



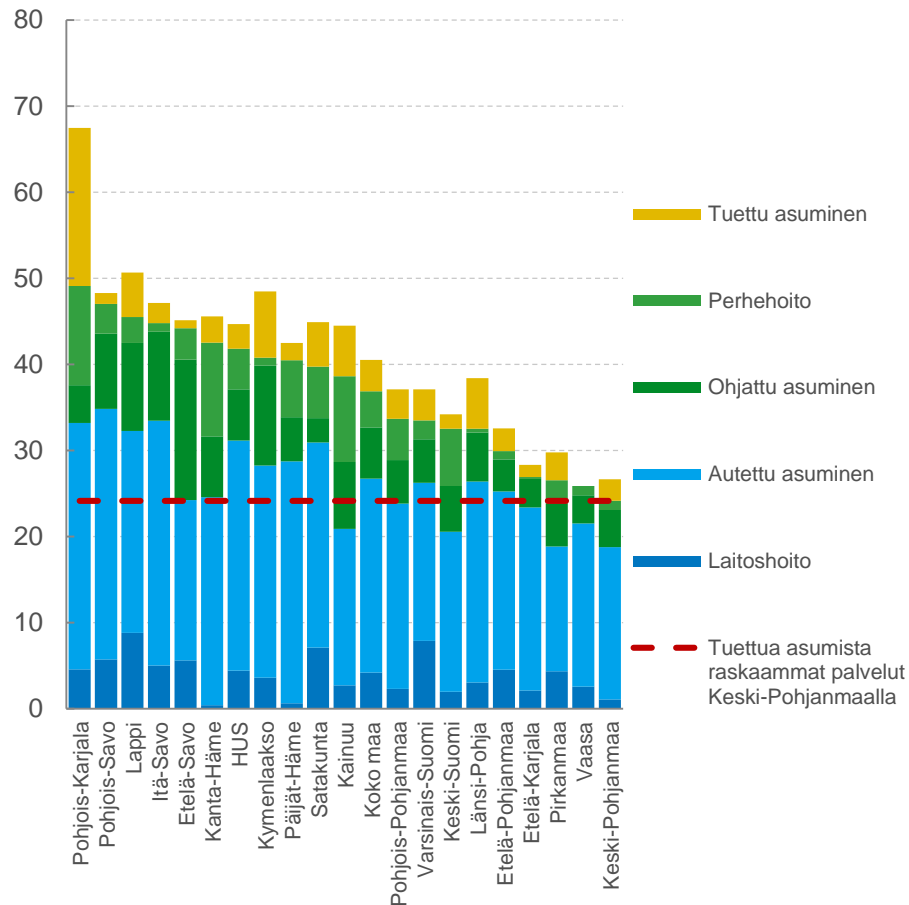
Lievästi kehitysvammaisten asumisen ja tuen palveluratkaisujen kehittäminen ja levittäminen - säästö 4,1 M€

- 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€.

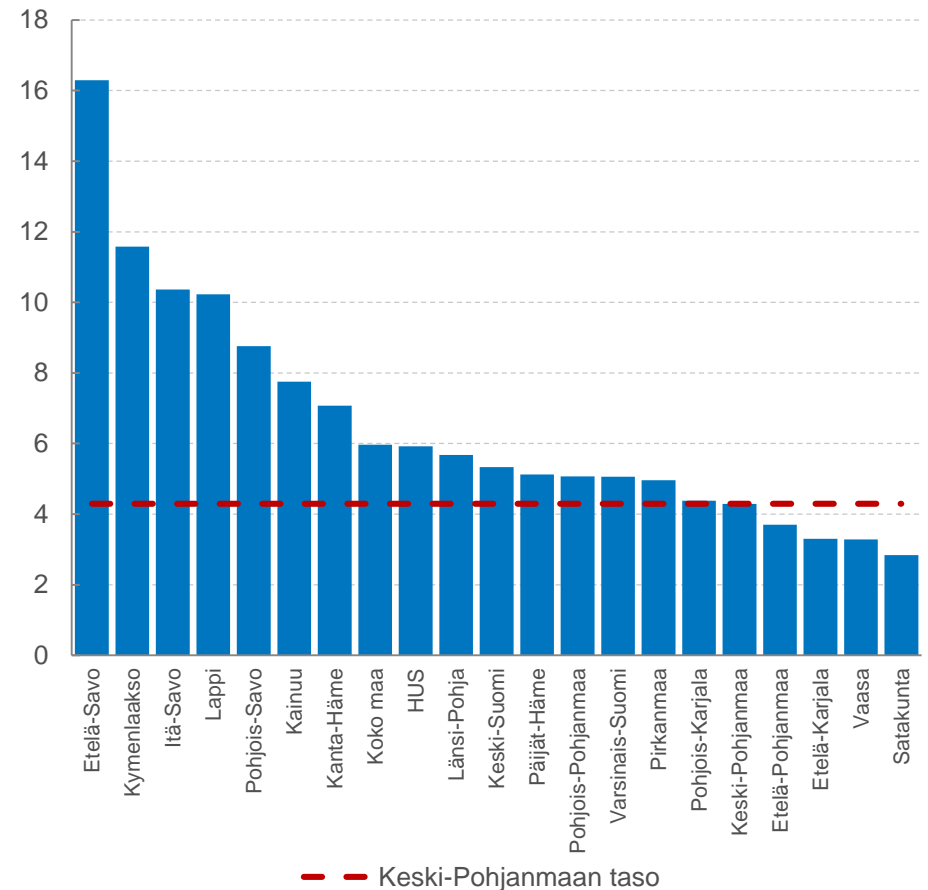
Keski-Pohjanmaalla on matalin peittävyys tuettua asumista raskaammissa palveluissa

Vain 4 piirissä on Keski-Pohjanmaata matalampi ohjatun asumisen peittävyys

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



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

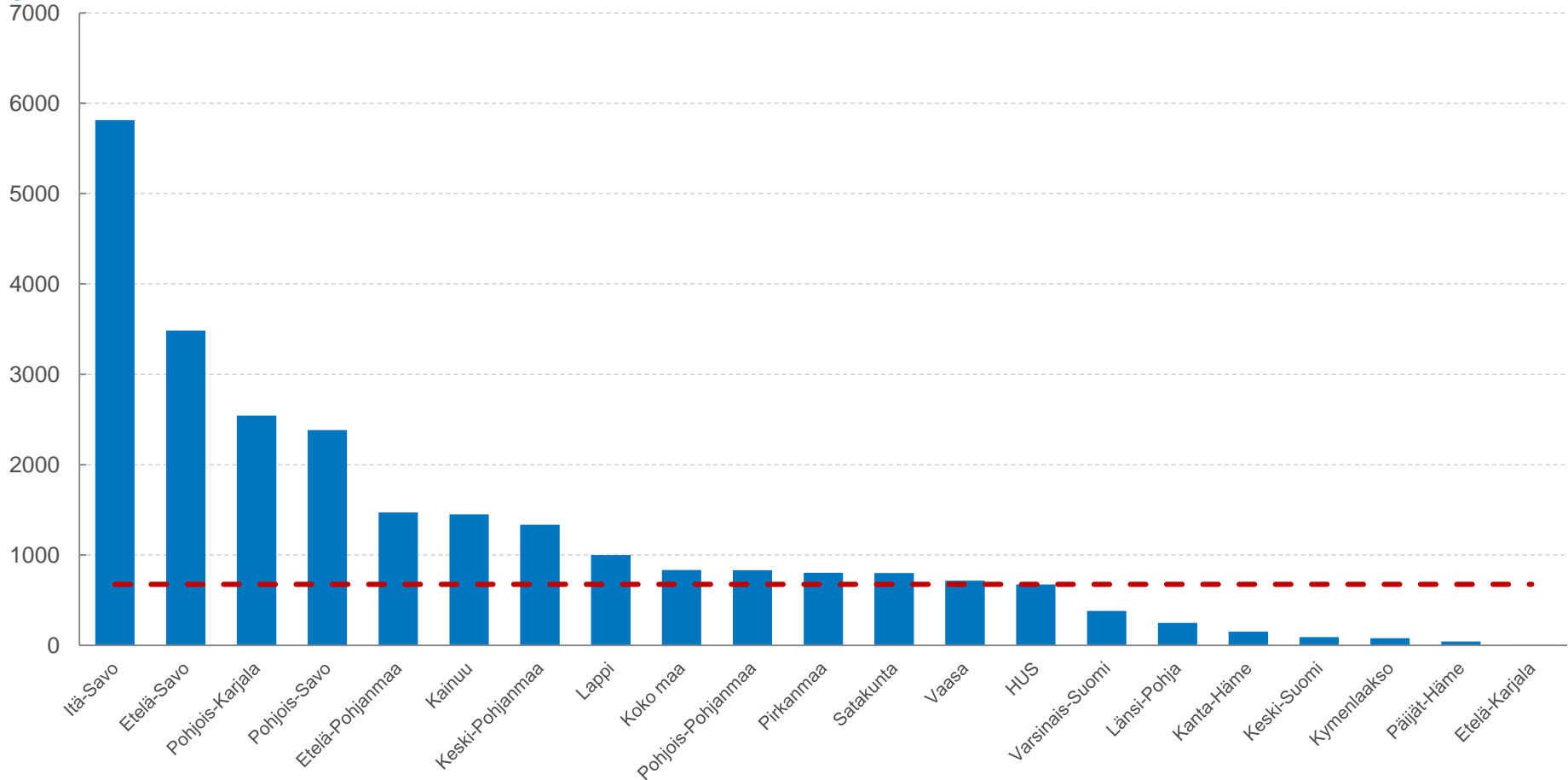


Perhehoidon järjestämisen keskittäminen ja kehittäminen - säästö 1,2 M€

- 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 hoitajaksolla 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 vammaisetuuden saajaa kohden saataisiin HUS-alueen tasolle niillä alueilla, joilla se on korkeampi, korvaamalla perhehoidolla syntyisi säästöä 1,2 M€. Arviossa on oletettu, että toimenpide vaatii perhehoidon hoitopäivän keskihintaan 5 euron korotusta. Arviosta on jätetty pois Pohjois-Karjala, jossa on eniten perhehoitoa suhteessa väestöön.

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

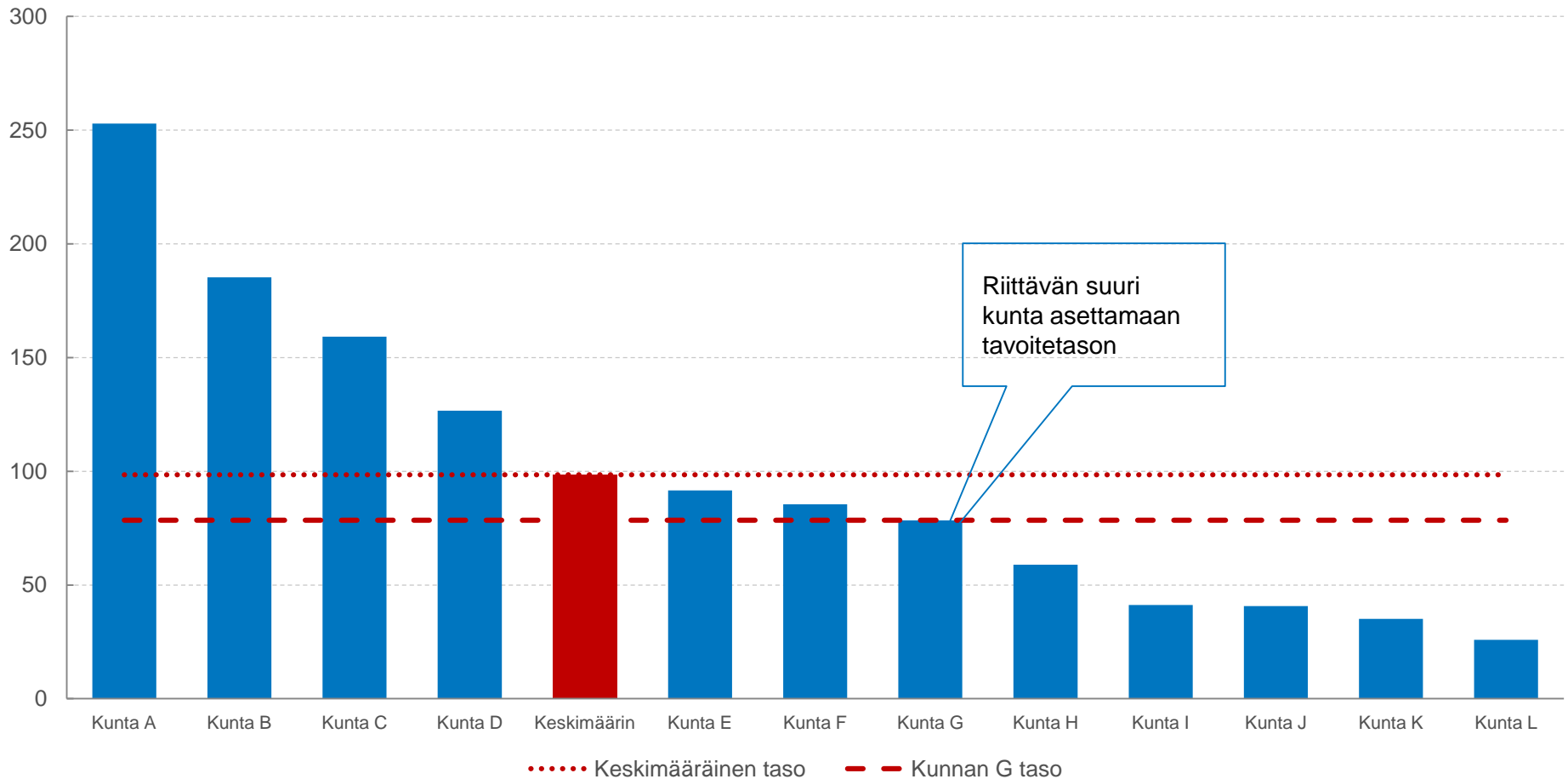


Vammaissosiaalityön ja hallinnon prosessien kehittäminen - säästö 6,1 M€

- 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 kehittymistä. 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€.

Vammaissosiaalityön ja palveluohjauksen kustannuksissa on 20 prosentin säästöpotentiaali

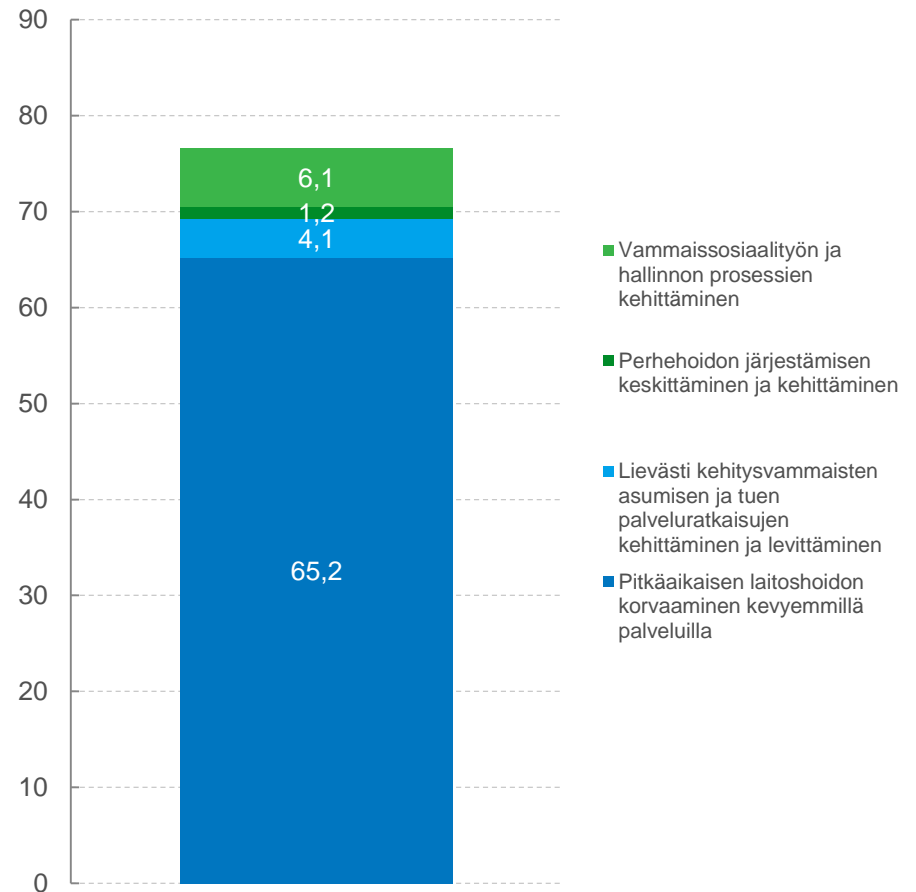
Vammaissosiaalityön ja palveluohjauksen nettokustannukset KELA:n vammaisetuuden saajaa kohden 2014



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

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

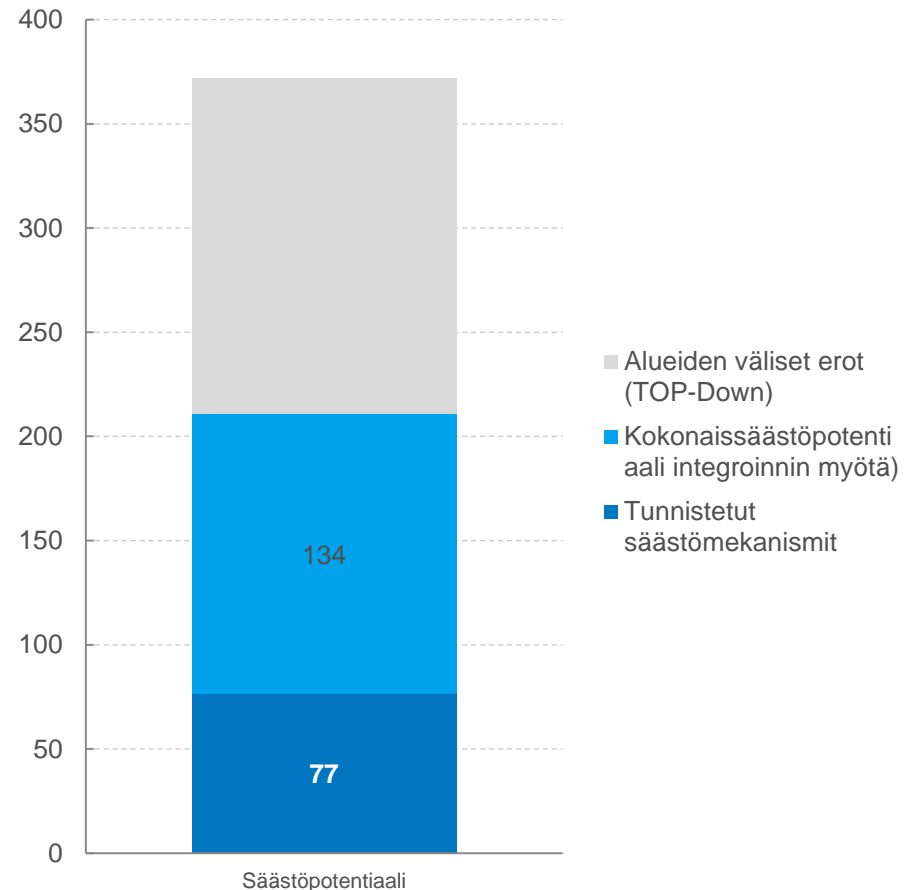
Vammaispalveluiden säästöpotentiaali, M€



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€



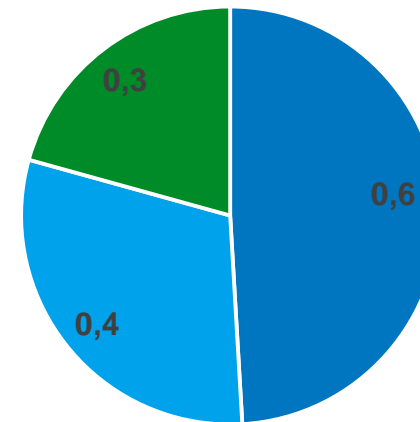
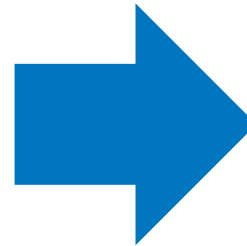
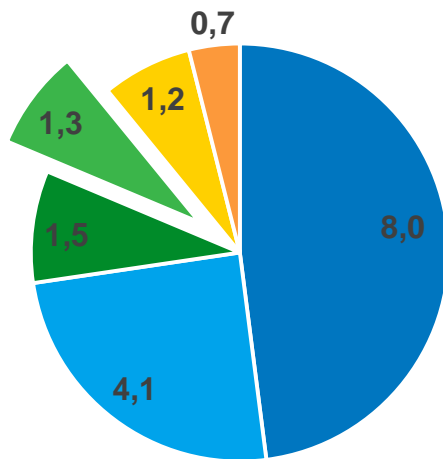
- 1 Terveyspalveluiden säästömekanismit
- 2 Vanhuspalveluiden säästömekanismit
- 3 Vammaispalveluiden säästömekanismit
- 4 Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden säästömekanismit**
- 5 Päihde- ja mielenterveyspalveluiden säästömekanismit

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 terveystieteiden palveluiden osuus ilman opiskelija- ja kouluterveydenhuoltoa ja lasten ja nuorten somaattista hoitoa on 1,3 mrd €.

Säästömekanismissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €

Lasten ja perheiden palveluiden kustannukset 1,3 mrd €



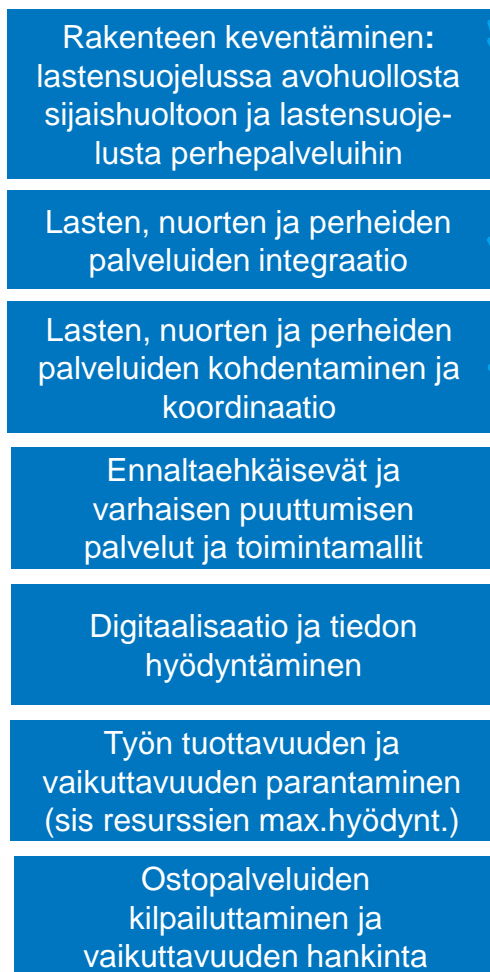
- Terveyspalvelut
- Vammaiset
- Päihde- ja mielenterveys
- Vanhukset
- Lapset ja perheet
- Muu sote

- Lastensuojelun laitos- ja perhehoito
- Muut palvelut
- Lasten- ja nuorisopsykiatria

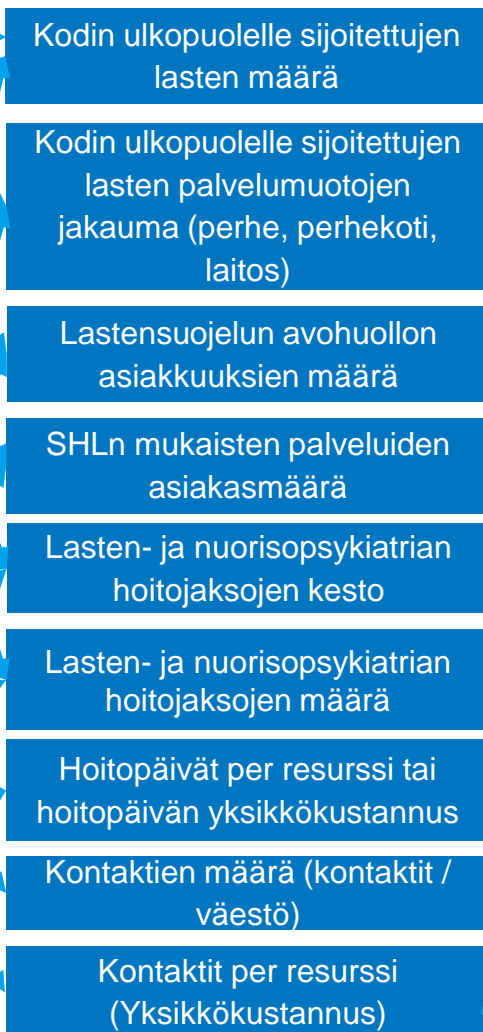
- Keskeiset muutokset
 - Lapset ja perheet = Lapset ja perheet + lasten- ja nuorisopsykiatria
- Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveystieteiden palveluita, ei lasten ja perheiden palveluiden alle

Lasten ja perheiden palveluiden rakennemuutoksen viitekehys

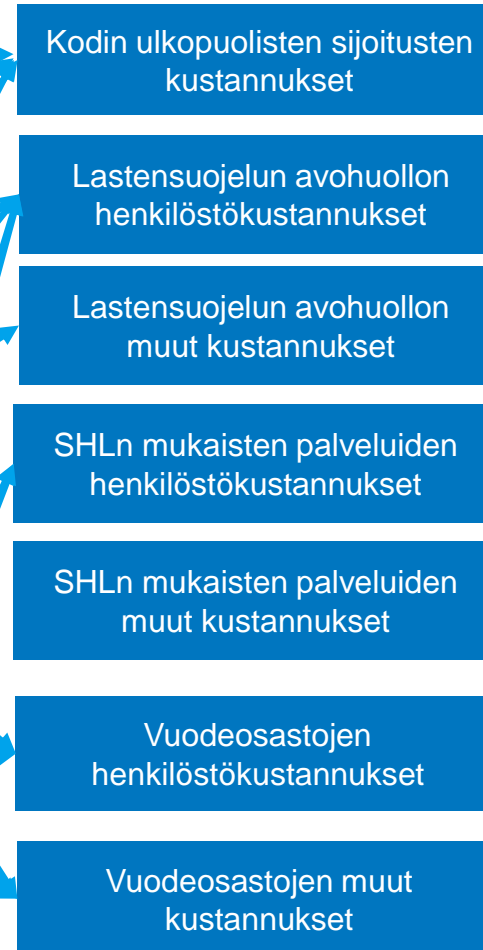
Mekanismi



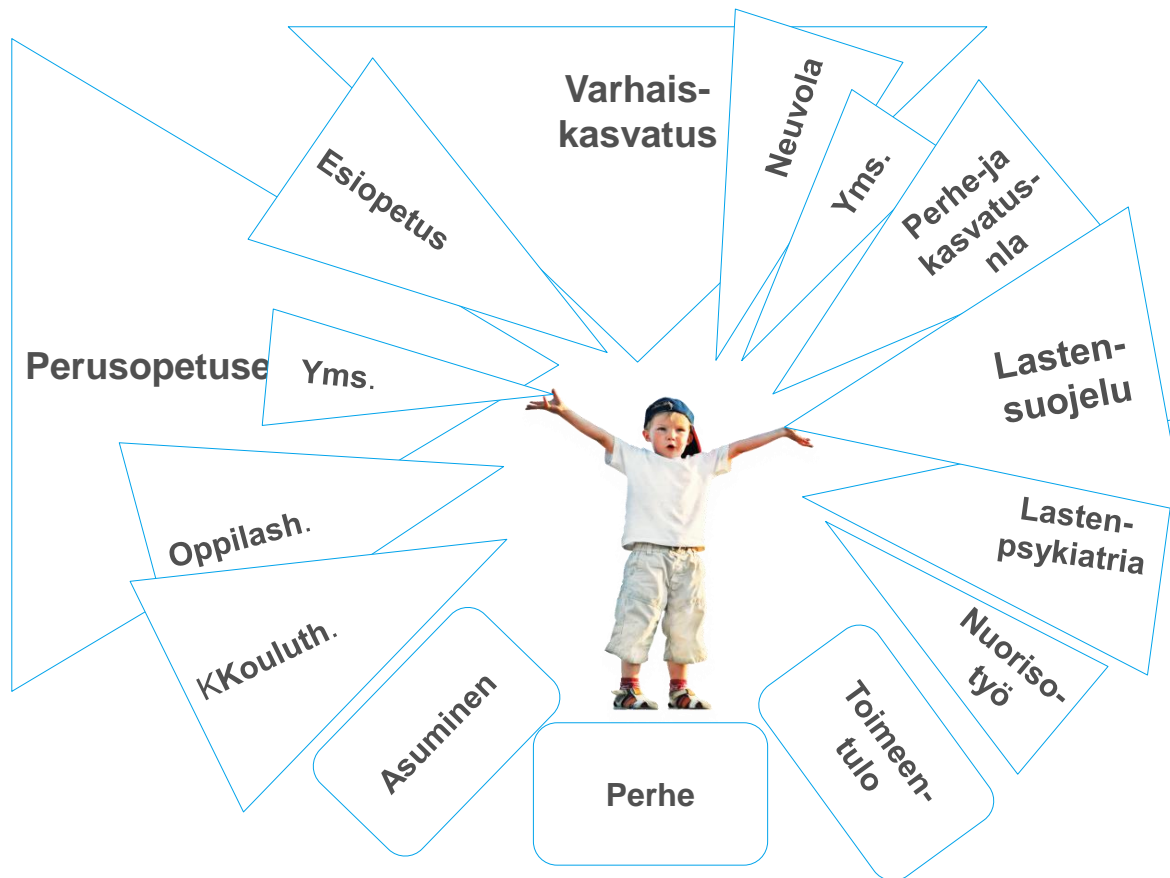
Kustannusajuri



Säästöpotentiaali



Kehittämisen lähtökohta: Lasten ja perheiden palvelut tänään



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

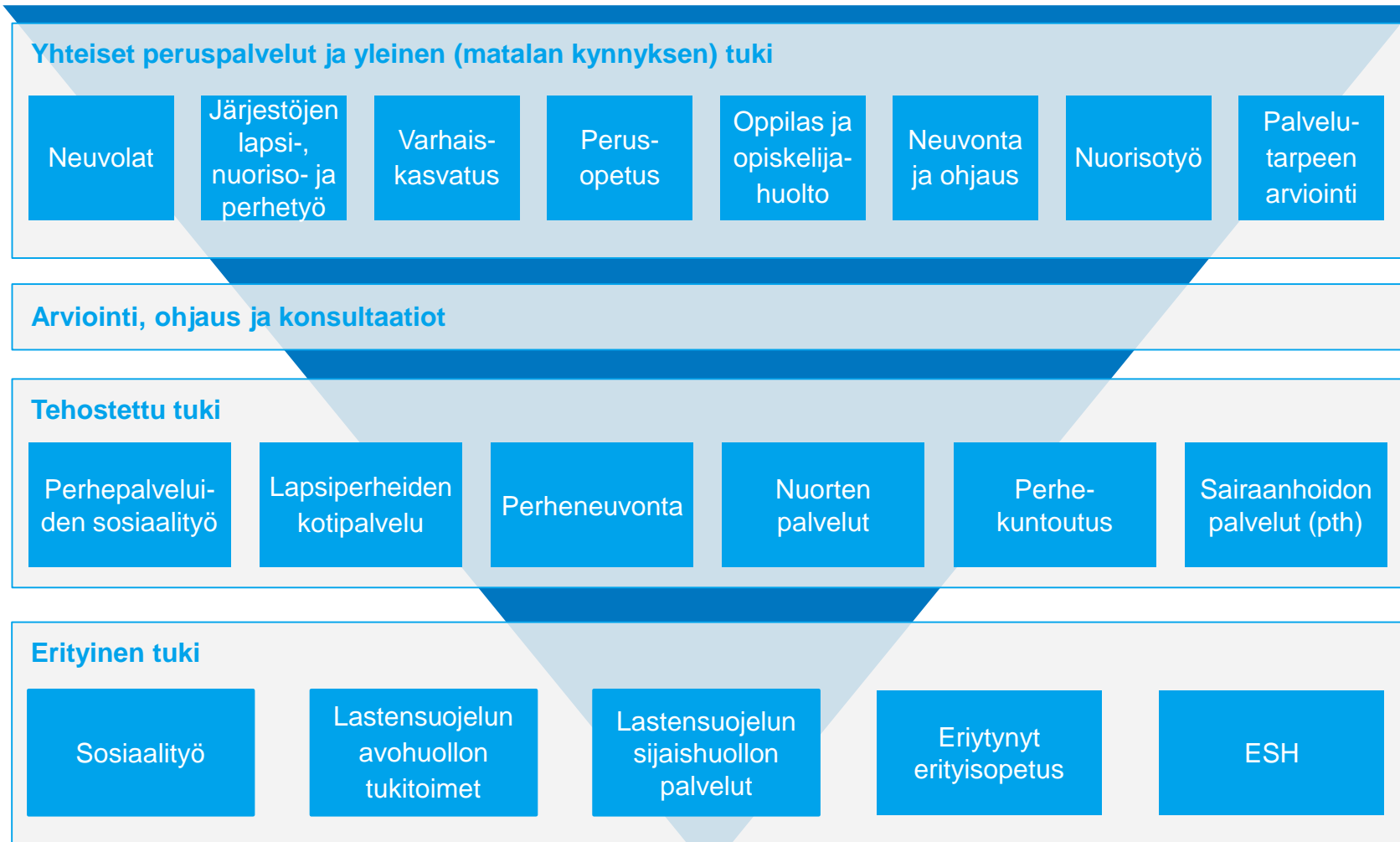
Tiedot hajautuvat lukuisiin rekistereihin ja asiakirjoihin.

Lasten ja perheiden palveluiden keskeiset kehittämistoimenpiteet nykyisen palvelurakenteen keventämiseksi

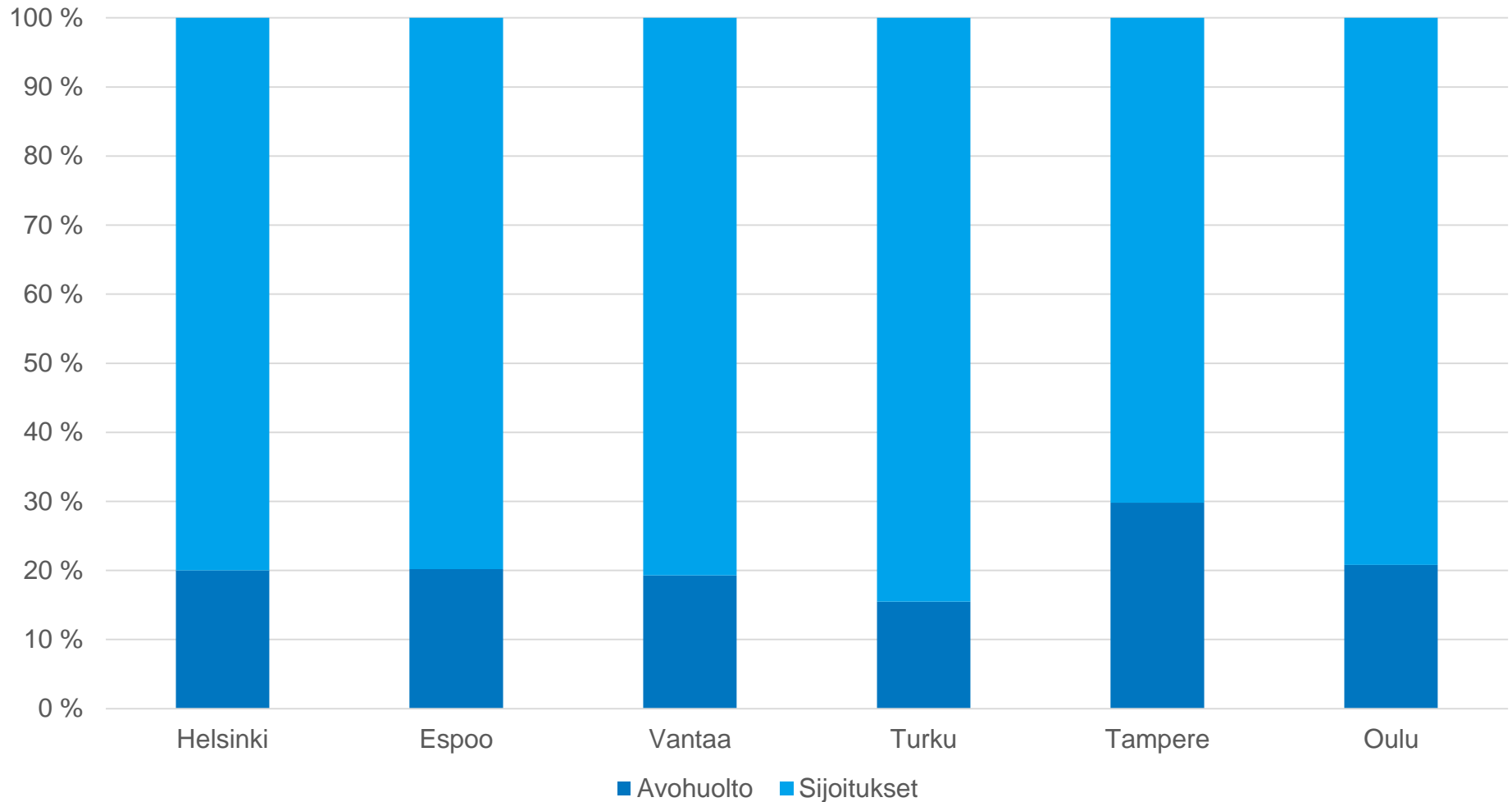
- Lapsi- ja perhepalveluiden hajallaan olevan palvelujärjestelmän yhteensovittaminen integroiduksi kokonaisuudeksi lapsiperheiden näkökulmasta
 - Sosiaali- ja terveystalvelujen rinnalle olisi nostettava myös varhaiskasvatus, perusopetus, harrastukset ja sekä lapsiperheen elinolot (asuminen, toimeentulo, 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 kehittämällä 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.)

Lasten ja perheiden palveluiden kehittämisen viitekehys

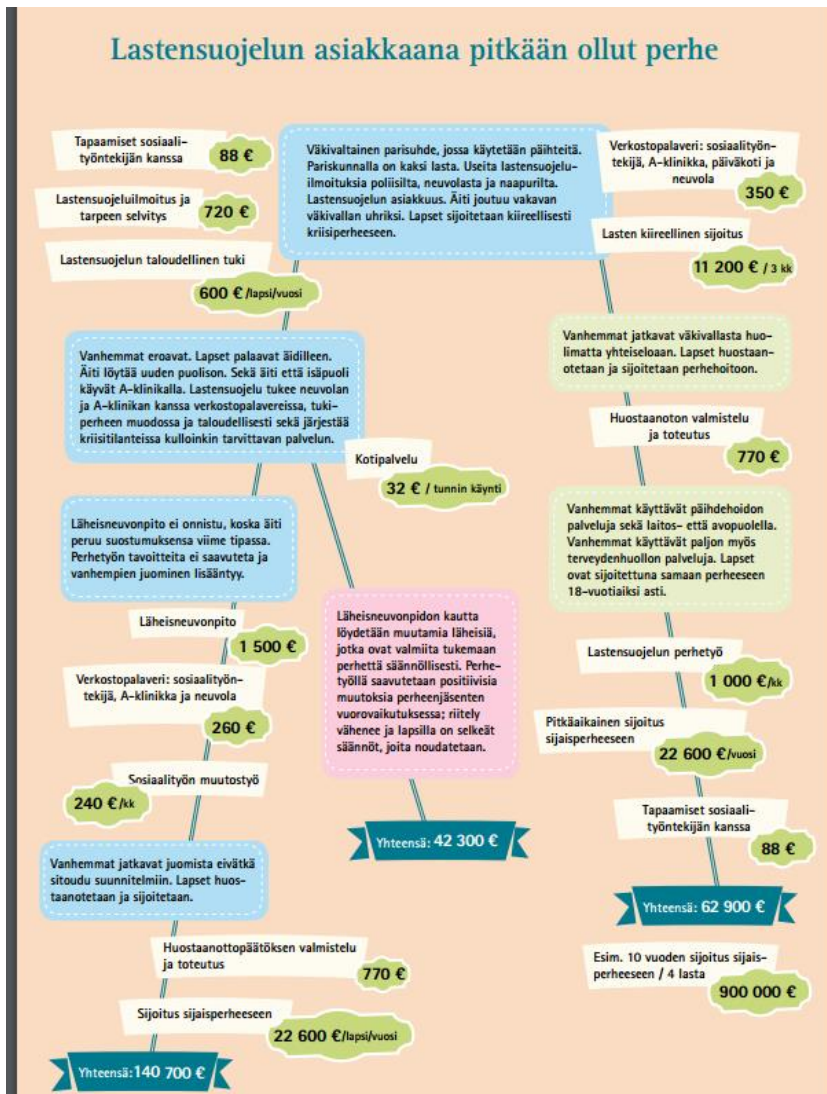
Palvelurakenteen keventäminen edellyttää panostusta erityisesti yhteisiin perustason palveluihin



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



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

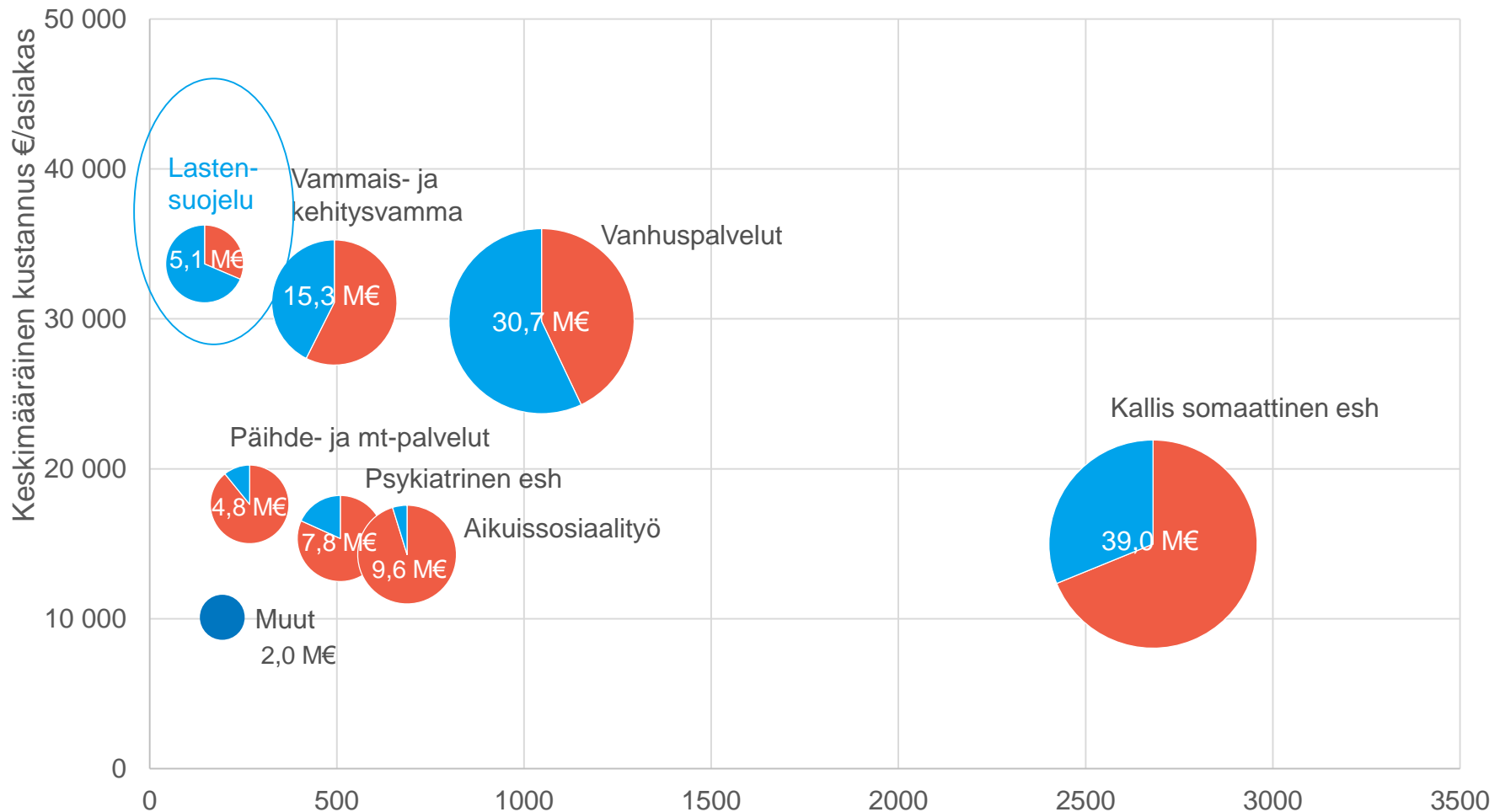


- Lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle on kustannuksiltaan hyvin kallis vaihtoehto. Lapsen sijoittaminen sijaisperheeseen maksaa noin 23 000 euroa vuodessa, ammatilliseen perhekotiin noin 60 000 euroa vuodessa ja laitoshoidon yli 90 000 euroa vuodessa (Kuusikkokuntien lastensuojelun työryhmä 2011.)
- 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

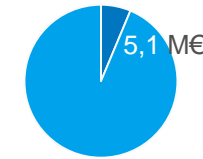
Vain hieman yli kolmannes asiakkaista käyttää useampaa kuin yhtä palvelua

■ Yhteisasiakkuudet ■ Vain kyseisessä palvelussa olevat

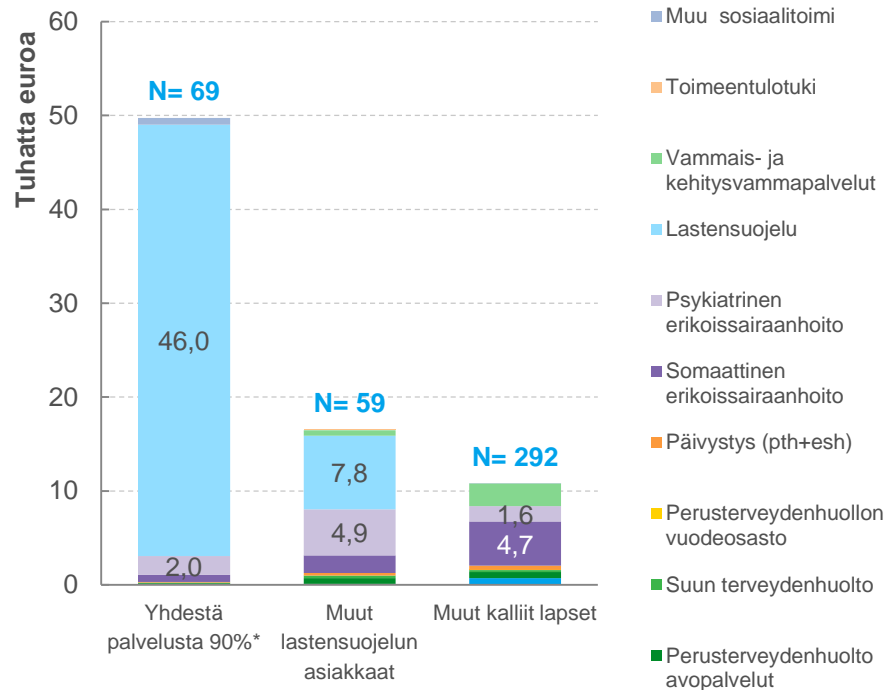


Kalliiseen 10 % kuuluvilla lapsilla ja nuorilla kustannukset tulevat pääosin lastensuojelun palveluista

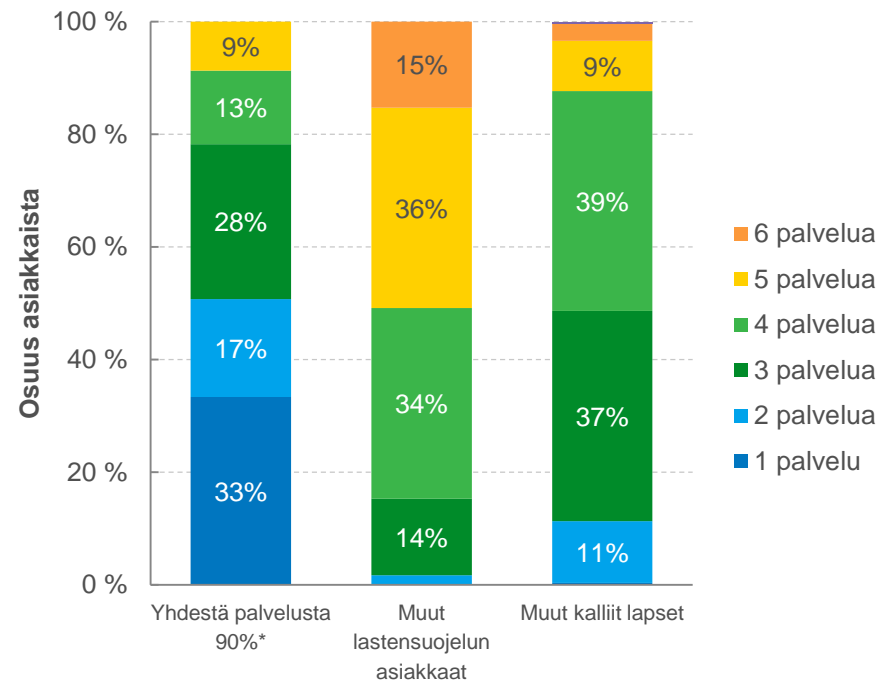
Lastensuojelun asiakkaat käyttävät paljon myös psykiatrista erikoissairaanhoidoa



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

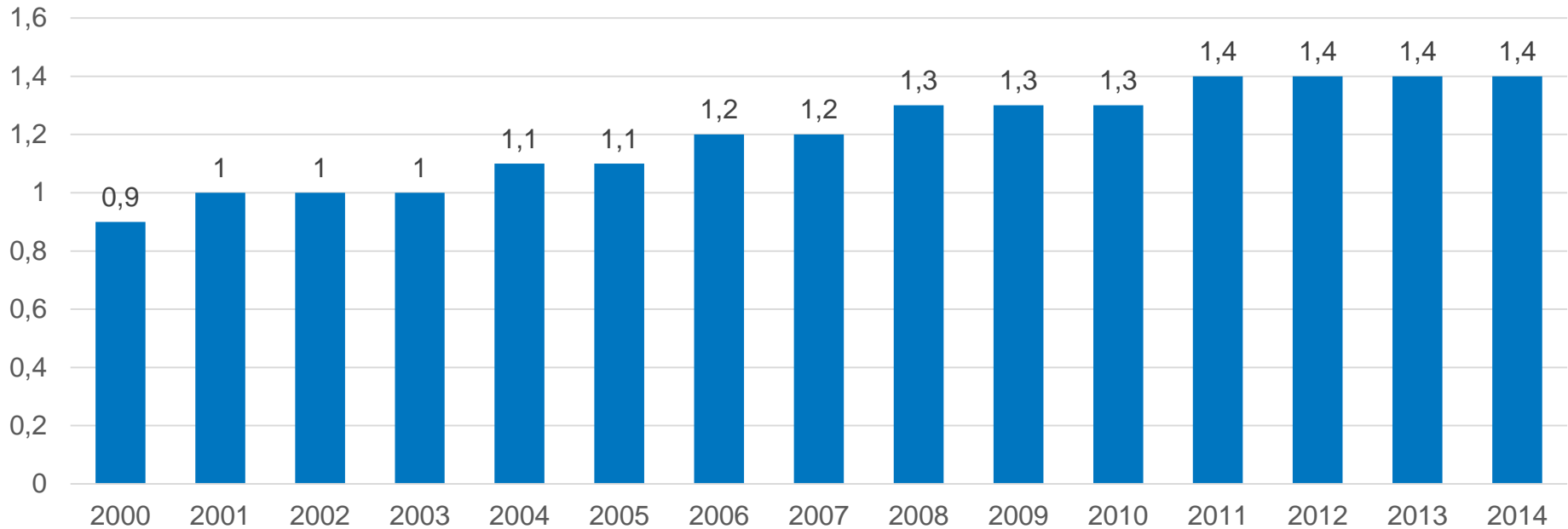
Lähteet: NHG kalliit asiakkaat analyysi

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

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

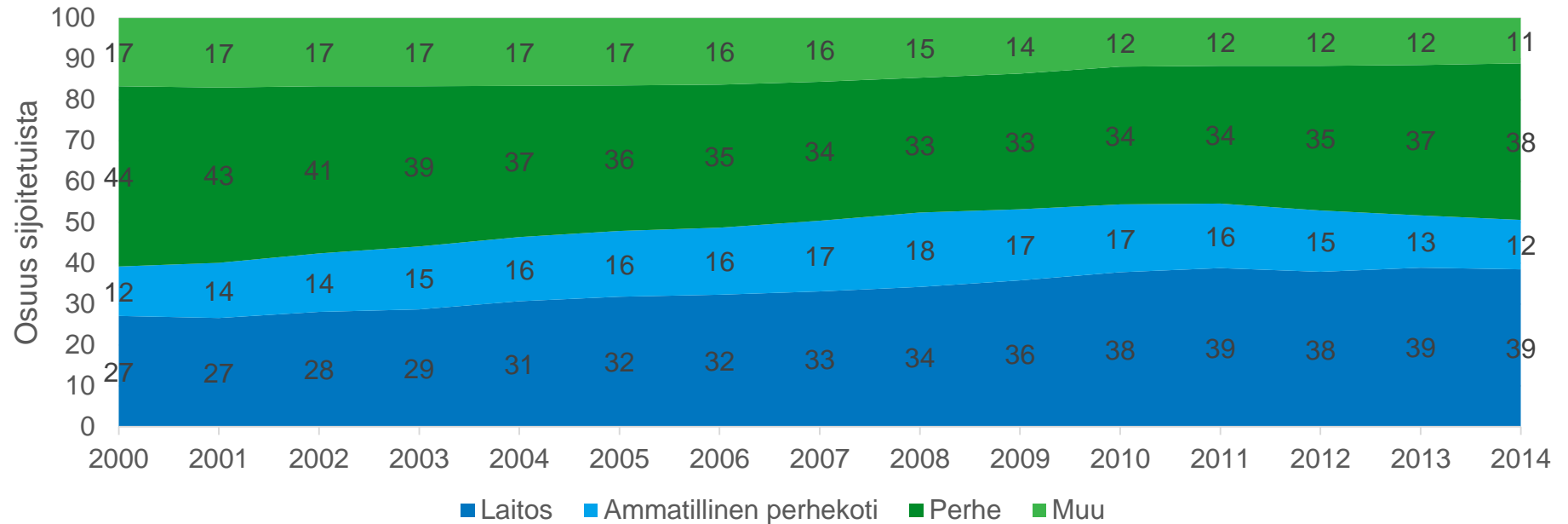
Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus -% 0-17 -vuotiaista



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

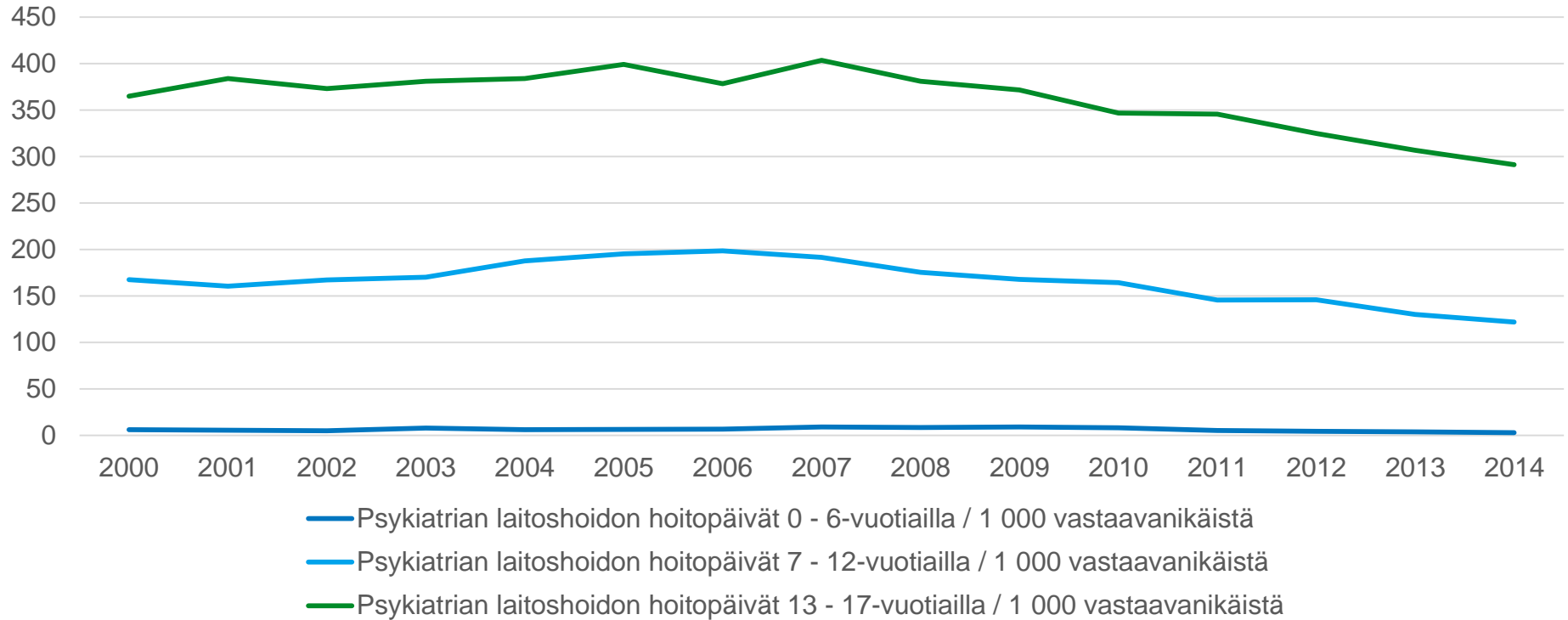
Laitokseen sijoitettujen osuus on kasvanut 2000-luvulla

Kodin ulkopuolelle sijoitetut sijoituspaikan mukaan



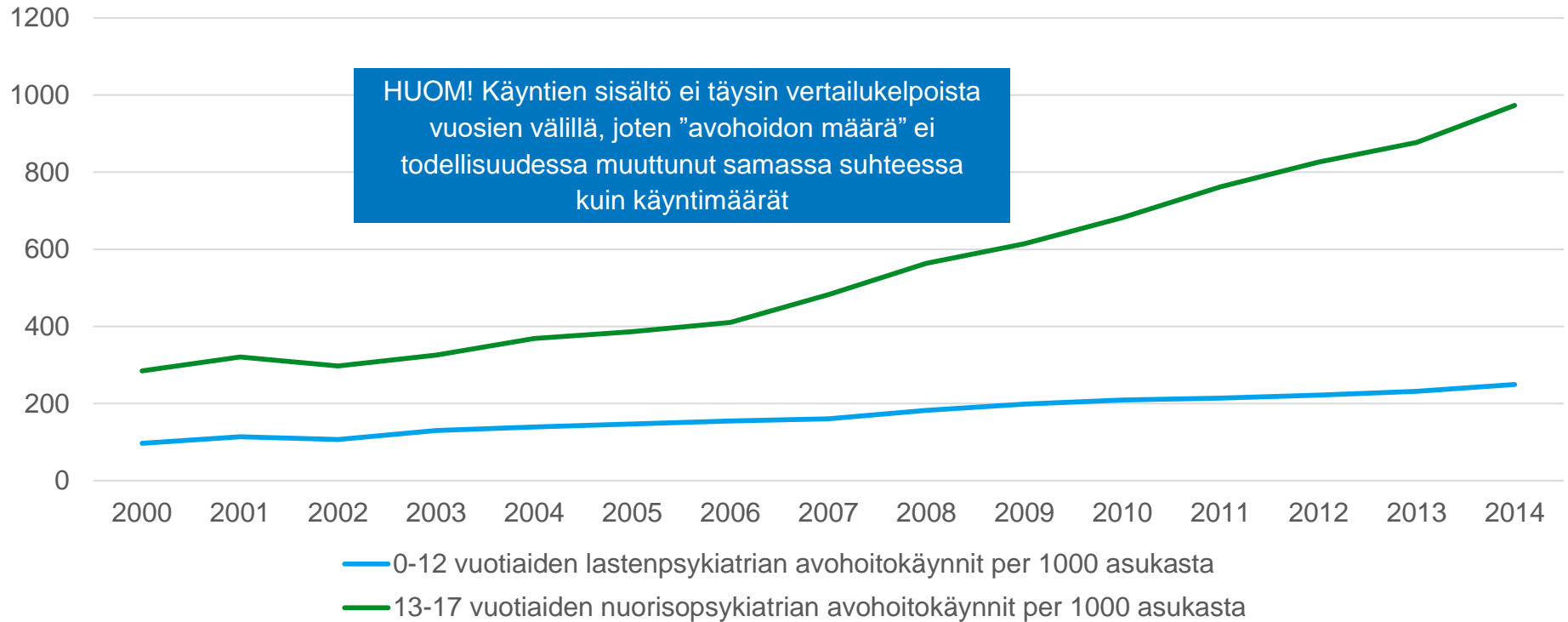
- Lapsen sijoittaminen sijaisperheeseen maksaa noin 23 000 euroa vuodessa, ammatilliseen perhekotiin noin 60 000 euroa vuodessa ja laitoshoitoon yli 90 000 euroa vuodessa (Kuusikkokuntien lastensuojelun työryhmä 2011.)

Lastenpsykiatrian hoitopäivät kääntyneet laskuun 2007



- Vaihtoehtoisin palvelumuotoihin alettu panostaa ja etenkin pitkiä hoitjaksoja ja vuodeosastokapasiteettia purkaa 2006-2007

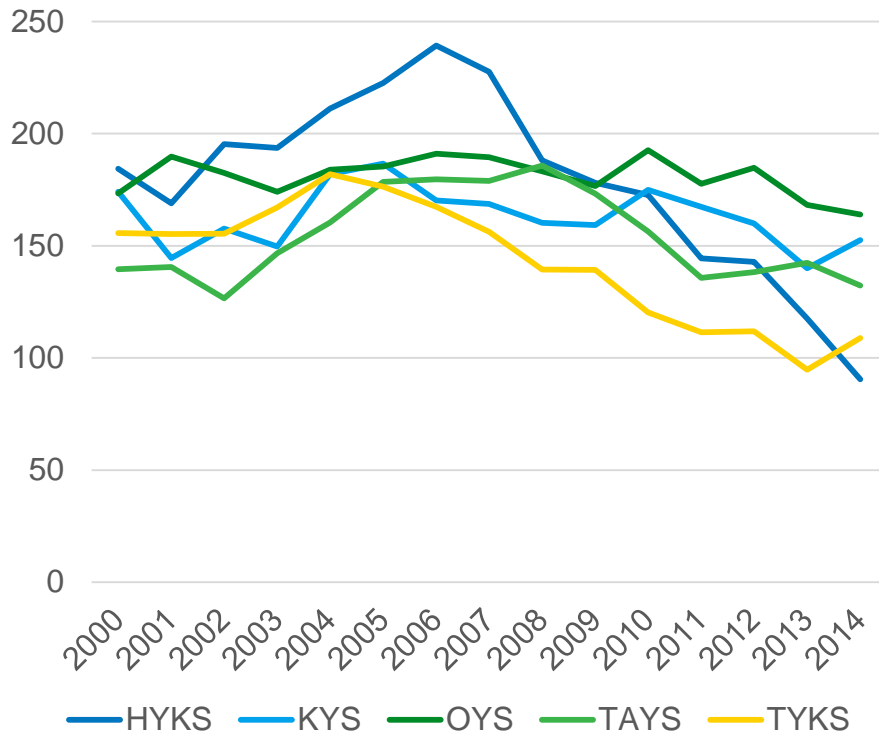
Vastaavasti avokäyntien määrät ovat lisääntyneet



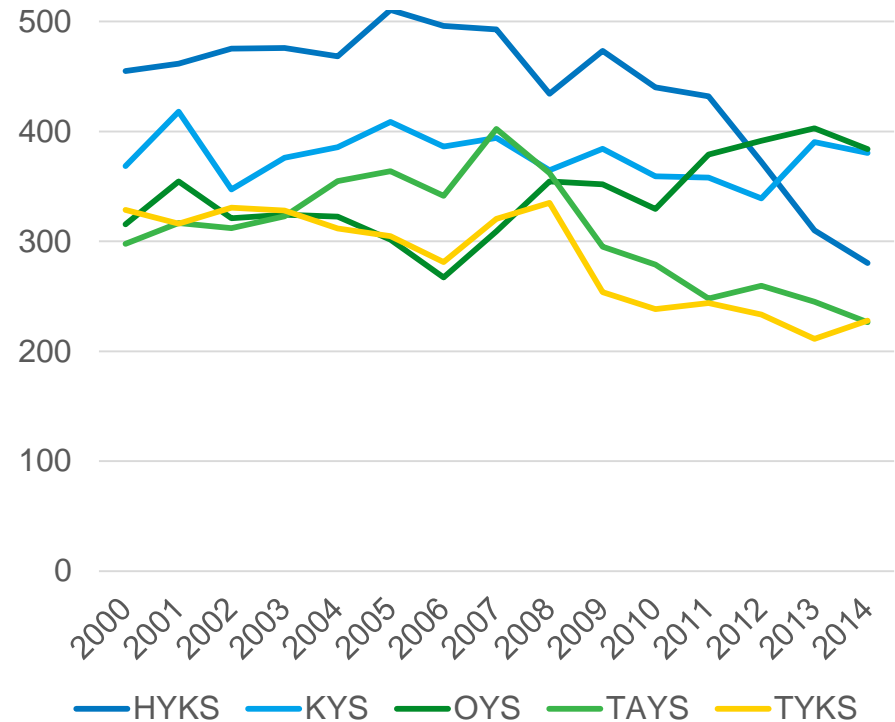
- Sekä lasten- että etenkin nuorisopsykiatriassa selvästi 2006 alkaen rakenteellista muutosta vuodeosastohoidosta avopalveluiden suuntaan

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

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

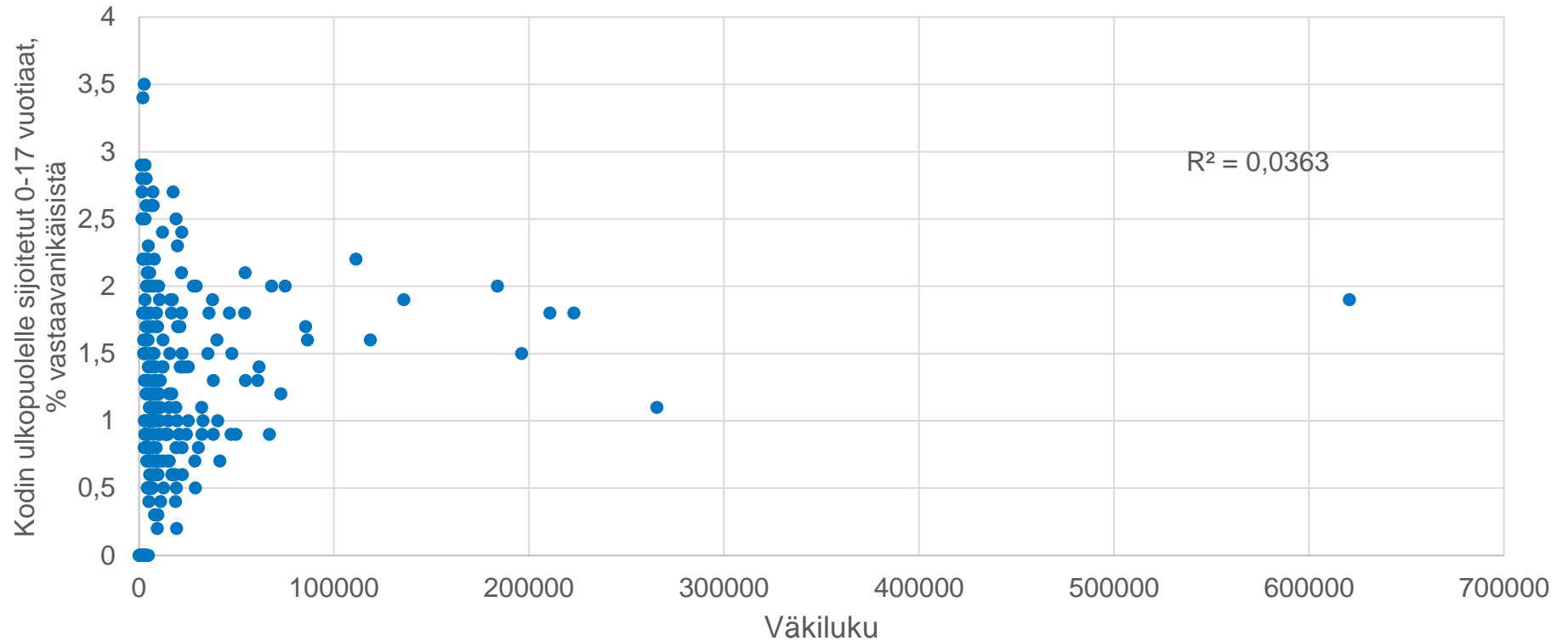


Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 13 - 17-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä



- 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)

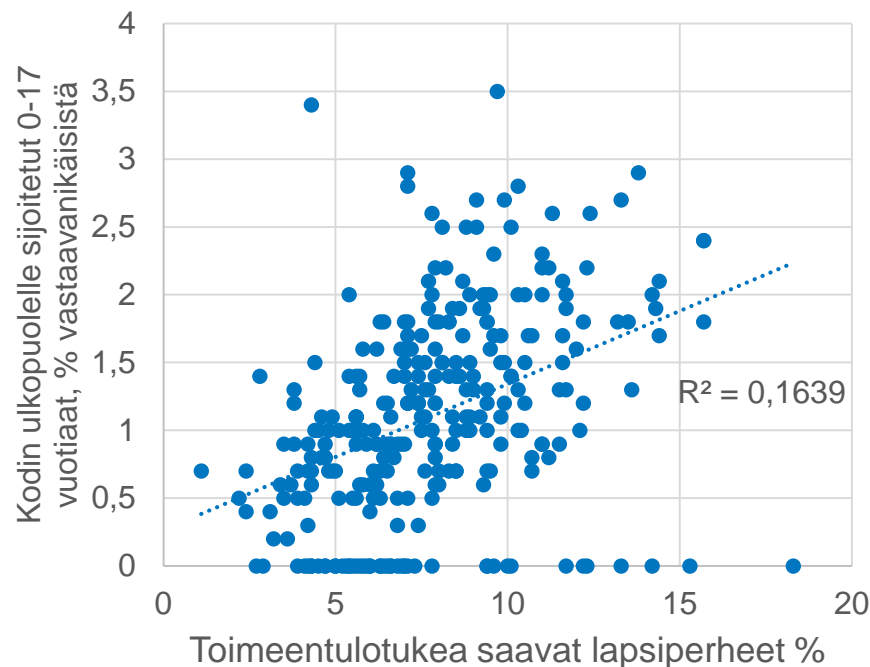
Kunnan koolla ei yhteyttä kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0-17 vuotiaiden osuuteen



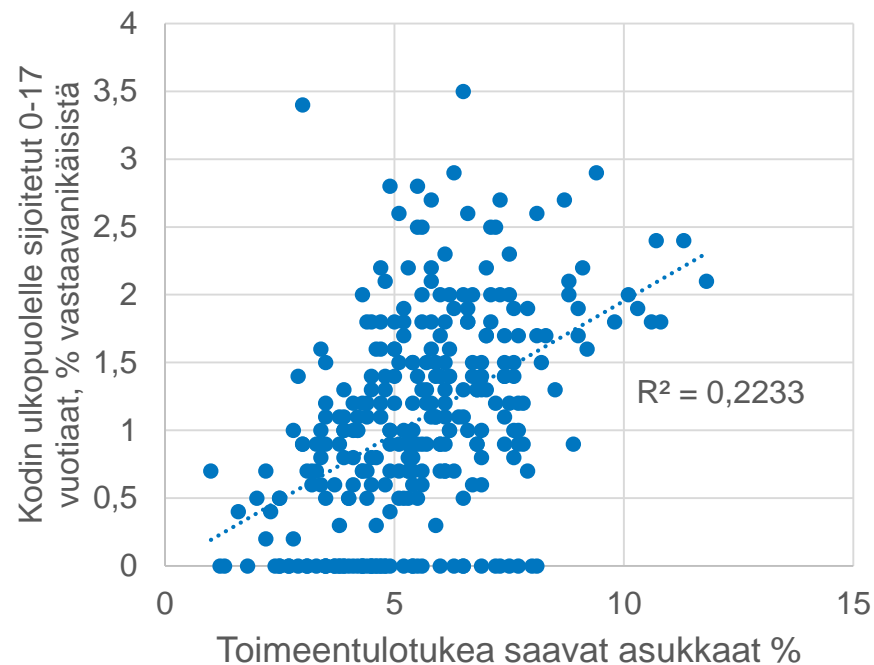
- Pienissä kunnissa hajonta suurempaa kuin suurissa kunnissa, mikä osittain liittyy myös vähäisempään lasten määrään

Korrelaatio toimeentulotukea saavien osuuden kanssa heikkoa

Suhteessa toimeentulotukea saavien lapsiperheiden osuuteen



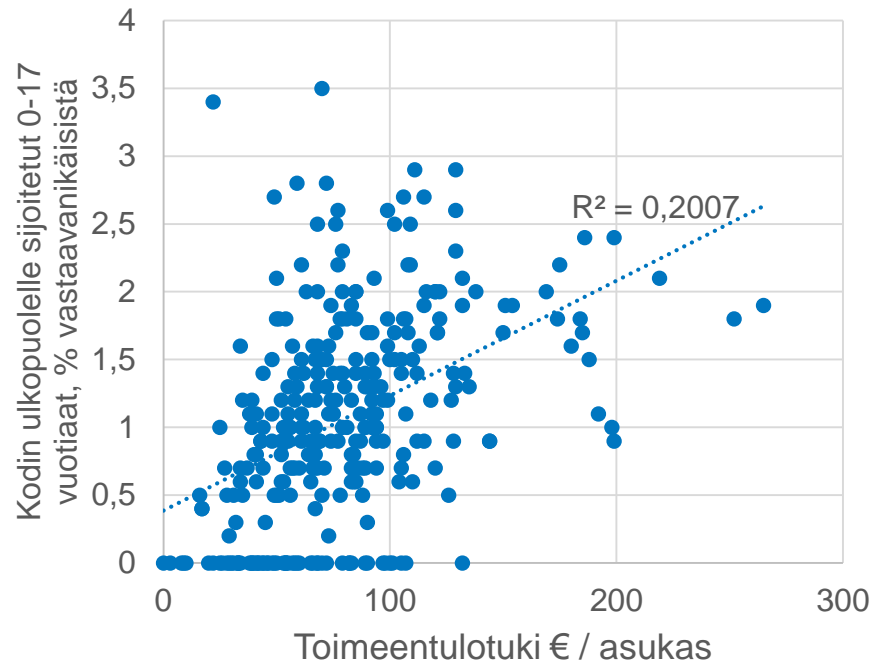
Suhteessa toimeentulotukea saavien asukkaiden osuuteen



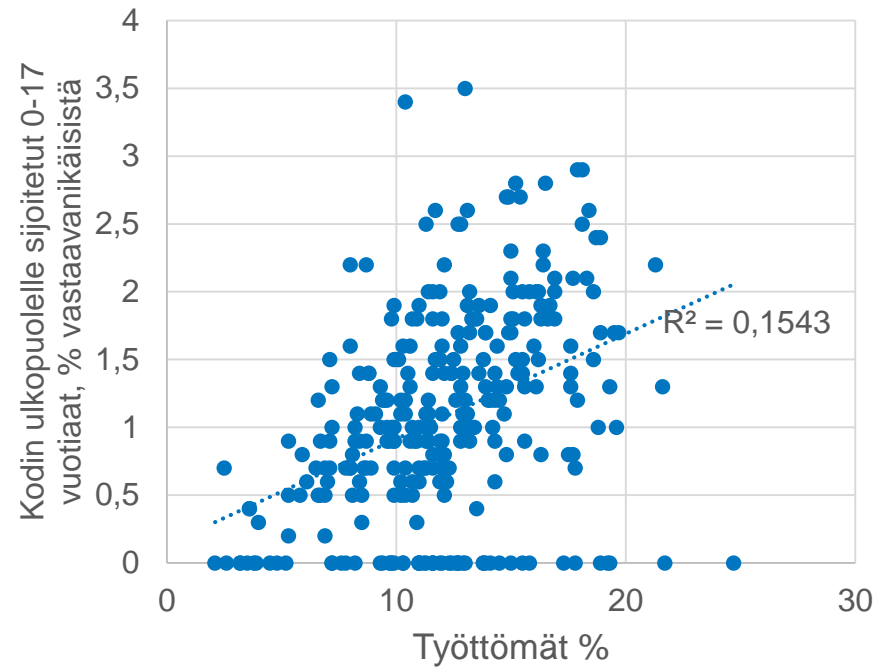
- Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus niin pieni, että korrelaatiota koko kunnan toimeentulotukea saavien osuuteen ei näy
 - Joissakin tutkimuksissa havaittu toisin päin, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen joukossa keskimääräistä korkeampi osuus (38 %) toimeentulotukea saavia (esim. Paananen/THL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

Korrelaatio myös toimeentulotuen määrään ja työttömien osuuteen heikkoa

Suhteessa toimeentulotuen määrään per asukas

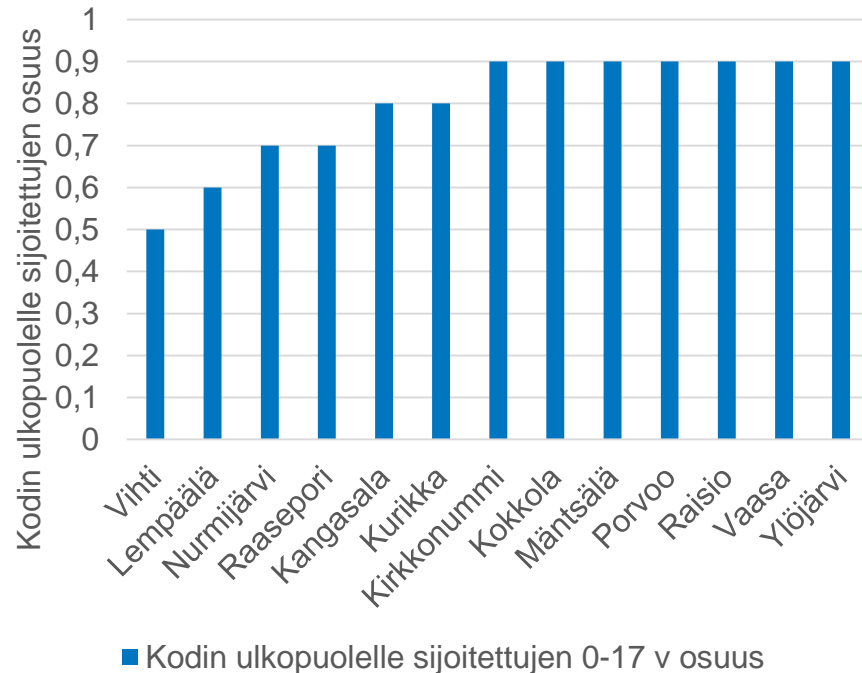


Suhteessa työttömyysprosenttiin per asukas

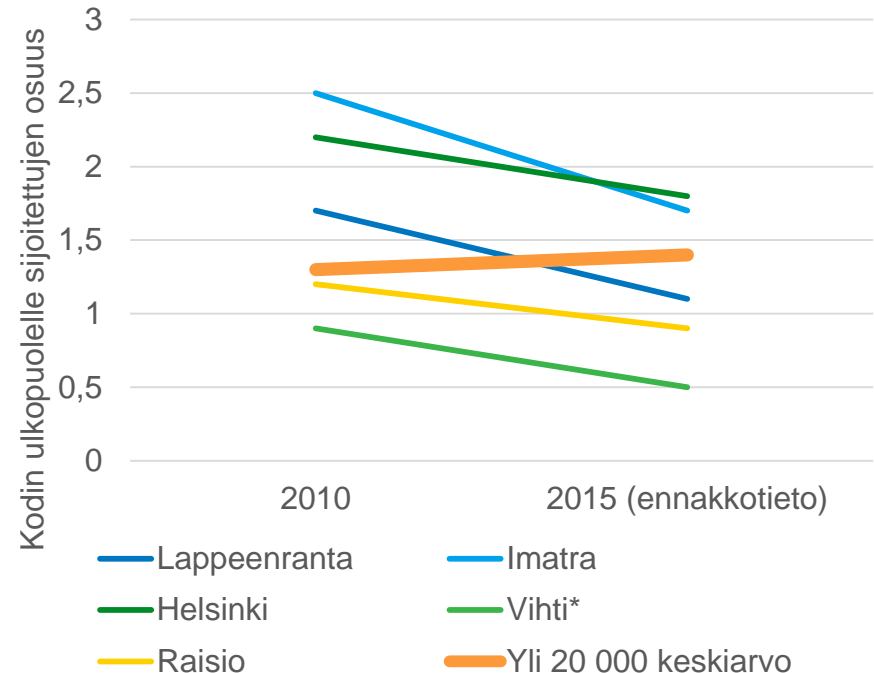


Parhaiden käytäntöjen etsiminen (yli 20 000 asukkaan kunnat)

Missä vähiten kodin ulkopuolelle sijoitettuja 2014?



Missä positiivisin kehitys viime vuosina?



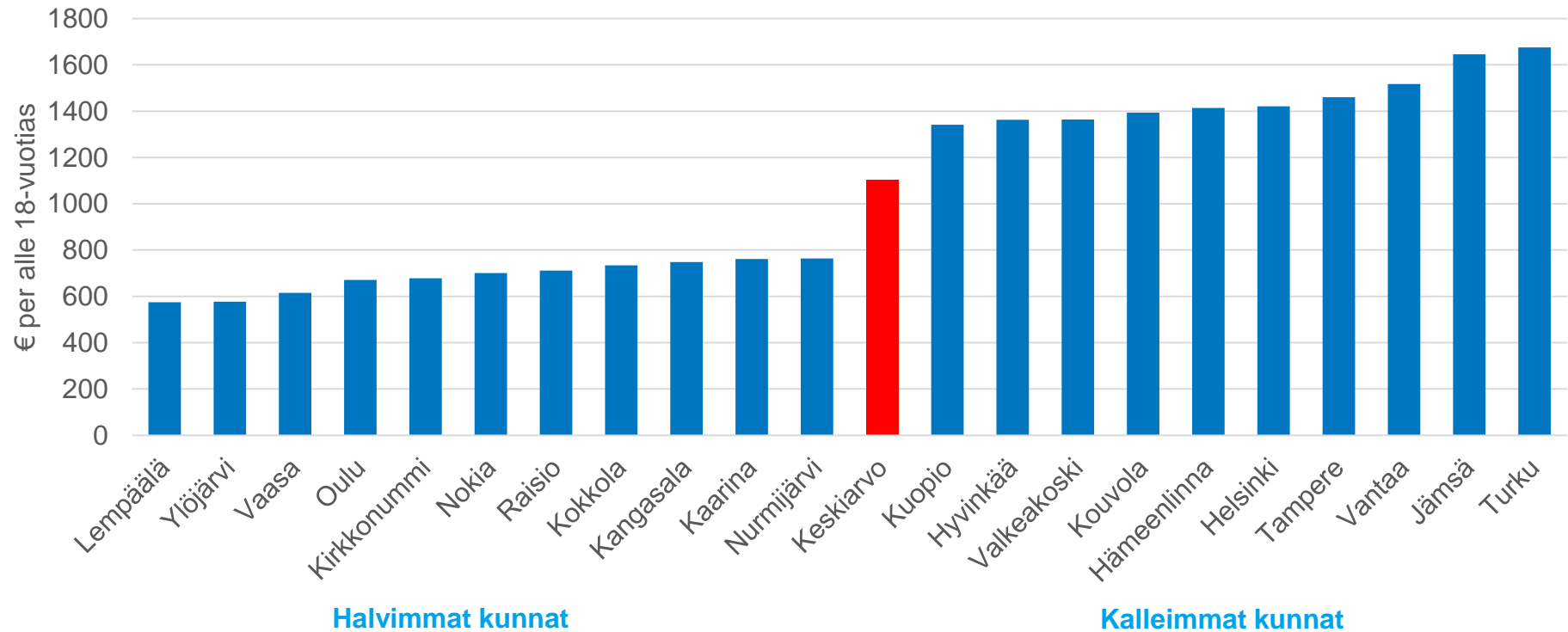
- Vihdissä, Raisiossa ja Lappeenrannassa kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus on laskenut ja on alle maan keskiarvon. Lappeenrannassa ja Helsingissä on suhteellisesti suuri vähenemä.

Lähde: SOTKANET

* Vihtin osalta käytetty 2014 lukua, kun ennakkotieto ei käytettävissä

Lastensuojelun kustannuserot kunnissa (yli 20 000 asukkaan kunnat)

Kalleimmat ja halvimmat kunnat



**Vahva panostus
ennaltaehkäiseviin palveluihin –
tulokset konkretisoituvat
pidemmällä aikavälillä**

- 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

**Koko lapsen tai nuoren elinpiirin
huomioiminen ja laajan
toimijajoukon osallistaminen**

- 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

**Rohkea, henkilöstöä vastuuttava
ja innovointia tukeva
työskentely-ympäristö**

- 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

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

Vaikutukset lastensuojeluun 2011-2014	<ul style="list-style-type: none">▪ Lastensuojeluilmoitukset - 8 %▪ Kiireelliset sijoitukset - 51 %▪ Avohuollon sijoitukset - 36 %▪ Huostaanotot - 59 %▪ Lapsia ostopalveluissa – 48 %, omat paikat – 33 %
Vaikutukset kustannuksiin 2011-2013	<ul style="list-style-type: none">▪ Ehkäisevän työn ja varhaisen tuen kustannukset + 31 %▪ Lasten- ja nuorisopsykiatria - 8%▪ Lastensuojelun laitokset – 32 %▪ Oma lastensuojelun laitoshoido + 8 %
Muut vaikutukset	<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)▪ Säästöä 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 koee uuden toimintamallin kehittäneen työstä konkreettisempää ja asiakaslähtoisempää

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 lisätty 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

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, päivähoiton ja koulujen yhteydenottojen perusteella. Keskeinen idea on lyhentää avun tarpeen ja avun alkamisen välille 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

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)▪ Kokonaissäätö 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

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 yritysyhteistyön tiivistäminen
- Palveluohjauksen vahvistaminen, jotta asiakkaat saavat heille sopivaa palvelut. Laajojen yhteistyöverkostojen luominen

Keskeisimmät opit

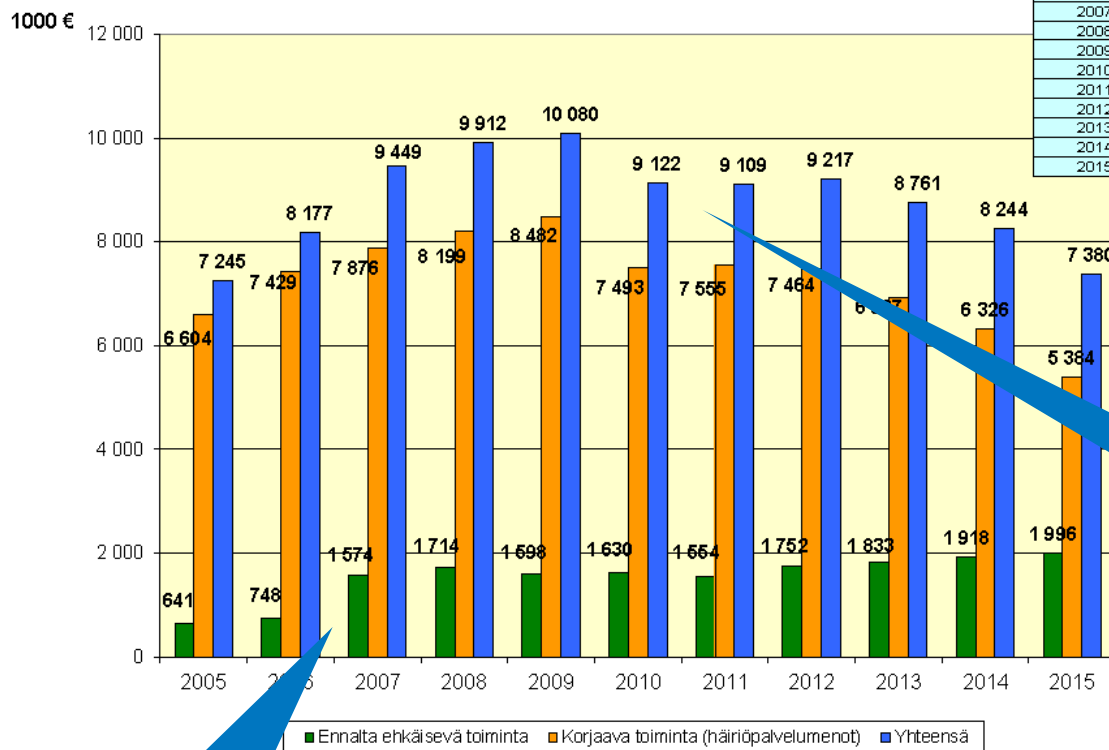
- Ratkaisukeskeisen johtamisen malli
- Varojen rohkea allokointi avopalveluihin ja arjen innovoinnin mahdollistaminen sekä työntekijöiden vapauden lisääminen
- Asiakaslähtöinen kehitys organisaatiolähtöisen sijasta
- Palveluohjauksen ja palveluvalikoiman laajentaminen
- Selkeiden vaihekohtaisten tavoitteiden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

Esimerkki toteutetusta muutosprosessista Imatralta kustannuksilla mitattuna

Häiriöpalvelumenot v. 2005-2015 ja muutos-% ed. vuoteen

Muutos ed. vuosi	Ennalta ehkäisevä toiminta	Korjaava toiminta	Yhteensä
2006	16,7 %	12,5 %	12,9 %
2007	110,4 %	6,0 %	15,6 %
2008	8,9 %	4,1 %	4,9 %
2009	-6,8 %	3,5 %	1,7 %
2010	2,0 %	-11,7 %	-9,5 %
2011	-4,6 %	0,8 %	-0,1 %
2012	12,8 %	-1,2 %	1,2 %
2013	4,6 %	-7,2 %	-4,9 %
2014	4,6 %	-8,7 %	-5,9 %
2015	4,1 %	-14,9 %	-10,5 %

- 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



Kokonaiskustannuksissa saavutetaan laskeva trendi 3-5 vuoden panostuksella

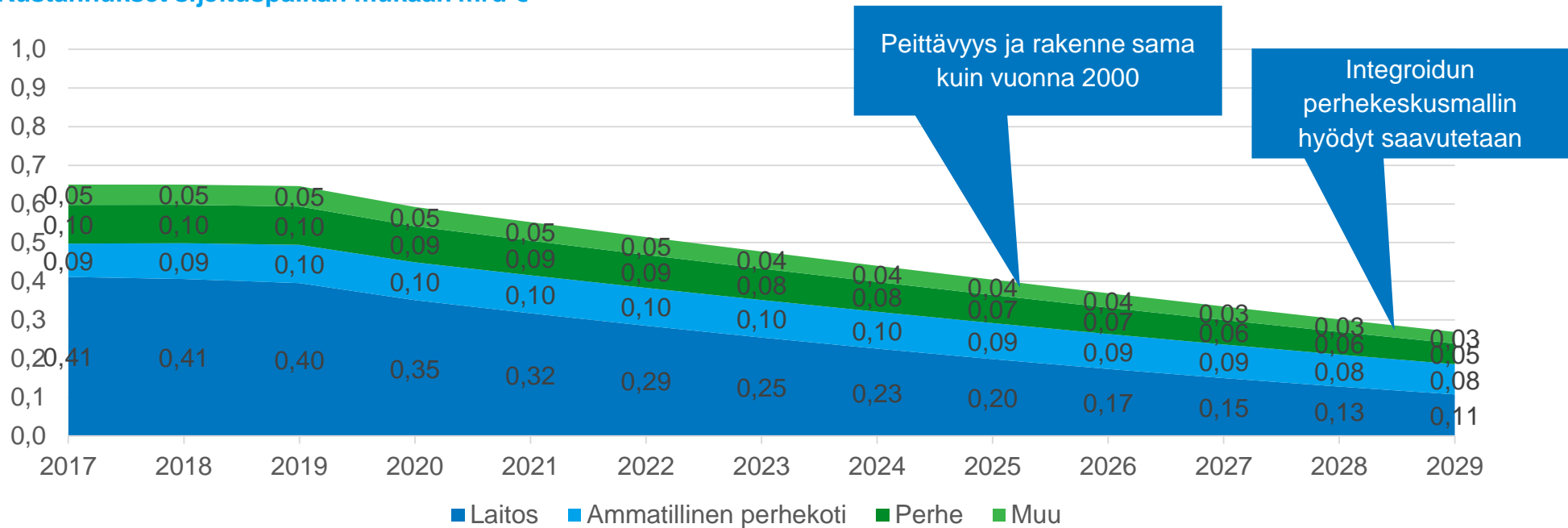
Muutos vaatii investointia ennaltaehkäisyyn

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 vastaavankäiset
 - 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 EUR ja vuoteen 2029 420 M EUR**

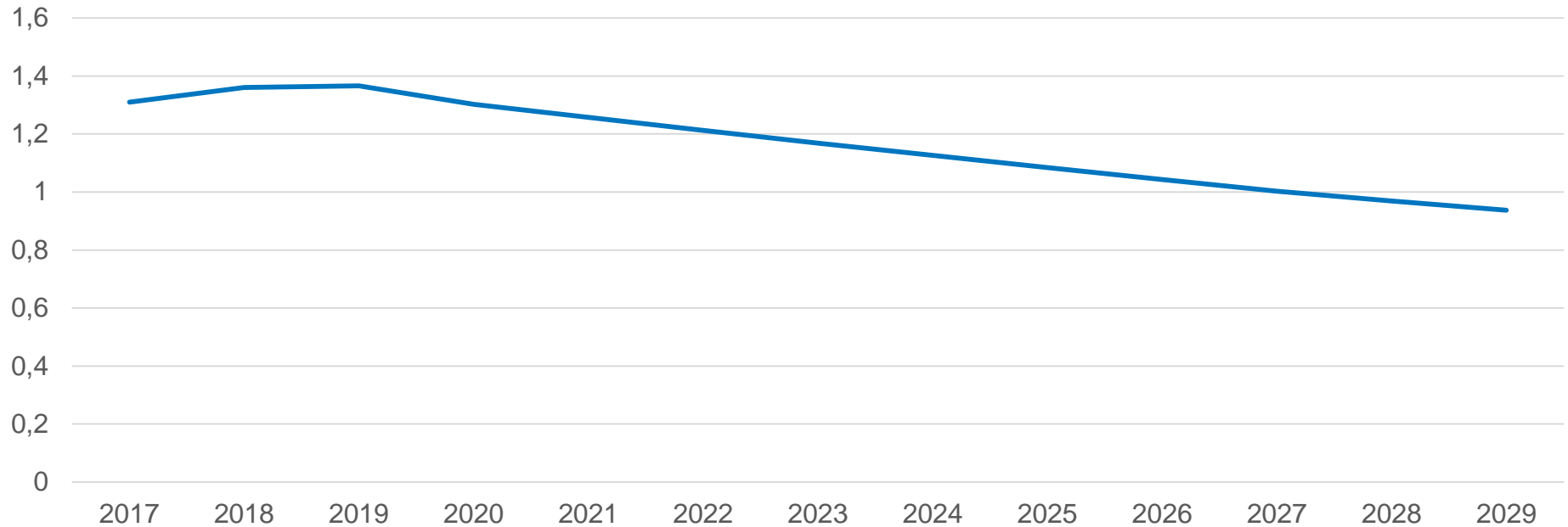
Lastensuojelun säästöpotentiaali on n 420 miljoonaa euroa

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

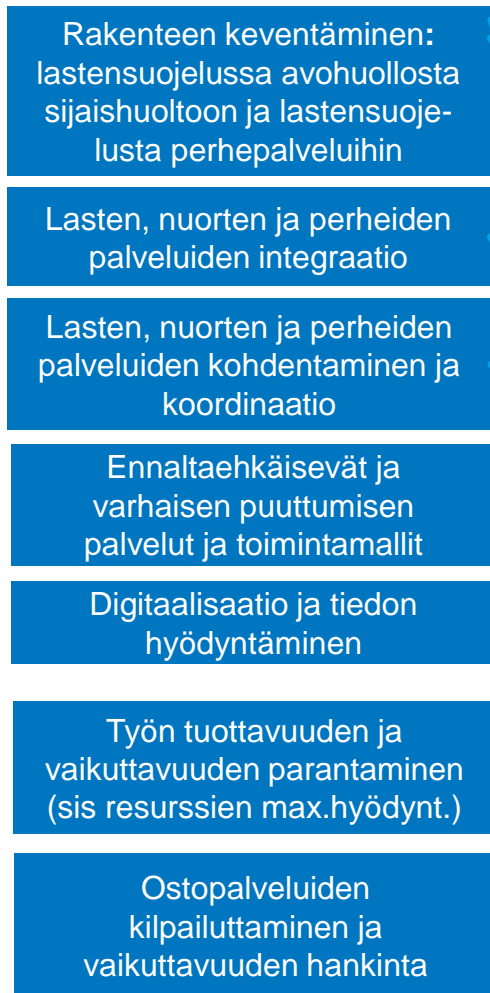
Lasten ja perheiden kokonaiskustannuskenaario



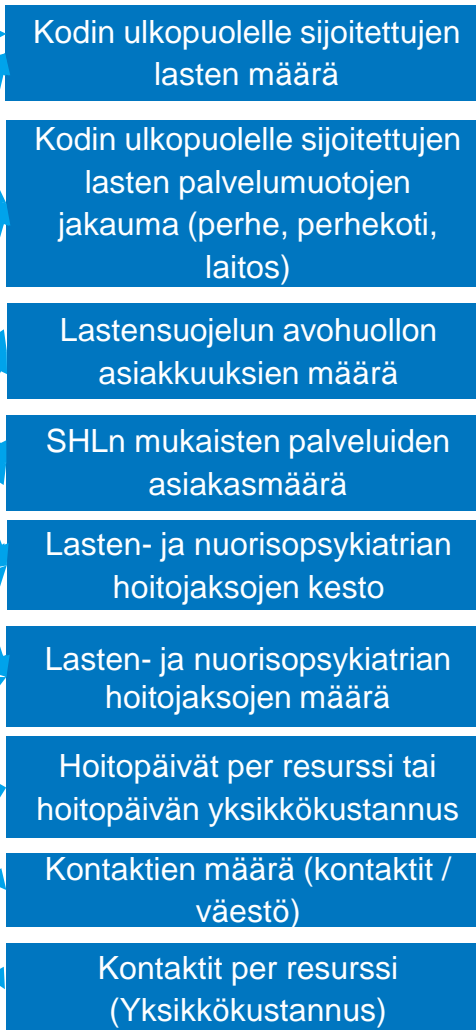
- Lasten ja perheiden sektorilla säästöjen aikaansaaminen edellyttää investointeja integroidun mallin kehittämiseen ja levittämiseen eri alueilla
 - Tarvitaan maakunta/kuntakohtaiset tavoiteasetannat raskaiden palveluiden kustannusten vähentämiseksi, niin että se mahdollistaa tulosten seurannan ja todentamisen

Lasten ja perheiden palveluiden rakennemuutoksen viitekehys vuoteen 2029 mennessä

Mekanismit



Kustannusajuri



Säästöpotentiaali



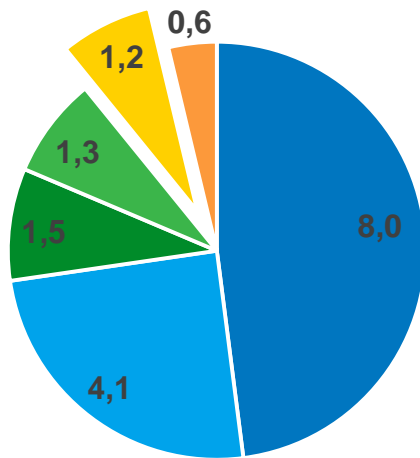
Muita SOTE:n ulkopuolisia kustannusvaikutuksia

- Nuorten / yli 16 vuotiaiden työttömien ja koulun jättäneiden / syrjäytyneiden määrä
- Lasten sairastelusta johtuvat vanhempien työpoissaolot

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

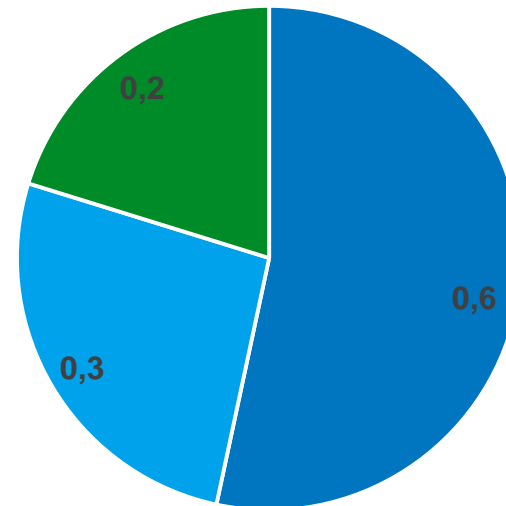
Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannukset ovat n. 1,2 miljardia euroa

Säästömekanismeissa käytetty jaottelu 16,7 mrd €



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

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannukset 1,2 mrd €

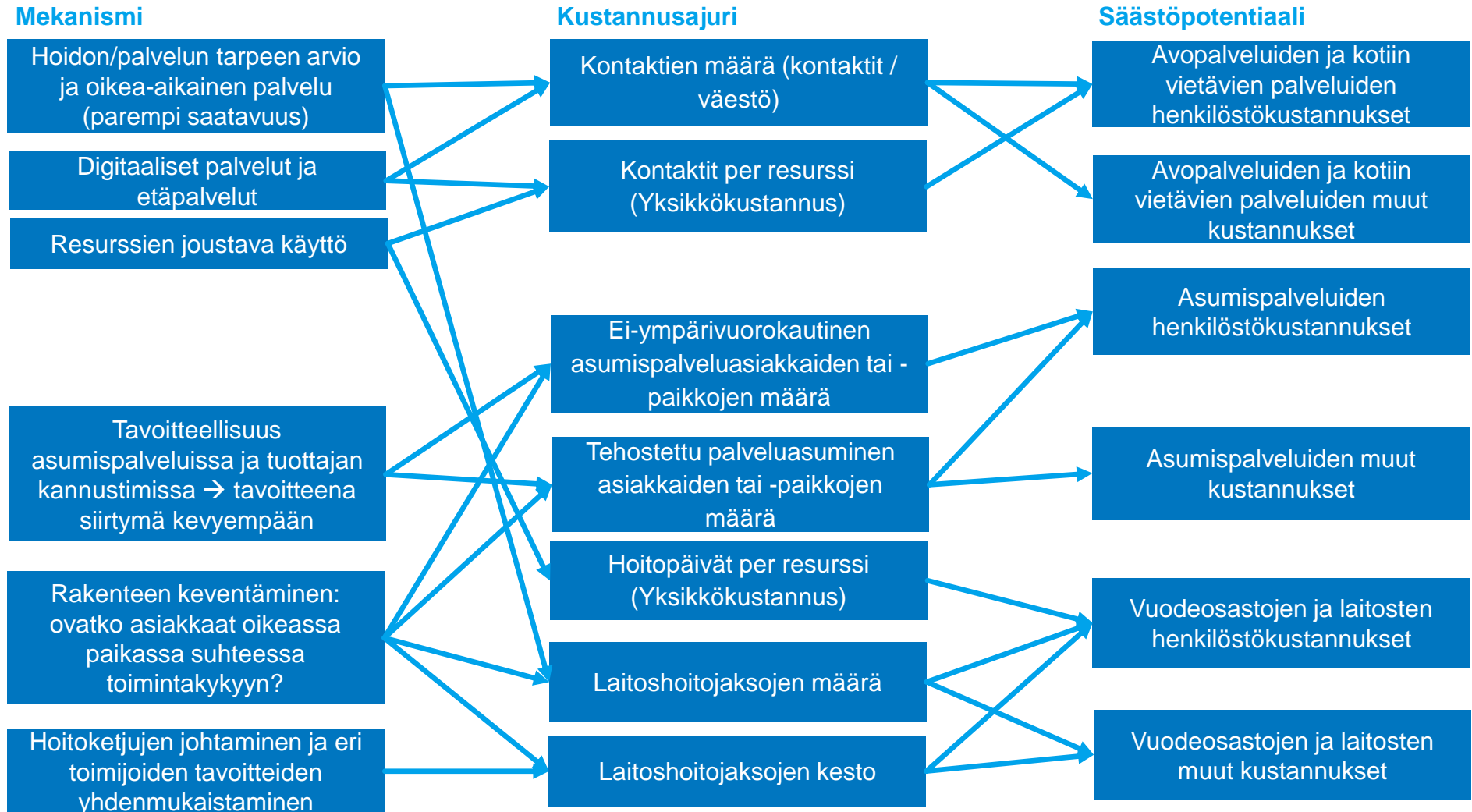


- Laitospalvelut
- Asumispalvelut
- Avopalvelut

■ 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



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 mielenterveystyön käytettävissä olevat resurssit määräytyvät siten muiden tekijöiden, kuin palvelutarpeen perusteella
 - Väestöpohjaa kasvattamalla ei päästä pienempään resurssinkulutukseen

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden analyysien lähestymistapa

Top down ja bottom up

- Käyttämällä hyväksi Eksoten esimerkkiä, on laskettu “top down” –lähestymistavalla sekä minimi- että maksimisäästöpotentiaalit
 - Minimipotentialiaali on saatu yleistämällä Eksoten kehittämistoimenpiteiden seurauksena havaittu suhteellinen kustannuskehitys
 - Maksimipotentialissa 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

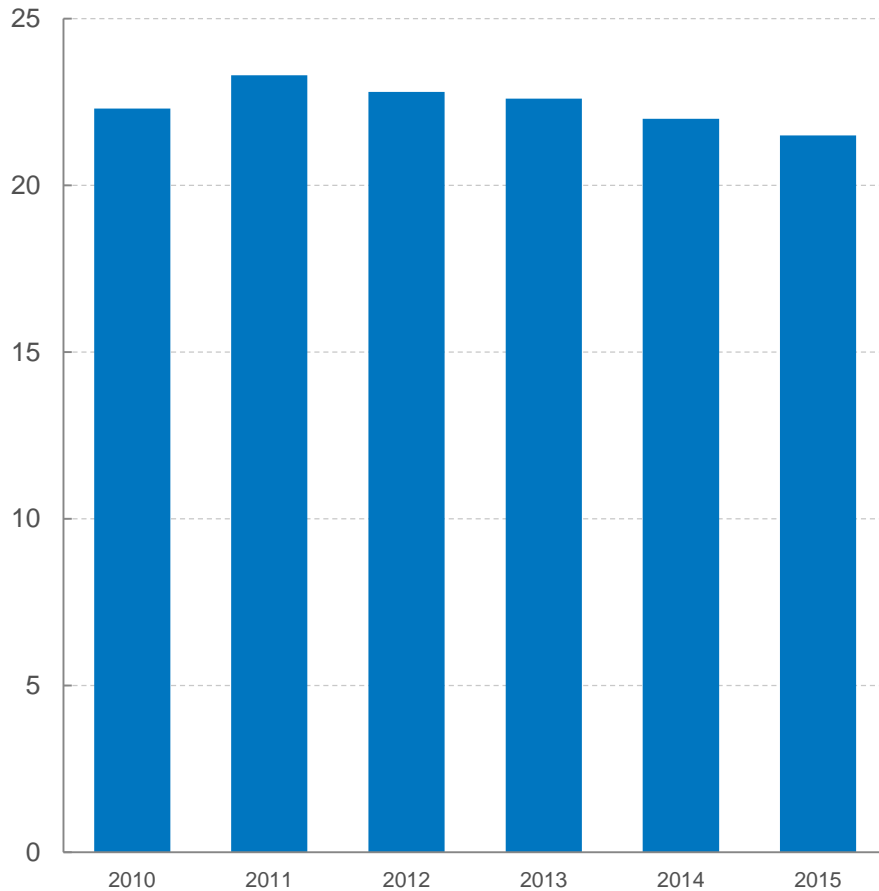
Bottom up – analyysissä arvioitavat mekanismit

- Matalan kynnyksen palveluihin pääsy ja hyvä saatavuus
 - Myös puhelin riittää, kunhan kontaktista seuraa palvelutarpeen arvio ja apuasaakohtuullisessa 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

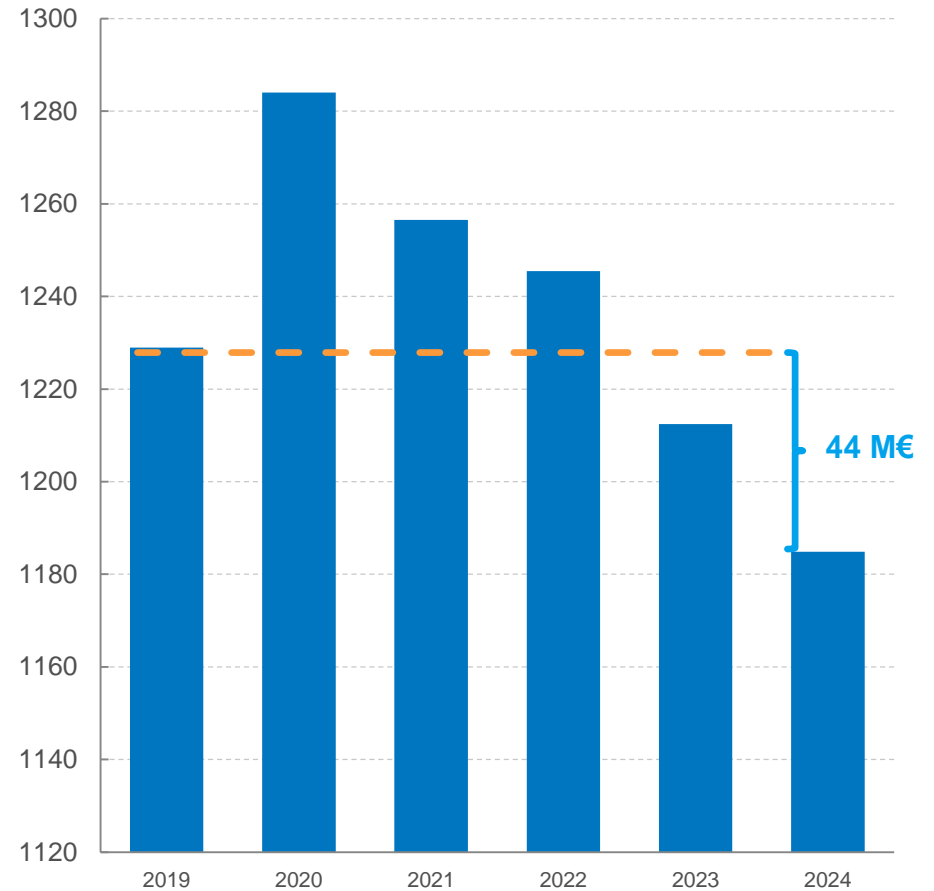
Top down minimi: Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio Eksotessa on johtanut kustannusten laskuun n. 1% vuodessa. Koko maan tasolla tämä tarkoittaisi 39 M€ viidessä vuodessa.

Luvussa huomioitu ensimmäisen vuoden alkuinvestointi + 4%

Eksoten kustannuskehitys 2010 – 2015, M€



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

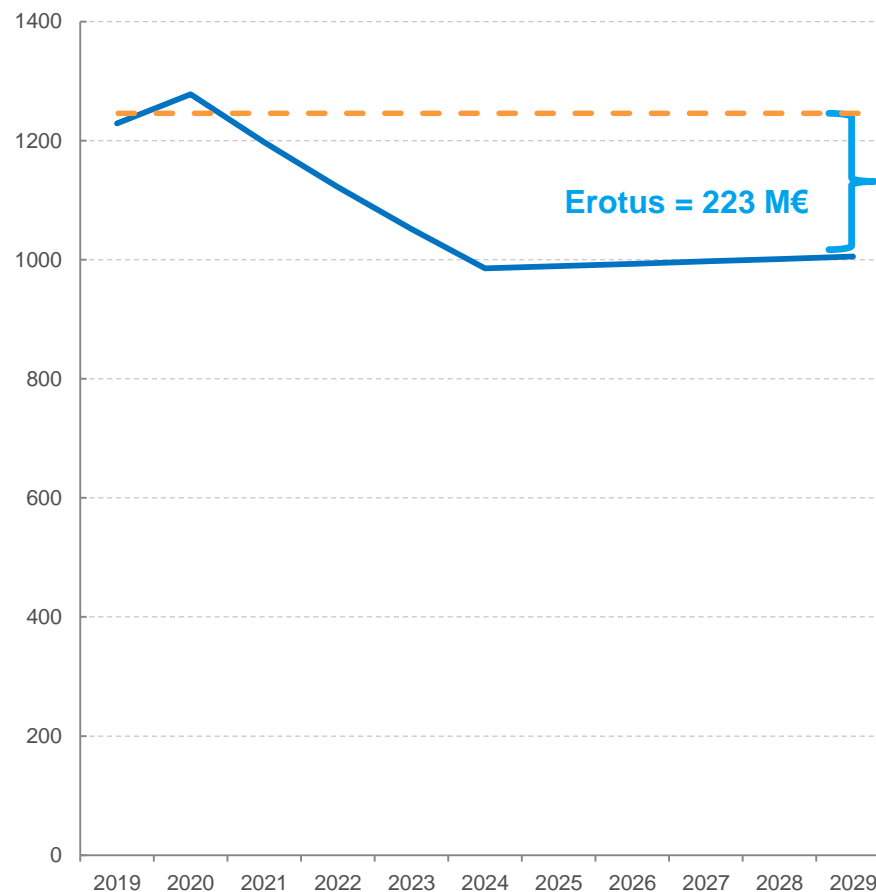


Top down: Eksoten lähtötaso vuonna 2010 oli maan keskiarvon alapuolella → kansallisen tason potentiaali voi olla suurempi kuin laskelma 1 antaa olettaa

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

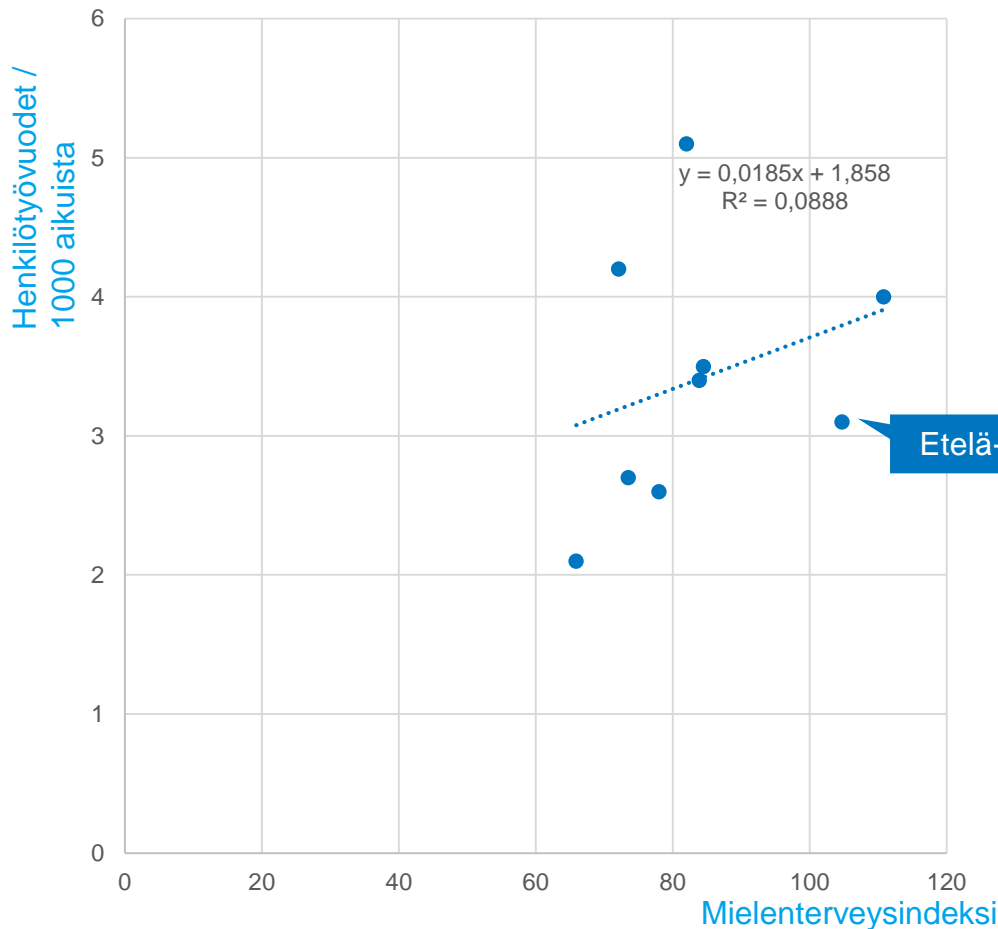
Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kustannusten kehitys olettaen 4 % alkuinvestointi ja 5 vuoden siirtymäaika



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

Lähde: Ala-Nikkola ym. 2014

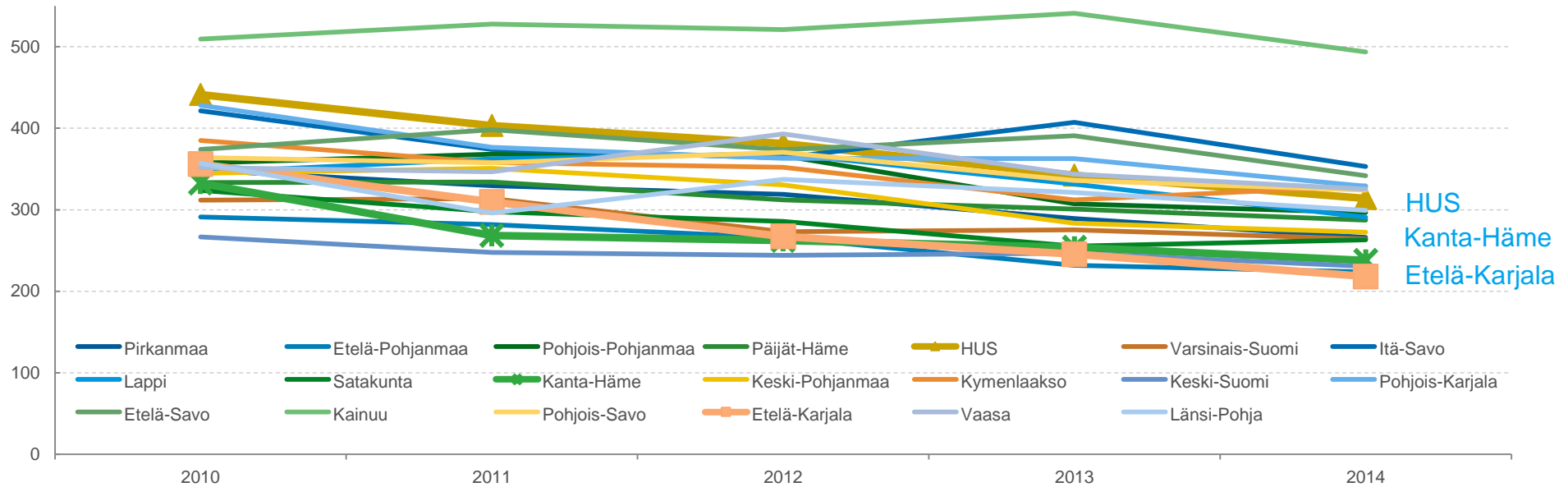
Mielenterveysindeksin ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden resurssien välinen suhde



- 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€**

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

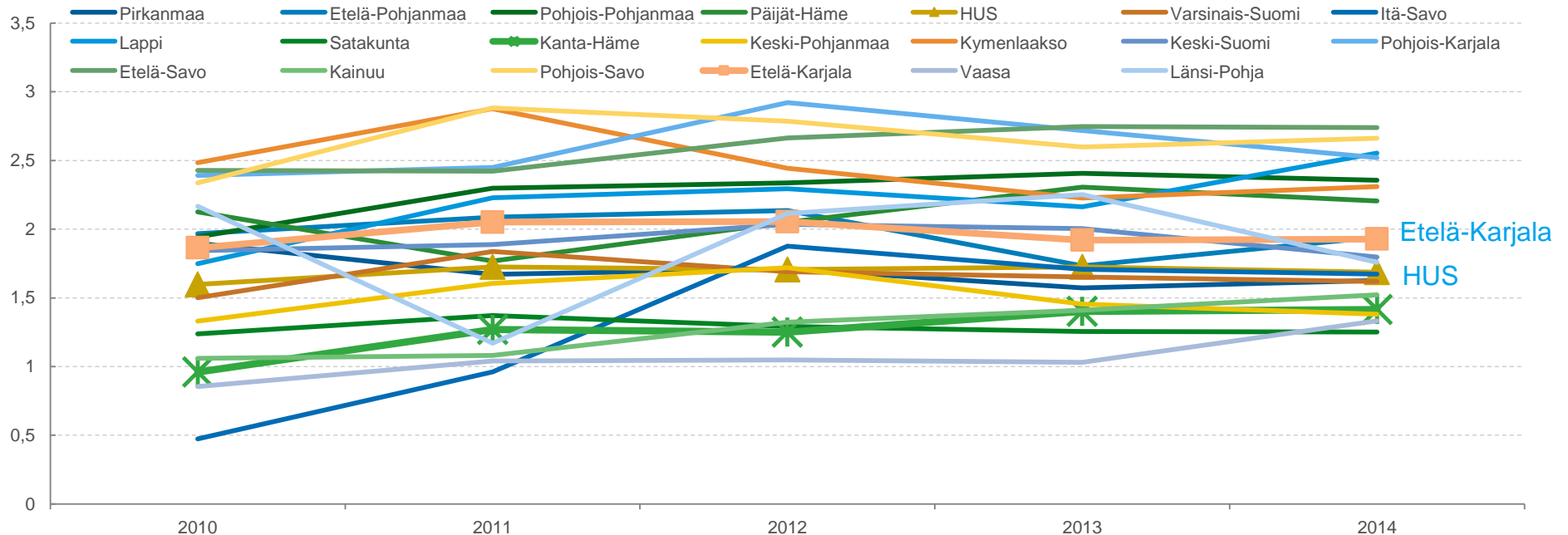
18 vuotta täyttäneiden psykiatrian ja päihdehuollon hoitopäivät / 1000 vastaavanikäistä



- 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

Asumispalvelut ovat samaan aikaan lisääntyneet, mutta vähemmän kuin mitä laitospäivät vähentyneet

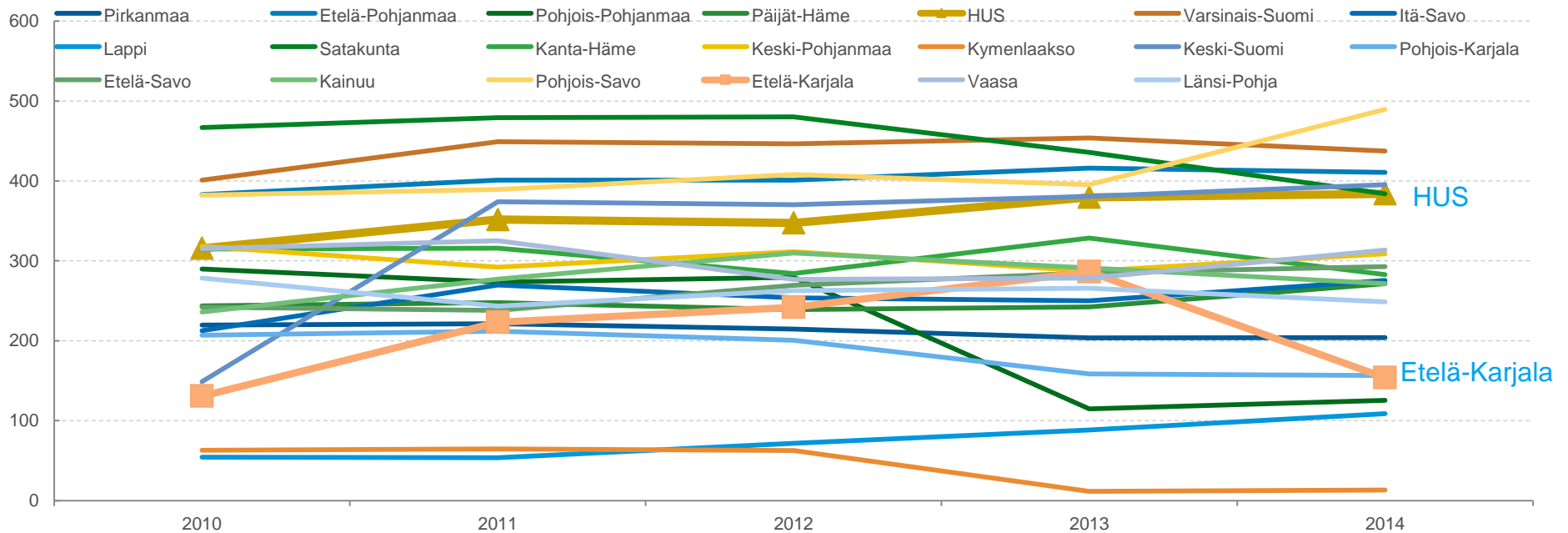
Psykiatrian ja päihdehuollon asumispalveluiden paikat / 1000 18v täyttänyttä asukasta



- Kasvu 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.**

Psykiatrian avopalveluiden käynnit* ovat samaan aikaan kasvaneet

Aikuispsykiatrian avokäynnit / 1000 18v täyttänyttä



- 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 yleistyessä), mutta tätä vaikutusta ei ole voitu kvantifioida**

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

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

