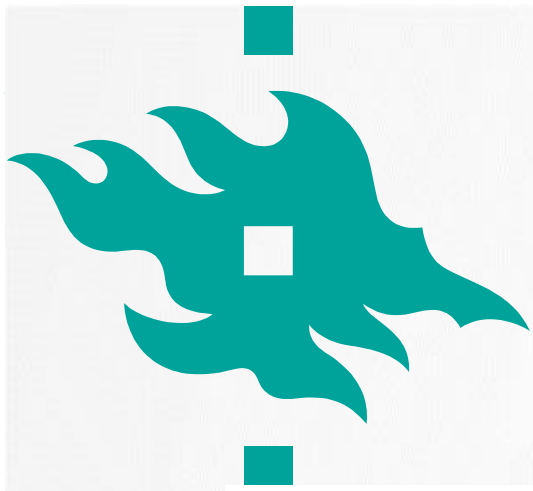




MIKSI MEIDÄN TULEE KIINNITTÄÄ HUOMIO SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN VAIKUTTAVUUTEEN?

Paulus Torkki

Apulaisprofessori, Terveystuotantotalous, HY

Vieraileva professori, Aalto-yliopisto

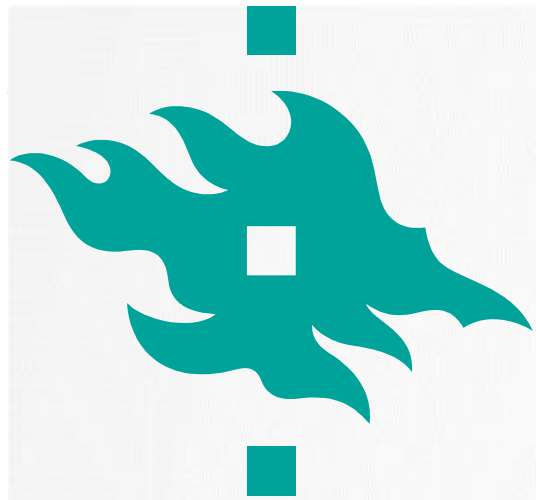
Dosentti, Jyväskylän yliopisto

Puheenjohtaja, Vaikuttavuusseura ry



ESITYKSEN RAKENNE

- Miksi vaikuttavuus on tärkeää?
- Mitä vaikuttavuus on?
- Voidaanko sote-palveluiden vaikuttavuutta parantaa?



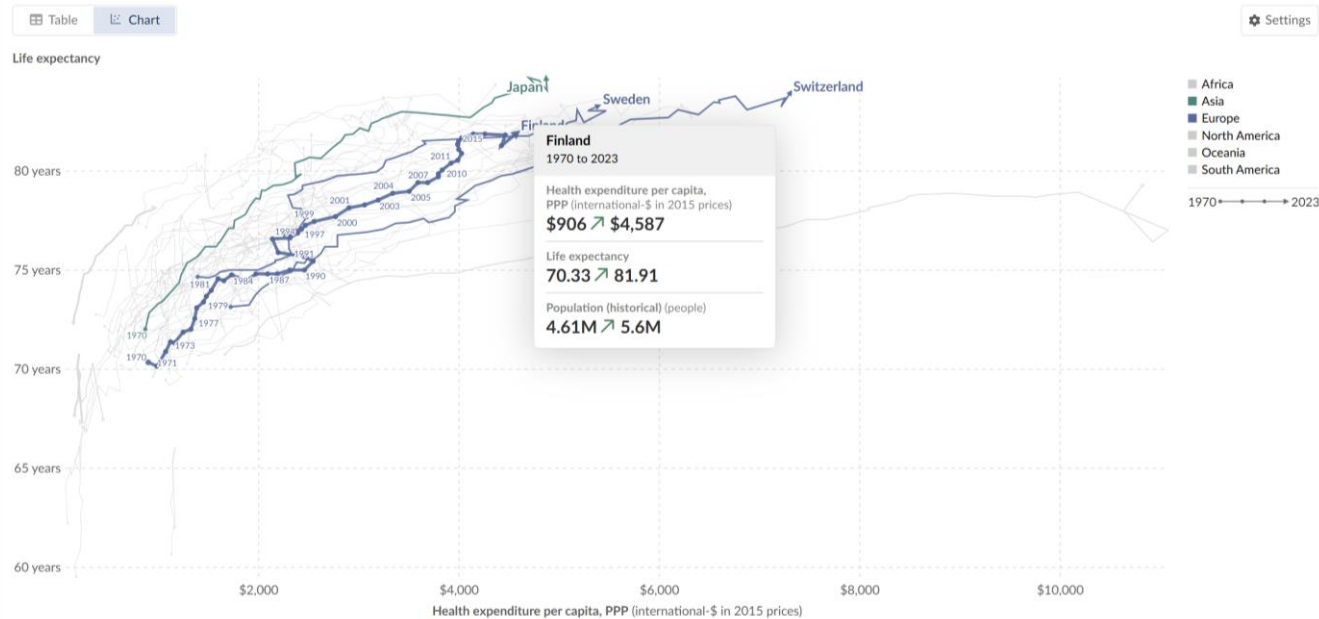
MIKSI?



RAHALLA SAA TERVEYTTÄ, MUTTA VAIN TIETTYYN RAJAAN ASTI ... ENTISTÄ VAIKEAMPI SAADA LISÄHYÖTYÄ LISÄRESURSSEILLA

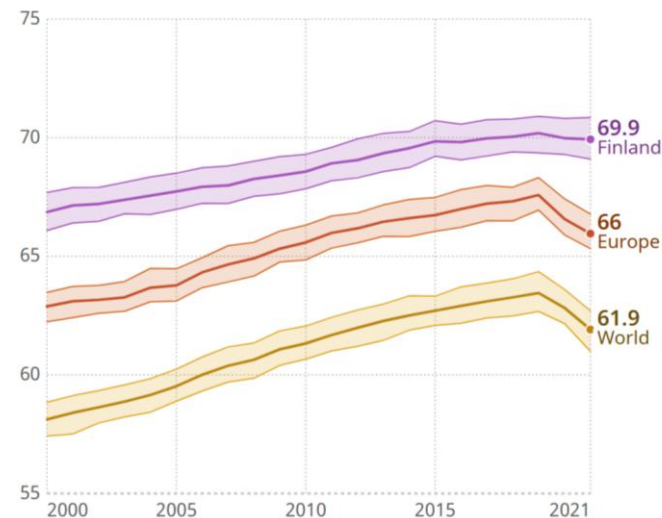
Life expectancy vs. health expenditure, 1970 to 2023

The period life expectancy at birth, in a given year. Health expenditure includes all financing schemes and covers all aspects of healthcare. This data is adjusted for inflation and differences in living costs between countries.



Healthy life expectancy (HALE) at birth - region / global

The average number of years that a person can expect to live in "full health" from birth. Finland, 2000 - 2021



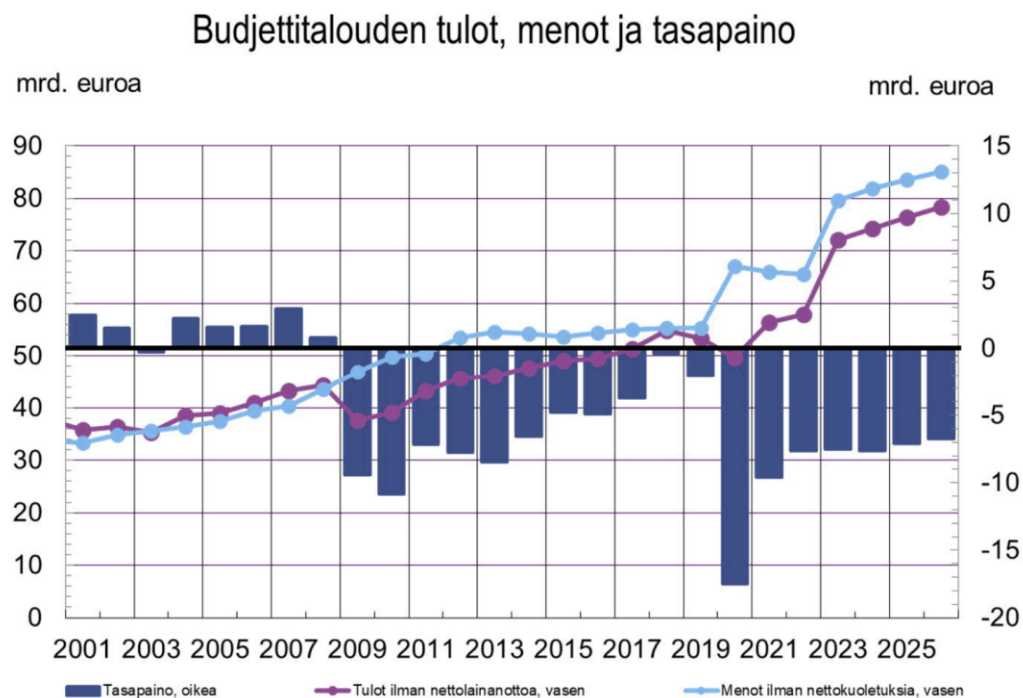
<https://ourworldindata.org/grapher/life-expectancy-vs-health-expenditure>

<https://data.who.int/countries/246>



TULSIKO JOTAIN TEHDÄ TOISIN? SOTE-MENOT LÄHES 30 MILJARDIA EUROA

Valtion budjettitalouden tasapaino



Lähde: Valtiovarainministeriö 13.4.2022

Tasapaino:

2016 (TP): -4,9 mrd. euroa
2017 (TP): -3,7 mrd. euroa
2018 (TP): -0,4 mrd. euroa
2019 (TP): -2,0 mrd. euroa
2020 (TP): -17,4 mrd. euroa
2021 (TP): -9,6 mrd. euroa
2022 (LTA): -7,6 mrd. euroa
2023 (JTS): -7,5 mrd. euroa
2024 (JTS): -7,6 mrd. euroa
2025 (JTS): -7,1 mrd. euroa
2026 (JTS): -6,7 mrd. euroa



MAIDEN VÄLILLÄ SUURET EROT (PAPANICOLAS YM. JAMA 2018)

Total spending on health, % of total national GDP	US 17.8	CHE 12.4	Sweden 11.9	Germany 11.3	France 11	Japan 10.9	Denmark 10.8	NLD 10.5	Canada 10.3	UK 9.7	Australia 9.6	11.5
Public spending on health, % of total national GDP	Sweden 10	NLD 9.5	Denmark 9.2	Germany 8.7	France 8.7	Japan 8.6	US 8.3	CHE 7.7	UK 7.6	Canada 7.4	Australia 6.3	8.4
Mean spending on health per capita, US \$	US 9403	Sweden 6808	CHE 6787	Denmark 6463	NLD 5202	Germany 5182	Canada 4641	Australia 4357	Japan 3727	France 3661	UK 3377	5419
Health expenditure by function of care as a % of total national health expenditure												

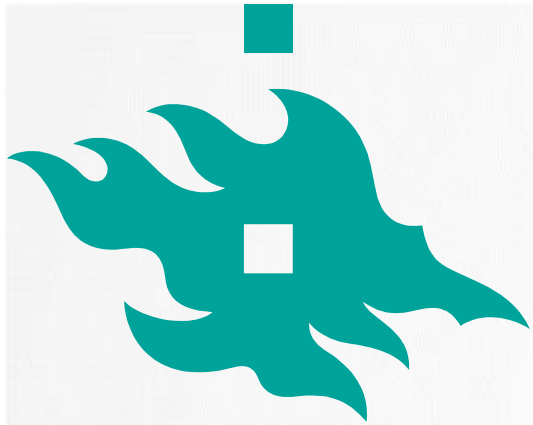
Life expectancy												
Life expectancy in total population at birth, mean, y	Japan 83.9	CHE 83	Australia 82.5	France 82.4	Sweden 82.3	Canada 81.7	NLD 81.6	UK 81	Denmark 80.8	Germany 80.7	US 78.8	81.7
Health-adjusted life expectancy, mean, y	Japan 74.9	CHE 75.1	France 72.6	Canada 72.3	NLD 72.2	Sweden 72	Australia 71.9	UK 71.4	Denmark 71.3	Germany 71.2	US 69.1	72
Life expectancy for women aged ≥40 y, mean, y	Japan 47.7	France 46.4	CHE 45.8	Australia 45.4	Sweden 44.8	Canada 44.8	Germany 43.9	NLD 43.9	UK 43.7	Denmark 43.4	US 42.6	44.8
Life expectancy for men aged ≥40 y, mean, y	CHE 42	Japan 41.8	Australia 41.7	Sweden 41.5	Canada 41.1	NLD 40.8	France 40.6	UK 40.5	Denmark 39.8	Germany 39.4	US 38.7	40.7
Maternal and infant health												
Maternal mortality, deaths per 100000 live births	US 26.4	UK 9.2	Germany 9	France 7.8	Canada 7.3	NLD 6.7	Japan 6.4	CHE 5.8	Australia 5.5	Sweden 4.4	Denmark 4.2	8.4
Infant mortality, deaths per 1000 live births	US 5.8	Canada 5.1	UK 3.9	CHE 3.9	France 3.8	Denmark 3.7	Germany 3.3	Australia 3.2	Sweden 2.5	NLD 2.5	Japan 2.1	3.6
Neonatal mortality, deaths per 1000 live births	US 4	Canada 3.2	CHE 3.1	Denmark 3	UK 2.7	France 2.6	NLD 2.5	Germany 2.3	Australia 2.3	Sweden 1.7	Japan 0.9	2.6
Neonatal mortality, deaths per 1000 live births excluding <1000 g	Denmark 2.09	NLD 1.96	UK 1.77	Canada 1.63	US 1.61	Sweden 1.56	Germany 1.49	France NA	CHE NA	Japan NA	Australia NA	1.7
Low birth weight, % of total live births	Japan 9.5	US 8.1	UK 6.9	Germany 6.6	NLD 6.5	Australia 6.4	Canada 6.3	France 6.2	Denmark 5	Sweden 4.4	CHE NA	6.6

NA indicates not applicable. CHE indicates Switzerland; NLD, the Netherlands. See eTable 2 in Supplement 2 for data ordered by country.

^a Patient self-reported data.

Laaketieteellinen tiedekunta

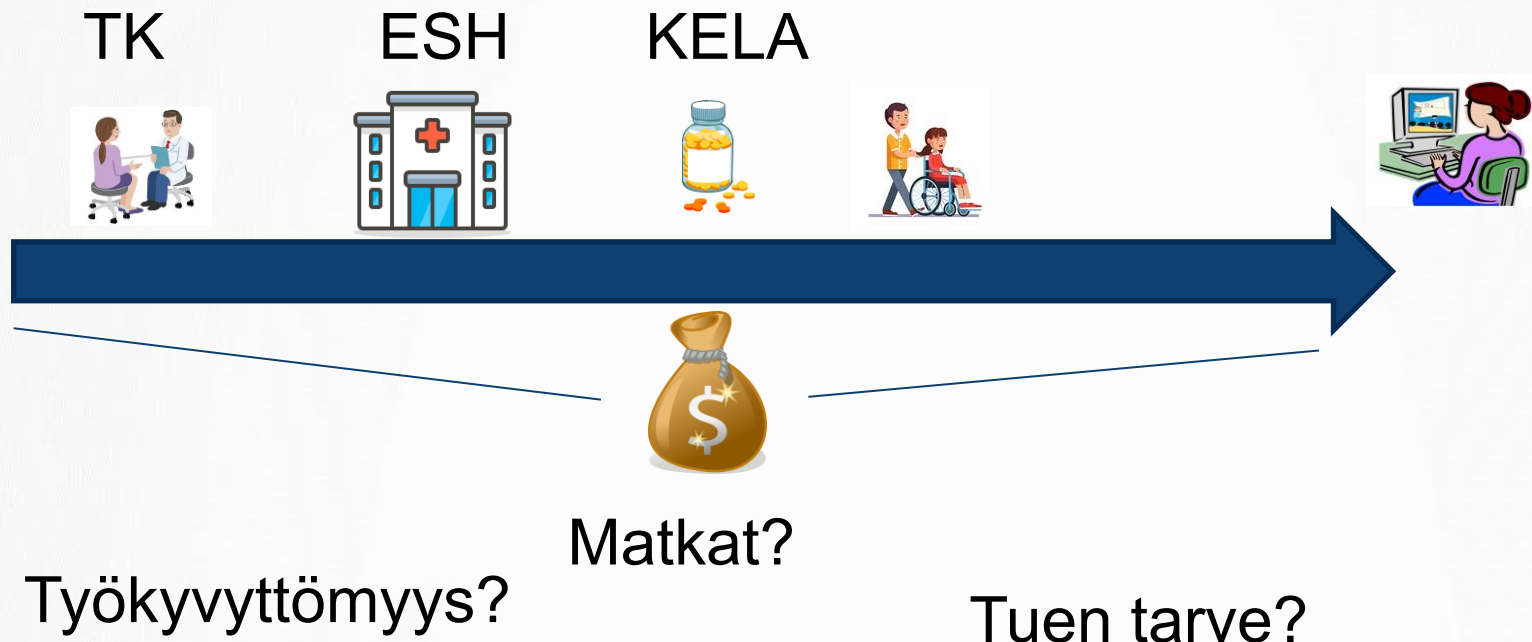
Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *Jama*, 319(10), 1024-1039.



TERVEYTTÄ EI LUODA PELKÄSTÄÄN SOTE-JÄRJESTELMÄSSÄ → VAIHTOEHTOISKUSTANNUS



TOISAALTA TERVEYSPALVELUT ON INVESTOINTI – TEHTÄVÄ EI OLE SÄÄSTÄÄ VAAN SUUNNATA RESURSSIT JÄRKEVÄSTI

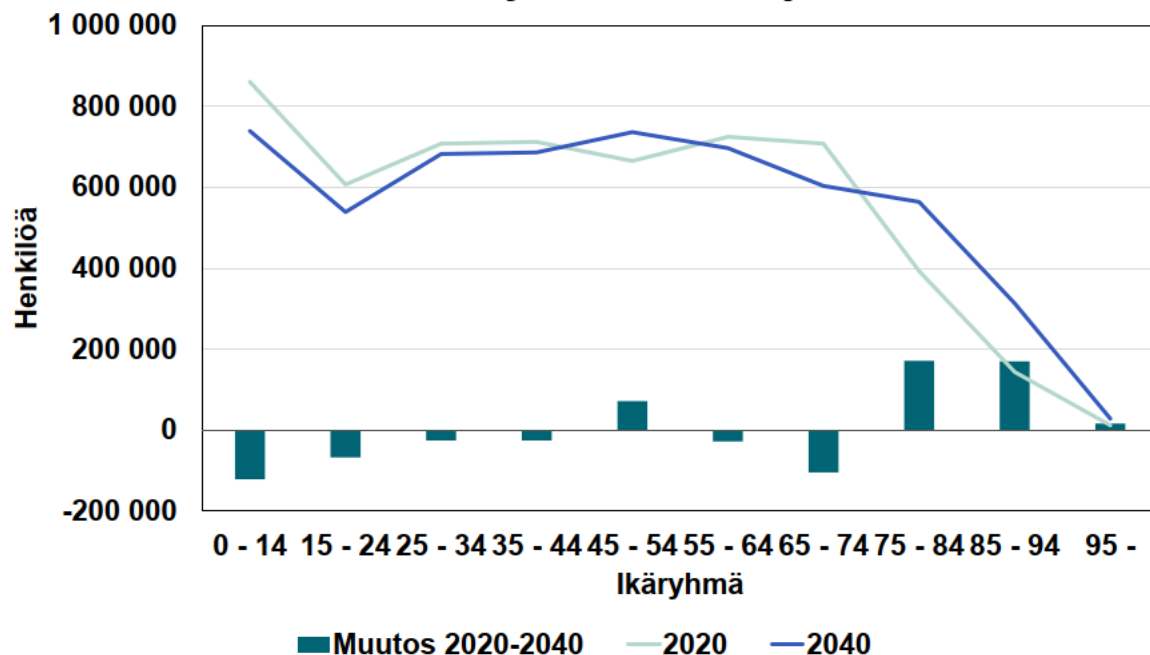


Hyödyt näkyvät SOTE-sektorin ulkopuolella: Ihminen pärjää kotona, käy töissä jne.



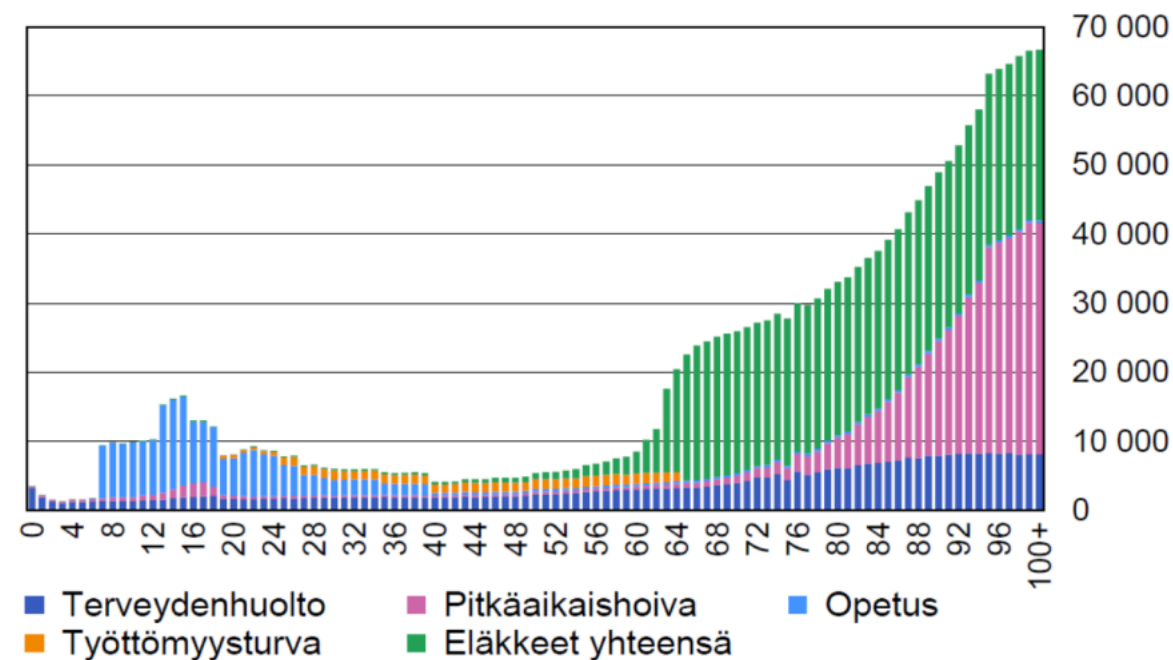
TULEVAISUUDESSA TARPEET KASVAVAT JA TYÖVOIMASTA ON PULAA

Väestö eri ikäryhmissä 2020 ja 2040



Lähteet: Tilastokeskus, VM.

Ikäsidonnaiset menot ikäluokittain 2019
euroa henkeä kohden, keskiarvo



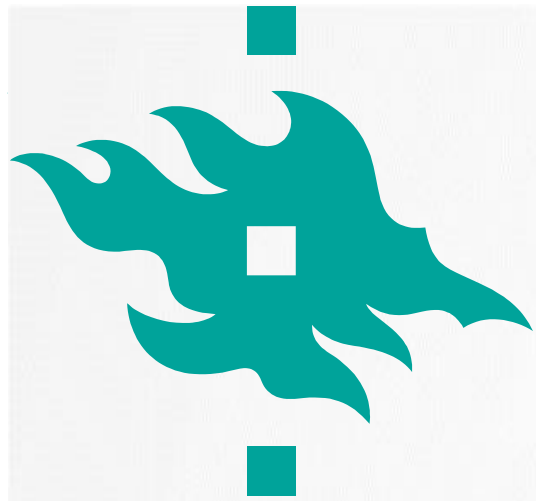
Lähde: STM:n kehittämä SOME-malli, VM

Mitä tämä laskennallisesti tarkoittaa? Kun työikäisten määrä lievästi vähenee ja ikääntymisen myötä palvelutarve kasvaa → Vuonna 2040 tarvitaan 35-40 % parempi tuottavuus tai 35-40 % enemmän ammattilaisia kuin 2020



VAIKUTTAVUUDESTA JA ASIAKASKESKEISYYDESTÄ ON PUHUTTU PITKÄÄN, MIKÄ ON SIIS ONGELMA?

- *Edelleen mitataan ja ohjataan*
 - *Suoritteita*
 - *Budjettia / yksikkökustannuksia*
 - *Resursseja*
- *Ostetaan ”halvinta”*
- *Optimoidaan yksikkökustannuksia sujuvan asiakaspolun sijaan*
- *Päätöksenteko perustuu siihen tietoon, mikä saatavilla*
- *Vaikuttavuutta tai väestön terveydentilaa/toimintakykyä mitataan epäsystemaattisesti ja ei tosiasiallisesti käytetä johtamisessa tehtyjen päätösten perustana (yksittäisissä asiakas-/potilastapauksissa kylläkin)*



MITÄ VAIKUTTAVUUS ON?



MITÄ ON VAIKUTTAVUUS?

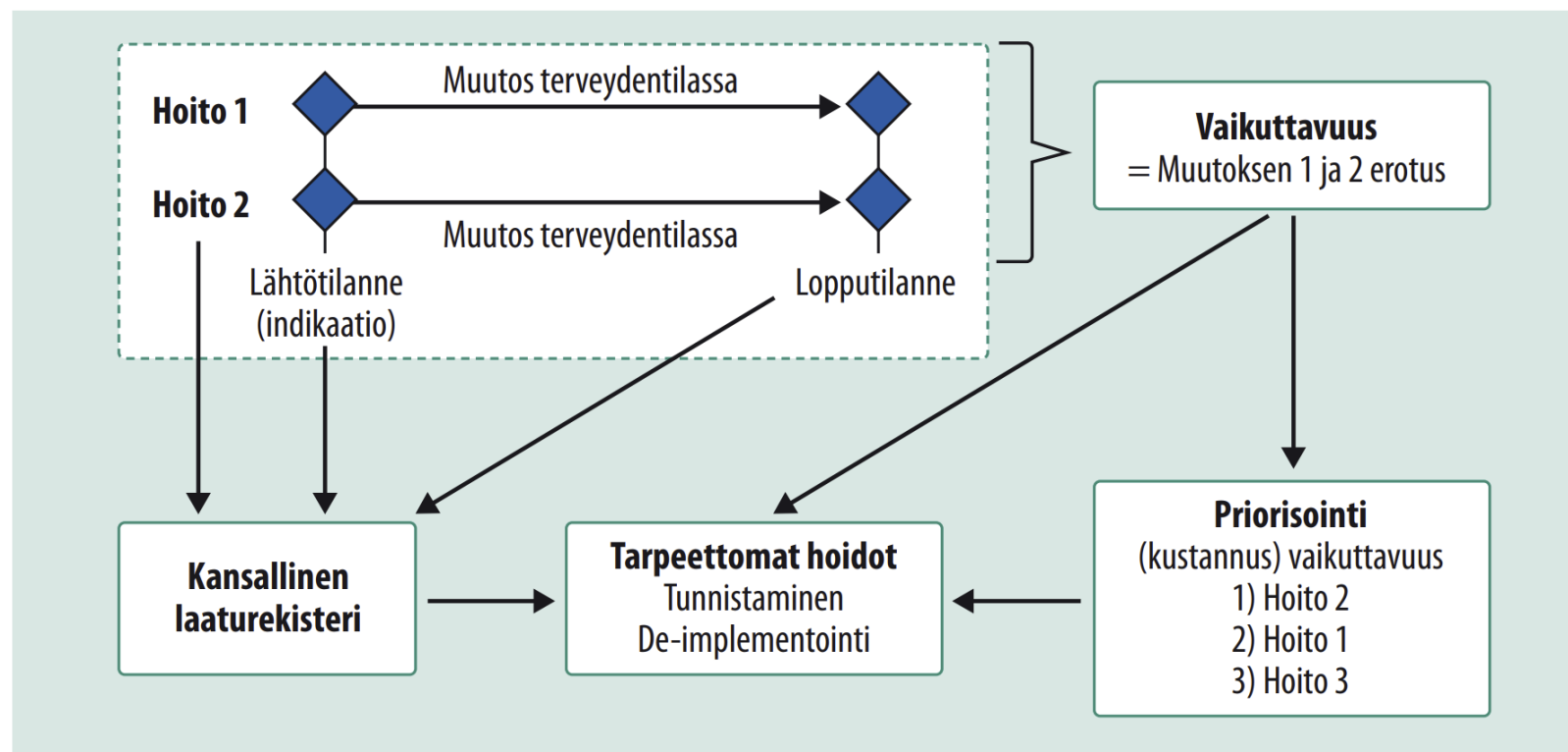
**Vaikuttavuus on tapahtuman aikaansaama muutos
asiakkaan tai potilaan tilassa**

”mitä asiakkaalle tai potilaalle tapahtuu?”

**Kun vaikuttavuuteen liitetään kustannukset, joilla
vaikutus on aikaansaatu, puhutaan
kustannusvaikuttavuudesta**

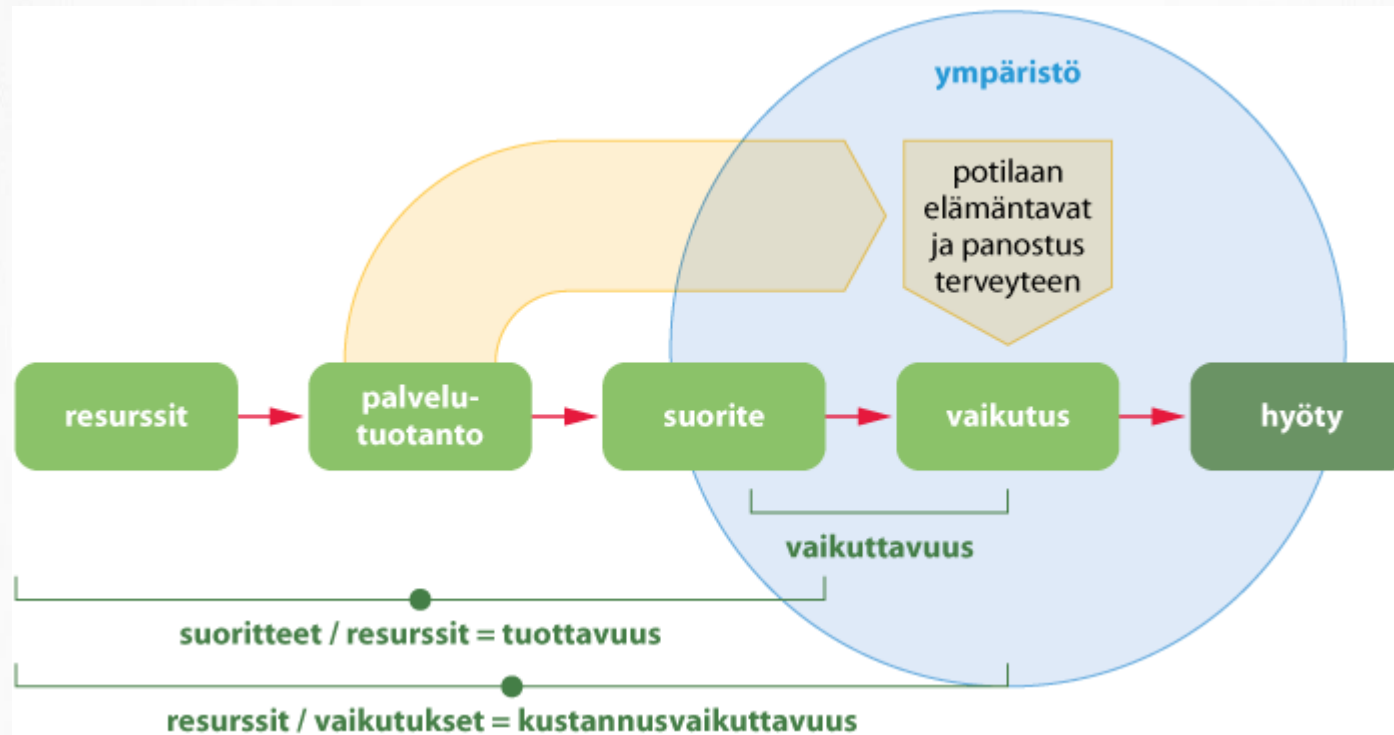


MITÄ ON VAIKUTTAVUUS?





MONI TEKIJÄ VAIKUTTAА TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN – EI PELKKÄ HOITO/PALVELU



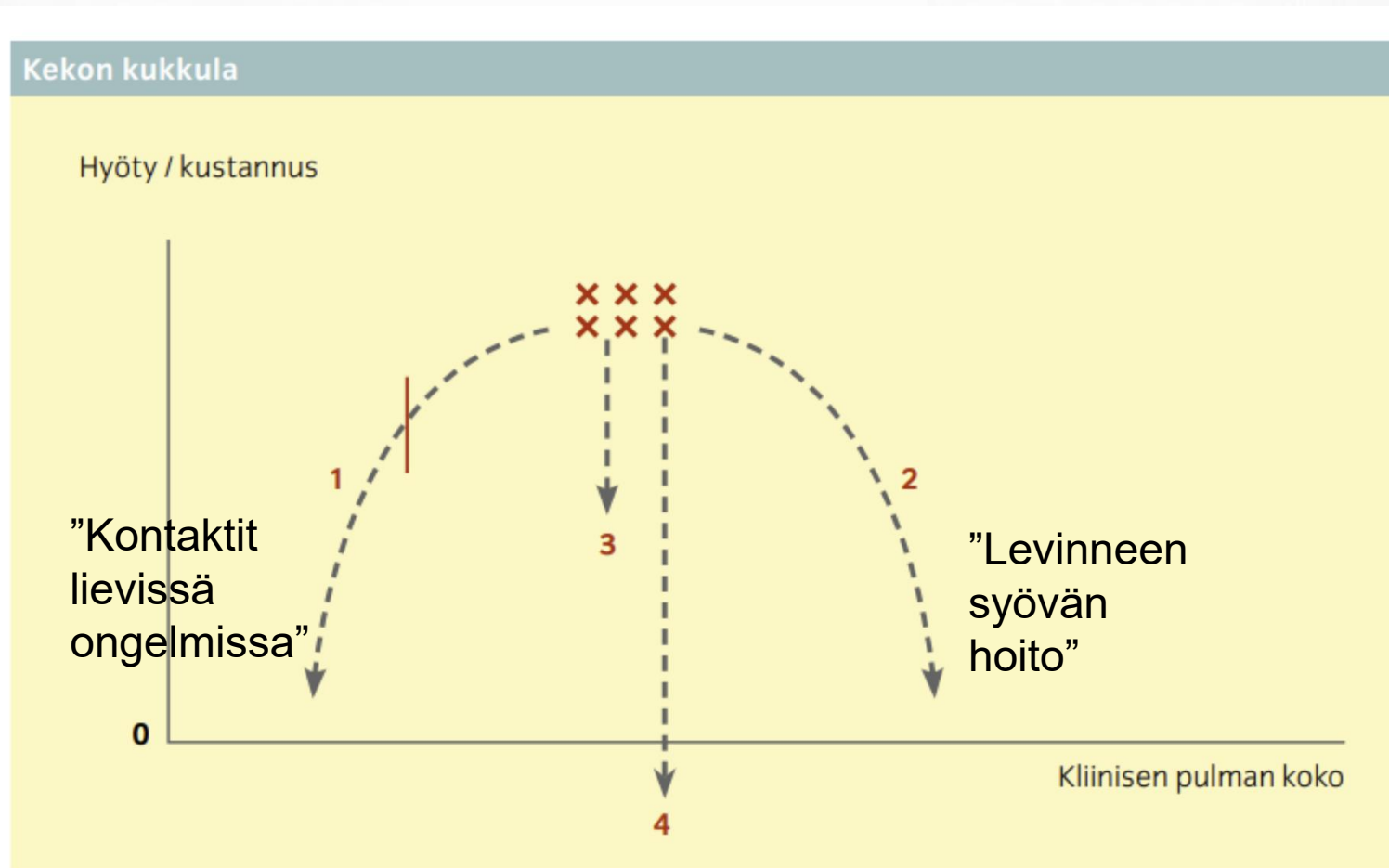


Lääketieteellinen tiedekunta



VAIKUTTAVUUDEN INHIMILLISET ONGELMAT

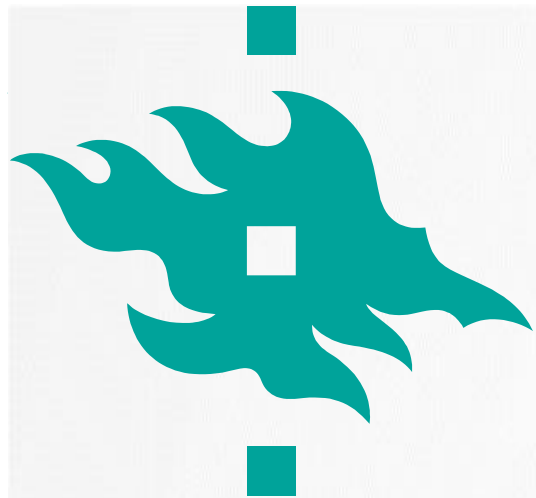
"Miten todennetaan vaikuttavuus?"





VAIKUTTAVUUS

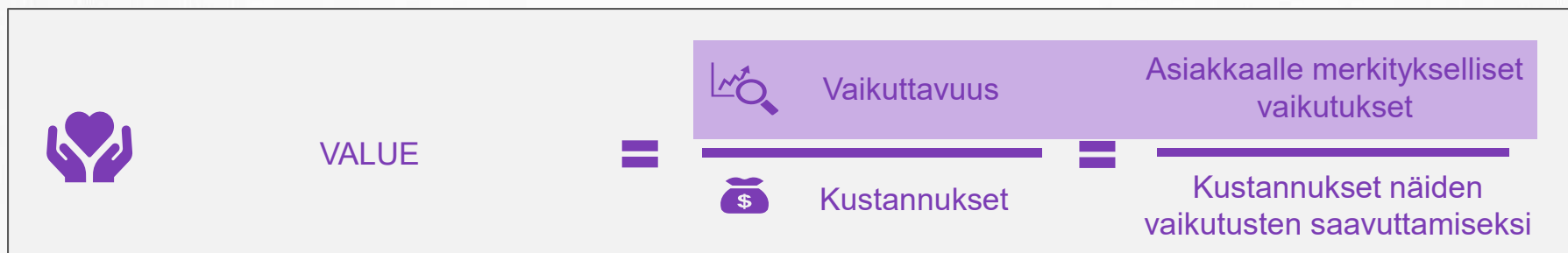
- On aina suhteellinen käsite. Esimerkiksi suhteessa:
 - jos ei tehdä mitään
 - toiseen hoitoon
- Vaatii siksi lähtökohtaisesti vertailuasetelmaa todentamiseen
- Ei ole absoluuttinen mittari, vaan pitää aina määrittää, mistä näkökulmasta vaikuttavuutta tutkaillaan:
 - Elämänlaatu?, Terveys?, Toimintakyky?
- On kuitenkin universaaleja pyrkimyksiä yhtenäistää vaikuttavuuden arviointia, kuten euroa per laatupainotettu elinvuosi (€/Quality-Adjusted Life Years, QALY)



VAIKUTTAVUUSPERUSTAINEN SOTE



MITÄ ON VAIKUTTAVUUSPERUSTAINEN SOTE (VALUE BASED HEALTH CARE)



- Arkivaikuttavuutta (hoitotuloksia) tulee mitata yksilötasolla jokaiselta asiakkaalta/potilaalta asiakassegmenteittäin ja yli kokonaisten palvelu- tai hoitopolkujen
- Vastaavasti kustannuksia tulee tarkastella kokonaisuutena yli asiakas-/potilaspolkujen
- Johtamista ja ohjaamista (informaatio, dialogi, resurssit) kehitettävä vaikuttavuustietoon pohjaten



KYSE ON ARKIVAIKUTTAVUUDESTA

Laatu (1/3)

Lääketieteen suurimpia ongelmia on hyvin puutteellinen tieto siitä, mitä tavalliselle potilaalle käy hoitoprosessin aikana

Pitäisi pystyä arvioimaan koko hoitoketjun toimintaa ja hoitotuloksia ei pelkästään yksittäisten interventioden vaikuttavuutta satunnaistetuilla tutkimuksilla.



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

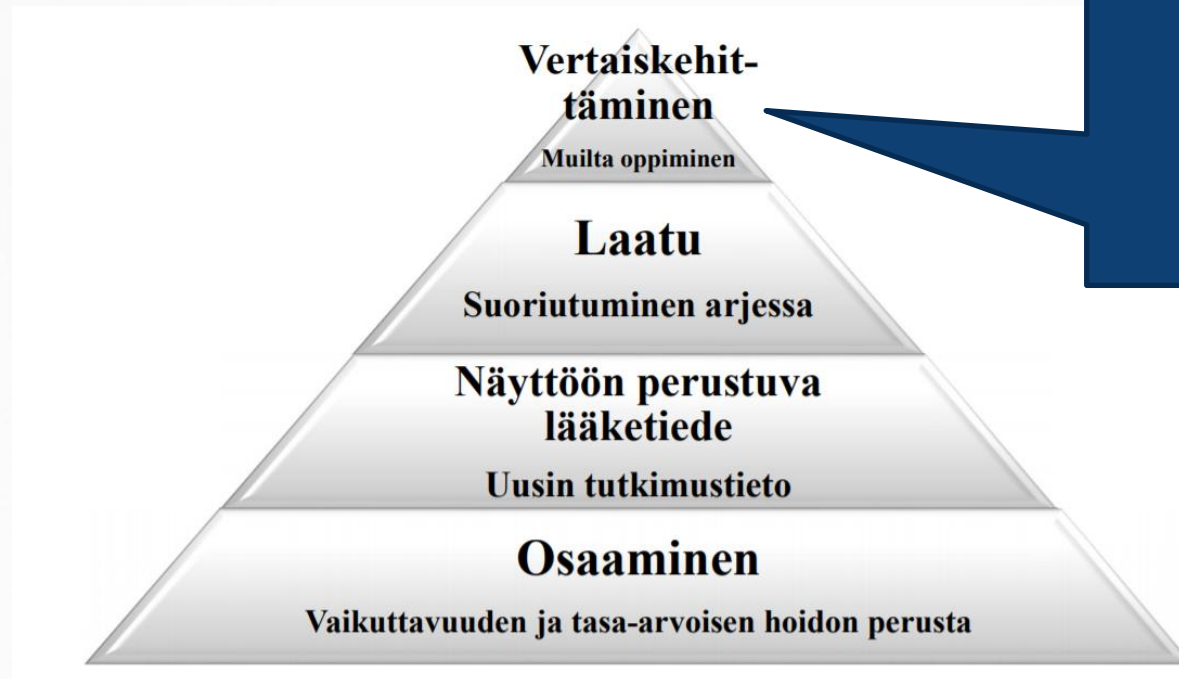
3.5.2017

Antti Malmivaara

Malmivaara A. [Real-Effectiveness Medicine – pursuing the best effectiveness in the ordinary care of patients.](#) Annals of Medicine 2013;45:103–106.



ARKIVAIKUTTAVUUDEN NÄKÖKULMA – TIEDE LUO POHJAN, MUTTEI TAKAA VAIKUTTAVUUTTA



Tavoitteena on
hoitotulosten
vertaaminen
tosielämässä

Malmivaara A. [Real-Effectiveness Medicine – pursuing the best effectiveness in the ordinary care of patients](#). Annals of Medicine 2013;45:103–106.



MIKSI ASIAKASRYHMITÄIN? YKSINKERTAISTETTU ESIMERKKI

Segmentti	Vaikuttavuustavoite
Terveet ja hyvinvoivat	Pidetään terveinä ja hyvinvoivina
Kohonnut riski	Ennaltaehkäisy
Lievä palvelutarve	Ratkaistaan ongelma
Vakava tilapäinen tarve	Pyritään palauttamaan terveys / hyvinvointi
Jatkuva palvelutarve	Toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpito
Useita palvelutarpeita	Toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpito
Loppuvaiheen hoiva/hoito	Laadukas elämän loppuvaihe

Tunnistetaanko? Puututaanko?

Saadaanko nämä hoidettua?

Kasvaako näiden määrä?
Ovatko tavoitteessa?

Torkki, P., Leskelä, R. L., Mustonen, P., Linna, M., & Lillrank, P. (2023). How to extend value-based healthcare to population-based healthcare systems? Defining an outcome-based segmentation model for health authority. *BMJ open*, 13(11), e077250.

Lääketieteellinen tiedekunta



MITEN TIETOA VOIDAAN KÄYTTÄÄ?

Asiakas / potilas:

Miten tiedän eri vaihtoehtojen vaikutukset elämänlaatuuni?
Miten voin tehdä itse elämänlaatuni parantamiseksi?

Rahoittaja/Johto:

Miten seuraamme palvelujärjestelmän toimivuutta yli palveluketjujen?

Asiakkaan kokema tarve,
Tila episodin alussa



Asiakkaalle relevantit tulokset:
Terveys, toimintakyky, pärjääminen...

Ammattilainen:

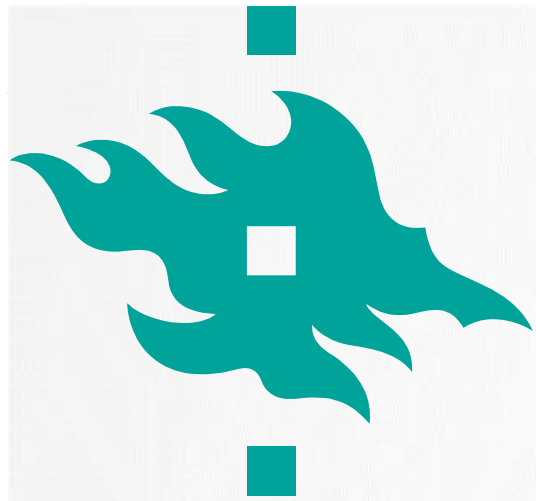
Mitkä ovat asiakkaalleni / potilaalleni tärkeitä vaikutuksia?
Miten voin parantaa hänen elämänlaatua?



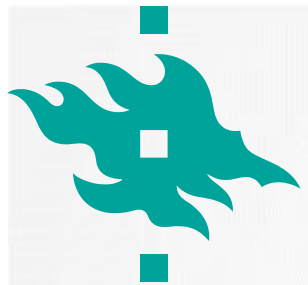
Palvelutuotanto:

Miten meidän tulisi käyttää olemassa olevat resurssimme, jossa saisimme tavoiteltuja vaikutuksia aikaiseksi?

Kokonaiskustannukset



VAIKUTTAVUUS JA PRIORISOINTI



SOTE-PALVELUIDEN PRIORISOINTI ON JUURI NYT AJANKOHTAISTA?

- Palvelujen ja tarpeen kohtaamattomuuden kriisin ohella meillä on kustannuskriisi ja priorisointia ei voi väistää

Ryynänen et al 2006. Priorisointi terveydenhuollossa

- Priorisointia on ollut aina, mutta mikä on uutta, siitä on tehtävä avointa ja täsmällistä (eksplisiittistä)

Cochrane 1991, Rationing at the cutting edge, BMJ



MITÄ PRIORISOINTI ON?

- Priorisointi voidaan määritellä seuraavasti: **Kaikki ne toiminnot terveydenhuollon eri tasoilla, jotka pyrkivät terveydenhuollon resurssien kohdentamiseen**, (mukaillen: Lammintakanen, 2013, 270; Vuorenkoski & Saarni 2006, Vuorenkoski & Kaila 2010, Mäkelä ym. 2017) sisältäen myös poliittisen päätöksenteon.
- Priorisointia on kuvattu myös siten, että se sisältää säännöstelyn ja järjestykseen asettamisen

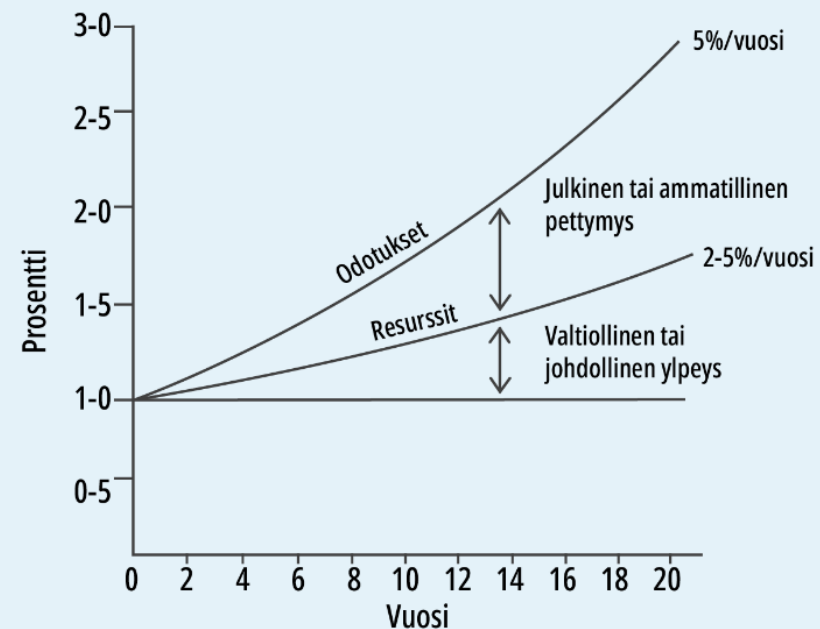
PRIORISOINTI EI OLE SÄÄSTÄMISTÄ



PRIORISOINTITARPEEN JUURISYY: IHMISTEN ODOTUKSET YLITTÄVÄT AINA JÄRJESTELMÄN MAHDOLLISUUDET

Kyseessä ns. viheliäinen ongelma (wicked problem), jota ei voida koskaan ratkaista, mutta sen kanssa voidaan elää paremmin

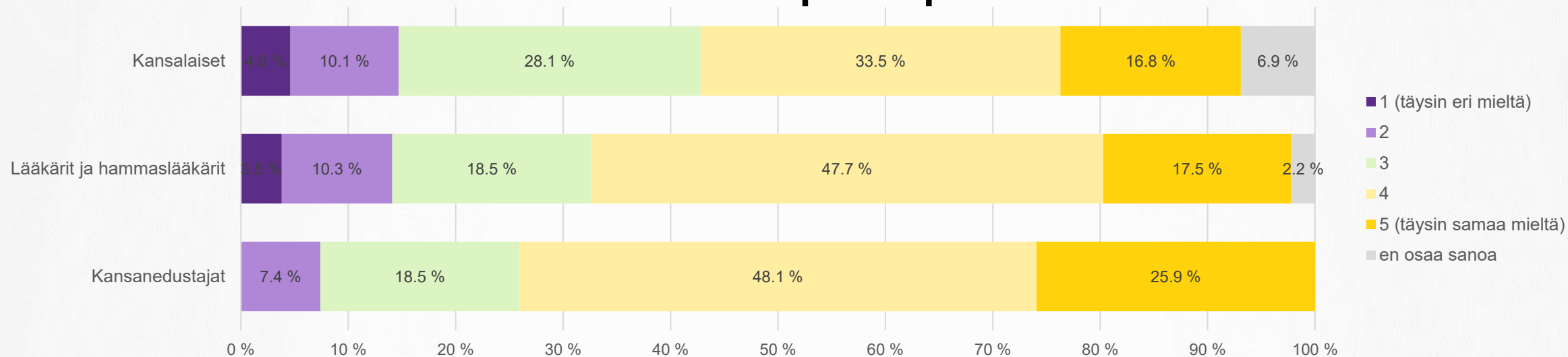
Pitää häivyttää aktiivisesti keskusteluista kysymys ”pitääkö priorisoida” ja siirtyä keskustelemaan ”miten kannattaa priorisoida”





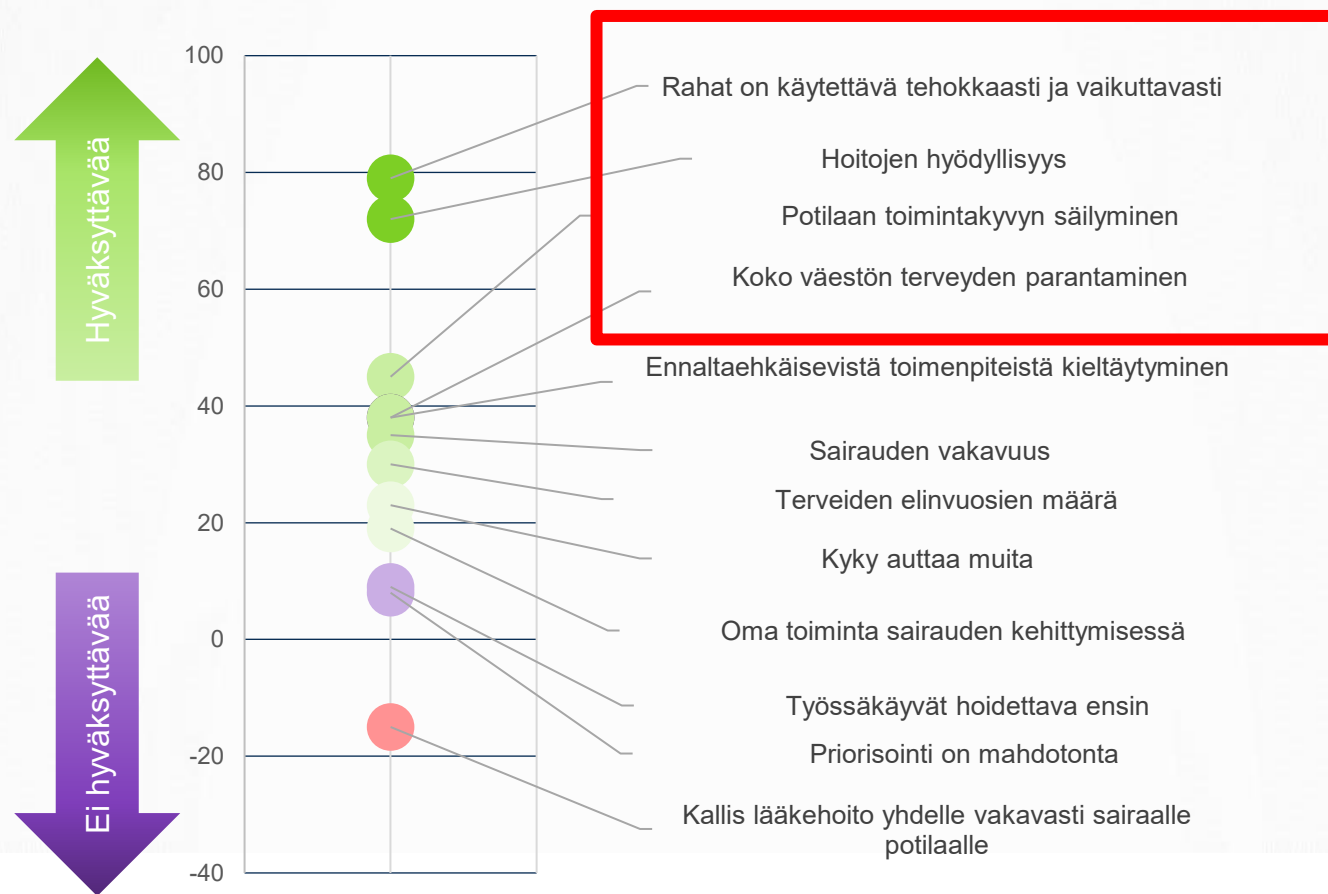
NYKYISIN SUOMESSA EI PRIORISOIDA AVOIMESTI VAAN NS. PILOPRIORISOIDAAN. MITÄ SIITÄ SEURAA?

Vaatimalla voi saada parempaa hoitoa





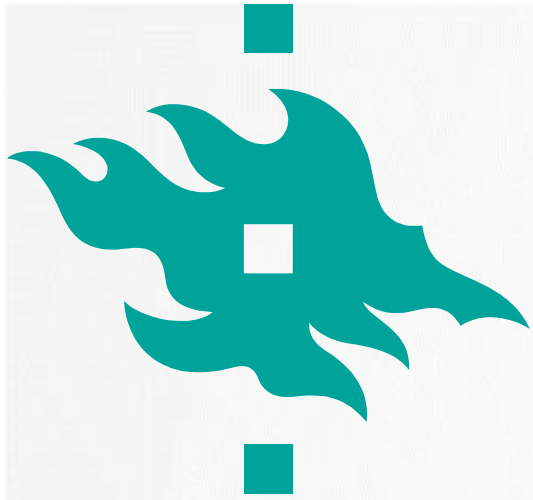
MITEN VAIKUTTAVUUS LIITTYY PRIORISOINTIIN? MITKÄ OVAT HYVÄKSYTTÄVIÄ PRIORISOINNIN PERIAATTEITA?





ONKO PRIORISOINNIN LOPULLINEN TAVOITE ITSEASIASSA HYVÄKSYNTÄ?





VAIKUTTAVUUDEN PARANTAMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ

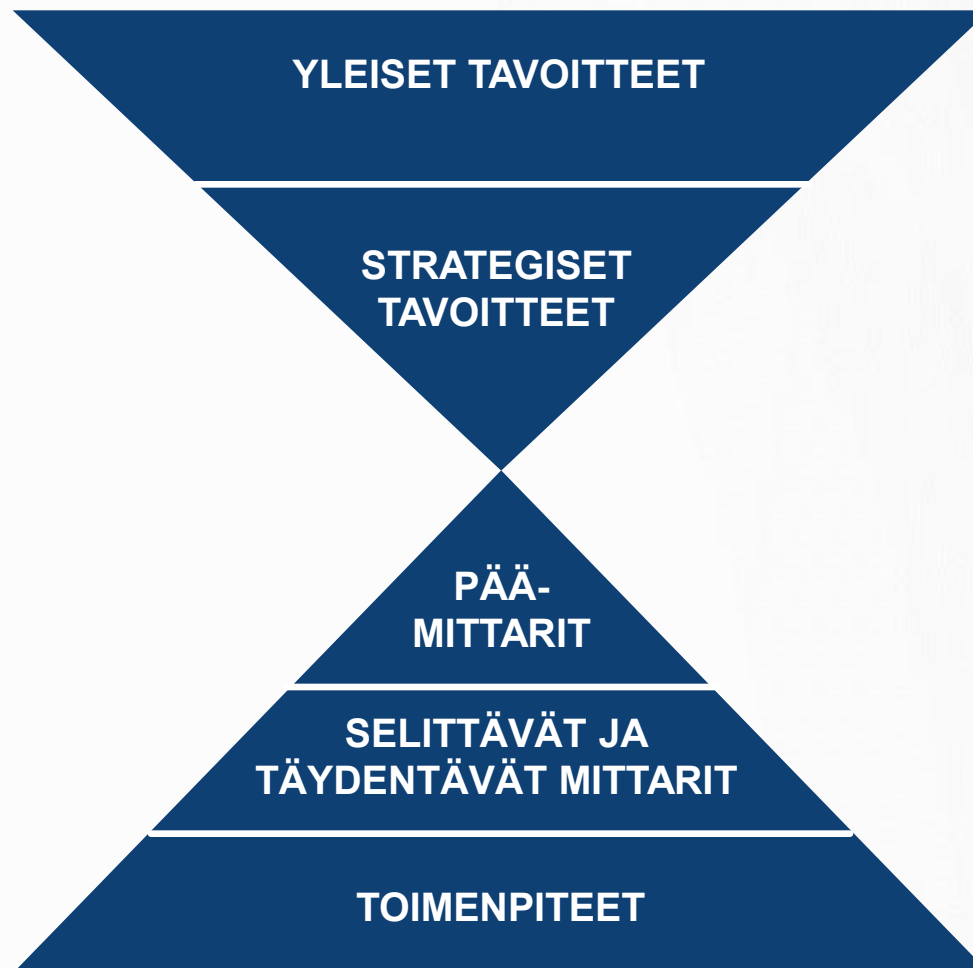


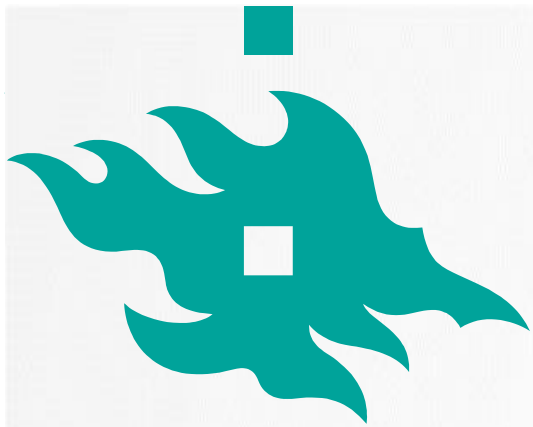
KAIKKEIN KESKEISINTÄ MÄÄRITTÄÄ KONKREETTISET TAVOITTEET

Michael Porter näkee terveyspalveluiden suurimmaksi ongelmaksi sen, ettei yhteisiä tavoitteita pystytä valitsemaan tai fokusoimaan riittävän selkeästi:

“In any field, improving performance and **accountability depends on having a shared goal that unites the interests and activities of all stakeholders**. In health care, however, stakeholders have myriad, often conflicting goals, including access to services, profitability, high quality, cost containment, safety, convenience, patient-centeredness, and satisfaction.”

Porter M, NEJM 2010





ON HUOLEHDITTAVA, ETTÄ TAVOITTEET OVAT RIITTÄVÄN SELVÄT JA KONKREETTISET OHJAAMAAN TOIMINTAA

Tavoitteet jäävät herkästi ympäröiviksi ja maailmaa syleileviksi
eikä niihin voida tällöin kytkeä mittareita



ESIMERKKI HVA-TAVOITTEISTA

VAIKUTTAVUUS

*Edistämme
hyvinvointia, terveyttä ja
turvallisuutta sekä
kavennamme hyvinvointi-
ja terveyseroja.
Panostamme laatuun,
kustannus-tehokkuuteen ja
kumppanuuteen.*

- Toiminnan kustannusvaikuttavuutta vahvistetaan ja toiminta sovitetaan käytettävissä olevaan rahoitukseen.





MITÄ VAIKUTTAVUUSPERUSTAISUUS TARKOITTA KONGKREETTISESTI?

- **ASIAKKAIDEN JA POTILAIEN OSALLISTAMINEN**
 - Mitkä ovat merkityksellisiä vaikutuksia?
- **TIETOJOHTAMINEN**
 - Tarvitaan tietoa palveluiden ja hoitojen vaikuttavuudesta
 - Tieto pitää kytkeä johtamiseen ja päätöksentekoon (myös asiakas-/potilastasolla)
- **KULTTUURI**
 - Vaikuttavuusperustainen toiminta edellyttää ajattelun muuttamista: kaikki suoritteet eivät vaikuttavia
 - Keskeinen muutosvoima on aina ihminen ja ihmisen ajattelu
- **TOIMINTAMALLIT**
 - Vertaamalla voidaan oppia ns. parhaista käytännöistä → Systemaattinen vertaiskehittäminen

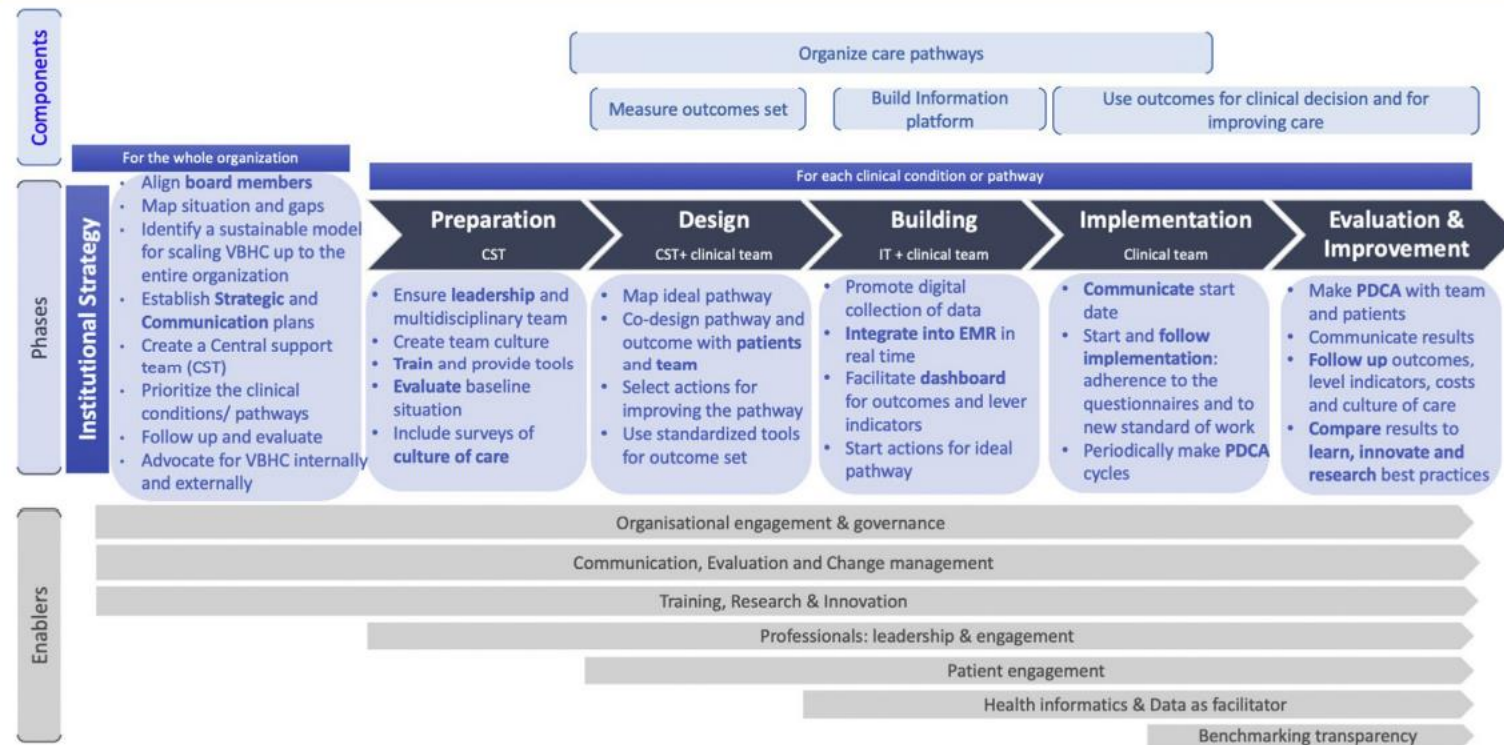


1. TIETOPOHJA JA TIETOJOHTAMINEN

2. PAINOPISTEET JA TOIMINTAMALLIT

3. KULTTUURI

Figure 2. Components, phases, and enablers of the roadmap for the implementation of value-based healthcare.



CST indicates Central Support Team; EMR, electronic medical record; PDCA, Plan Do Check Act; VBHC, Value-based healthcare.



JOTKIN HYVINVOINTIALUEET SOVELTAVAT JO VAIKUTTAVUUSPERUSTAISUUTTA

Keusoten matka kohti vaikuttavuutta aikavälillä 2023-2025



Mukaillen Pitkänen L. ym., (2020) Järjestäjän reittiopasta



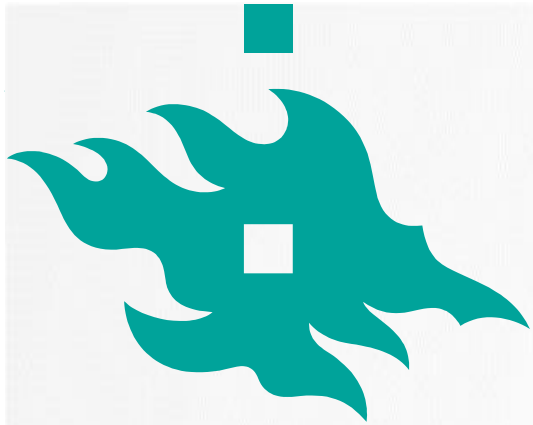
MITÄ SIIS PITÄÄ TEHDÄ ESIMERKIKSI HYVINVOINTIALUEILLA?

Perusta kuntoon:

1. Tietopohjan luominen → **Asiakas- ja potilasryhmittäinen tulosten ja kustannusten seuranta**
2. Tietojohtamisen rakentaminen → **Raportointinäkymät ja vertaiskehittäminen, parhaiden käytäntöjen levittäminen**
3. Kulttuurin luominen / kehittäminen → **Työpajat, seminaarit, vaikuttavuuden priorisointi johtamisessa, suunnattu rahoitus vaikuttavuuden tutkimiseen ja kehittämiseen**

Riittävän pitkä aikaväli strategisella vaikuttavuusohjelmalla

→ Mahdollistavat tärkeimmän, eli vaikuttavuuden tai kustannusvaikuttavuuden parantamisen ammattilaisten ja asiakkaiden kohtaamisen tasolla



VAIKUTTAVUUSPERUSTAISEN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN ASIAKAS-/POTILASRYHMITTÄIN

Priorisointi tunnistettujen kehittämispotentiaalien perusteella



(KANSALLISET) LAATUREKISTERIT

THL:n rekisterinpidollisella vastuulla on yhdeksän kansallista laaturekisteriä vuodesta 2023 alkaen:

- diabetesrekisteri
- HIV-rekisteri
- munuaistautirekisteri
- psykoosien hoidon laaturekisteri
- selkärekisteri
- suun ja hampaiden sairauksien hoidon laaturekisteri
- sydänrekisteri
- tehohoidon laaturekisteri sekä
- tulehduksellisten reumasairauksien laaturekisteri

Kansalliset laaturekisterit noudattavat yhtenäisiä periaatteita

Laaturekisterit ovat potilaiden saamista hoidoista ja saavutetuista hoitotuloksista muodostettuja tietokokoelmia. Kansallisten laaturekisterien rakenne, hallinnointi ja käyttötarkoitukset noudattavat yhtenäisiä periaatteita.

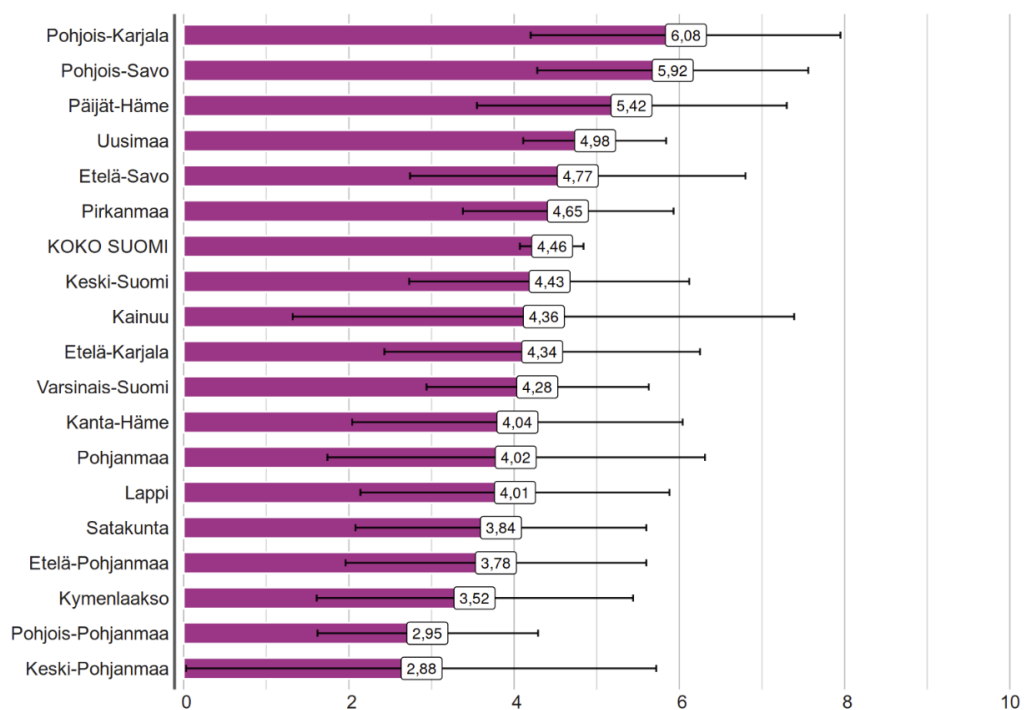


HOITOTULOSTEN VERTAAMINEN: VAKIOIDUN POTILASRYHMÄN MERKITYKSELLISET HOITOTULOKSET

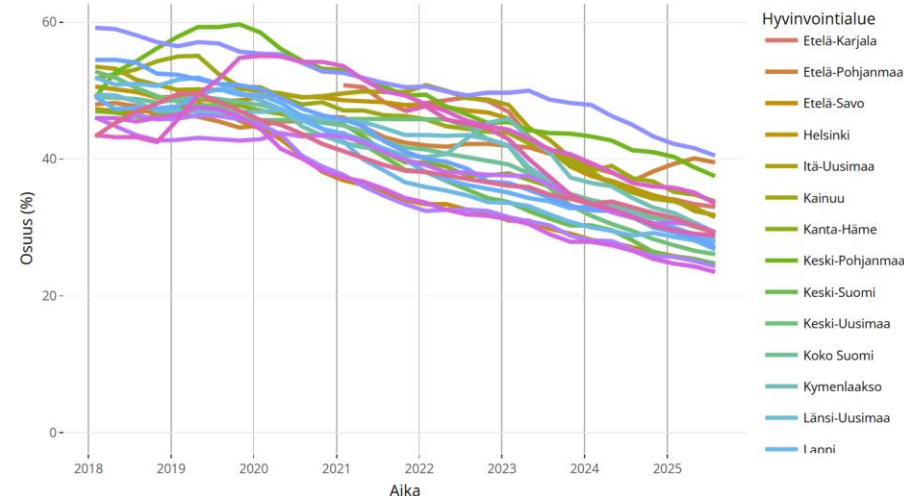
Sydänrekisteri

Diabetesrekisteri

Sydäninfarktipotilaiden 30 vuorokauden vakioitu kuolleisuus vuosina 2023–2024



Hoitotasapaino vuosittain. Potilaiden osuus, joiden LDL 2,6 mmol/l tai yli.

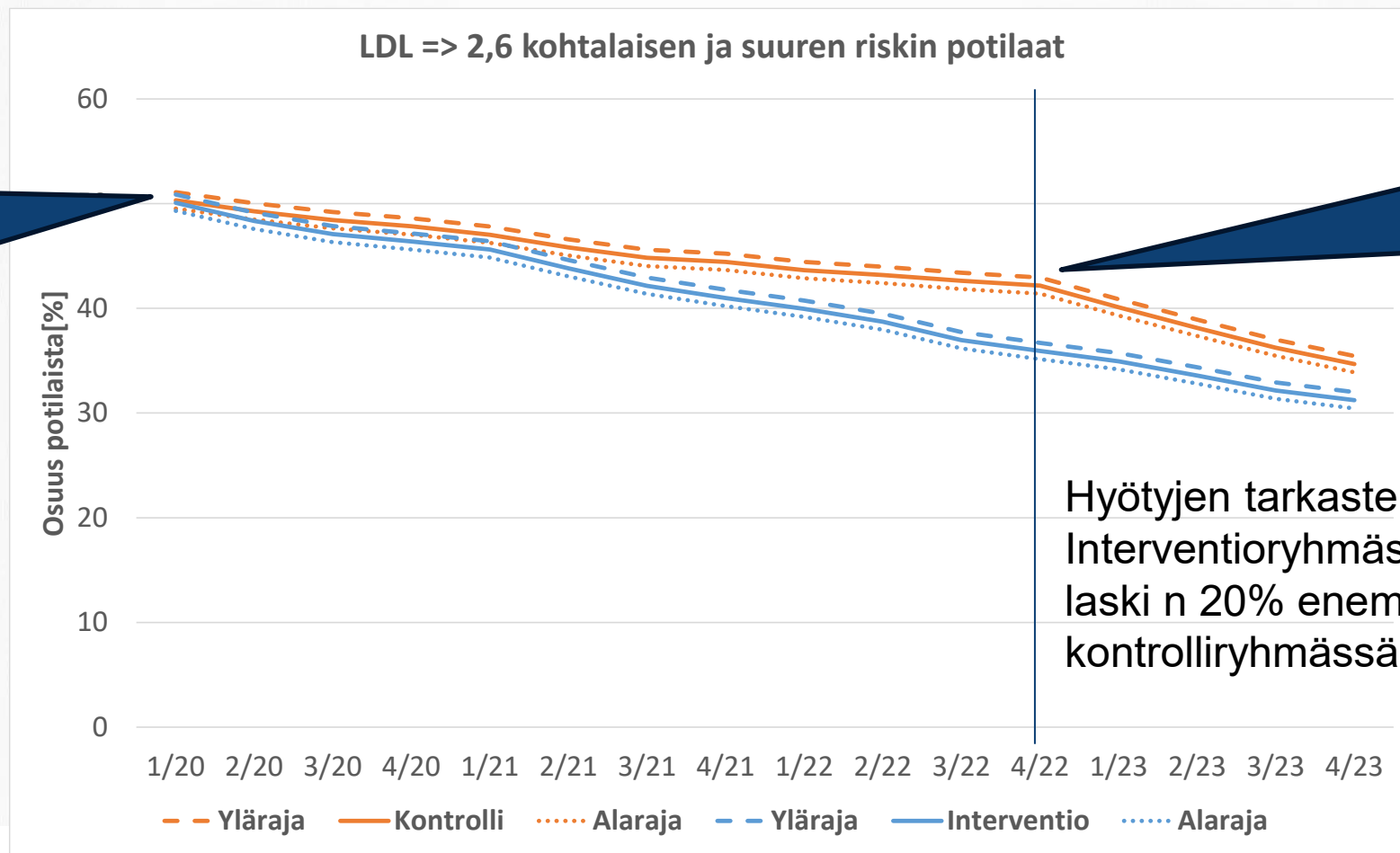




ONKO TULOKSIA MAHDOLLISTA PARANTAA?

(INTERVENTIO=KESKI-SUOMI JA PIRKANMAA) KONTROLLI = MUU SUOMI PL. POHJOIS-KARJALA

Pilotti alkaa



Rekisteristä
valta-
kunnallinen

Hyötyjen tarkastelupiste:
Interventioryhmässä $\geq 2,6$ osuus
laski n 20% enemmän kuin
kontrolliryhmässä



ALUSTAVA KARKEA ARVIO HYÖTYPOTENTIALISTA

	Säästetyt päätapahtumat (5v)	Taloudellinen merkitys (5v)
Keski-Suomi	30-40	700 000 € – 950 000 €
Stroke*	10-15	
Sydäninfarkti*	20-25	
Pirkanmaa	50-60	1 200 000 € - 1 600 000 €
Stroke*	15-20	
Sydäninfarkti*	35-40	

Kehittämislle oltava tavoitteet ja rakenne



SAARIKKA

Tavoitteet (tarkentuu):

1. LDL-tasot paremmiksi – mitatut potilaat (kardiovaskulaarisairasta diabeetikoista LDL-tavoitteessa <1.8 60%
2. Verenpainekirjaukset kuntoon ja diagnoosimerkinnot 75%

SEUTUTERVEYSKESKUS

Tavoitteet:

1. LDL < 2.6 ei kardiovaskulaarisairailta diabeetikoilla: 50 % tavoitteessa (keltainen), 60 % tavoitteessa (vihreä)
2. HbA1c: Yli 64 potilaiden määrä vähemmäksi: 12 % (keltainen), 11 % (vihreä)
3. Työhyvinvoinnin parantuminen (tarkentuu)

JÄMSÄ JA JOKILAAKSO

Kuului Pirkanmaan SHP (tarkentuu)

MUURAME

Tavoitteet:

1. 20 diabeetikkoa enemmän LDL- tavoitteeseen < 2.6
2. HbA1c alle 53 tasossa olevien osuus säilyy samana/kasvaa
3. T1D: HbA1c yli 75 tasossa olevien osuus laskee
- Lisäksi (myös diabeetikoita koskien)
4. Valtimotautipotilaat: LDL < 1.8 osuus lisääntyy
5. Kaikki potilaat: RR-kotimittausten rakenteinen kirjaaminen lisääntyy

WIITAUNIONI

Tavoitteet:

1. LDL < 2.6 kohtalaisen/suuren riskin diabeetikoilla: < 32 % tavoitteessa (keltainen), <30 % tavoitteessa (vihreä)
2. Terveys- ja hoitosuunnitelmien määrän lisääminen (väh. 2/ammattilainen)
3. Vuodeosasto: Diabeteksen hoidon tehostus/kevennys systemaattiseksi
4. Vuodeosasto: Seurannasta pudonneiden löytäminen ja seurantaan saaminen

ÄÄNEKOSKI

Tavoitteet (tarkentuu):

1. Diabeetikoiden, joilla LDL > 2.6 määrän/suhteellisen osuuden vähenemä
 - Keltainen: Väh. 70 % kohtalaisen tai suuren riskin potilaiden LDL-arvot alle 2.6 (63 -> 69% 4/22)
 - Vihreä: Väh. 50 % erityisen suuren riskin potilaiden LDL-arvot alle 1.8
2. HbA1c yli 75 ja potilaat, joilta ei mittausta 24 kk sisällä: Määrän/suhteellisen osuuden vähenemä
 - Seurantakattavuus –nykyinen taso riittävä
 - - HbA1c < 75 potilaiden osuus pienemmäksi (nyt 5%, n 47) -> 4% tasolle?

JYVÄSKYLÄ, UURAINEN, HANKASALMI

Tavoitteet:

1. > 70% potilaista LDL tavoitteeseen <2.6 mmol/l
Lisäksi (myös diabeetikoita koskien):
2. Verenpaine kirjataan rakenteisesti ja
 - Hyvässä hoitotasapainossa > 70 % potilaista (<135/85mmHg)
 - Huonossa hoitotasapainossa < 5 % potilaista (>160/100mmHg)
3. Tupakointi kirjataan rakenteisesti ja
 - Vähintään 10% päivittäistupakoitsijoista lopettaa

- Wiitaunioni
- Terveystalo
- Saarikka
- Seututerveyskeskus
- Äänekosken kaupunki
- Muuramen terveys
- Jämsän terveys
- Jyväskylän, Uuraisten ja Hankasalmen terveyspalvelut

Liikuntaneuvonta

- Vaikuttavuuden mittaaminen systemaattiseksi

Maakunnallinen hyvinvointi-suunnitelma/hyte-työ

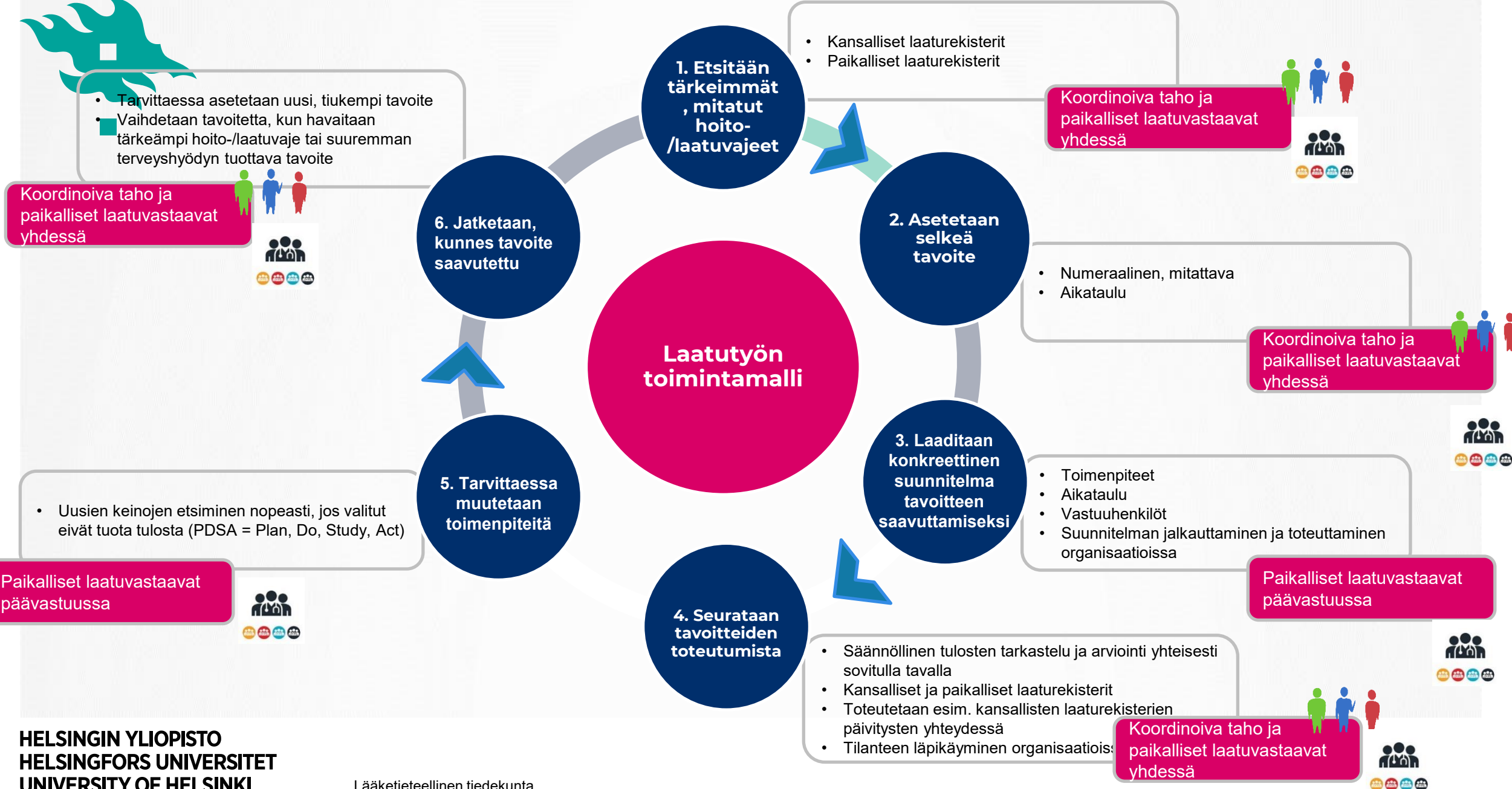
- Liikuntaneuvonnan/elämäntapa-ohjauksen avulla tapahtuva diabeteksen ehkäisy maakunnassa (terveydenhuolto, liikuntaneuvonta, muu)
- Diabeteksen ilmaantuvuuden väheneminen suhteessa muun maan trendiin

Alueellinen diabeteksen hoitoketju

Vuoden 2022 loppuun mennessä

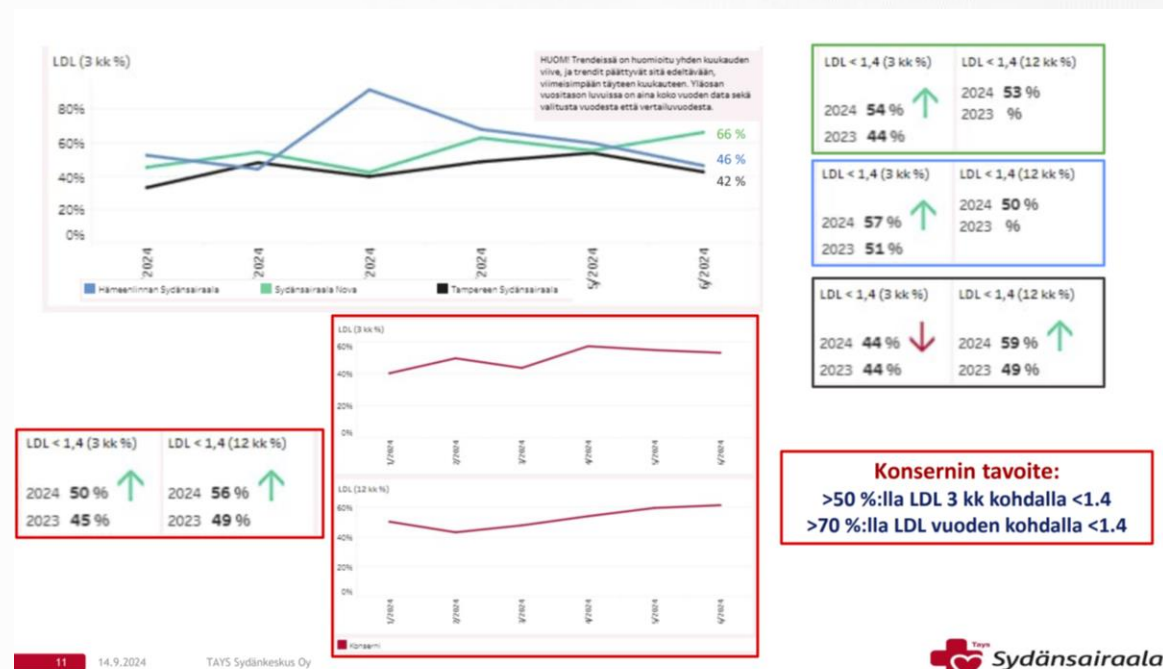
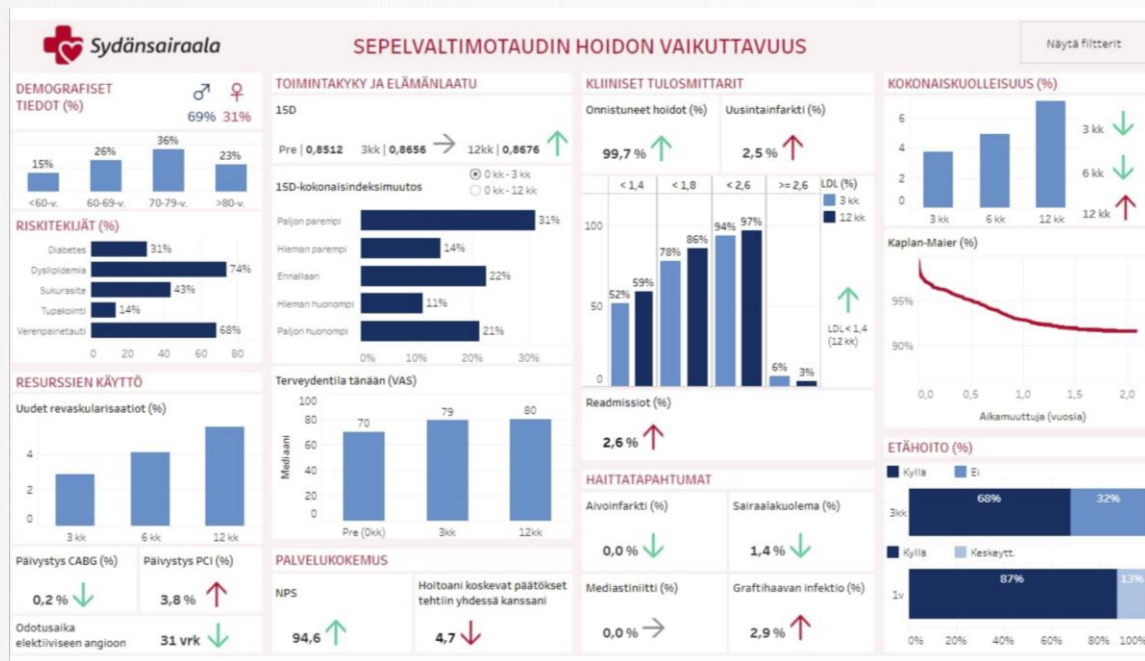
- LDL < 2.6 vähintään 70% kaikista diabeetikoista
- U-AlbKre mitattu 2 vuoden aikana vähintään 65%:lla kaikista diabeetikoista
- Muiden laatumittareiden säilyttäminen vähintään v. 2020 tasolla

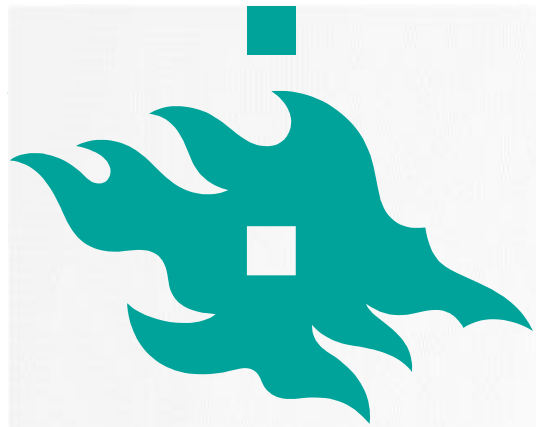
PITÄÄ OLLA PROSESSI KEHITTÄMISELLE





TÄHTÄIMENÄ TIETOJOHTAMINEN VAIKUTTAVUUSPERUSTAISESTI

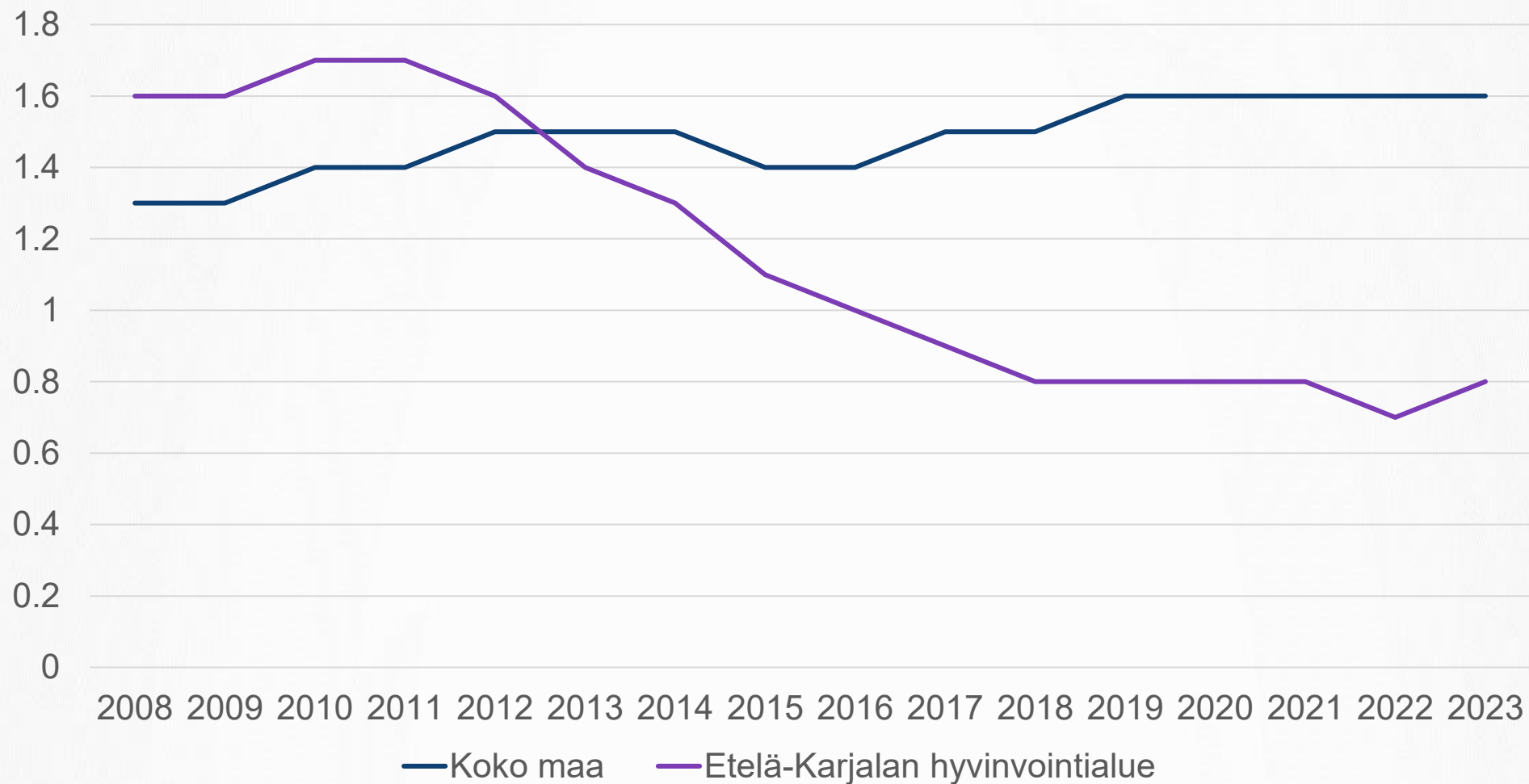




PARHAITA KÄYTÄNTÖJÄ PITÄÄ LEVITTÄÄ TEHOKKAAMMIN



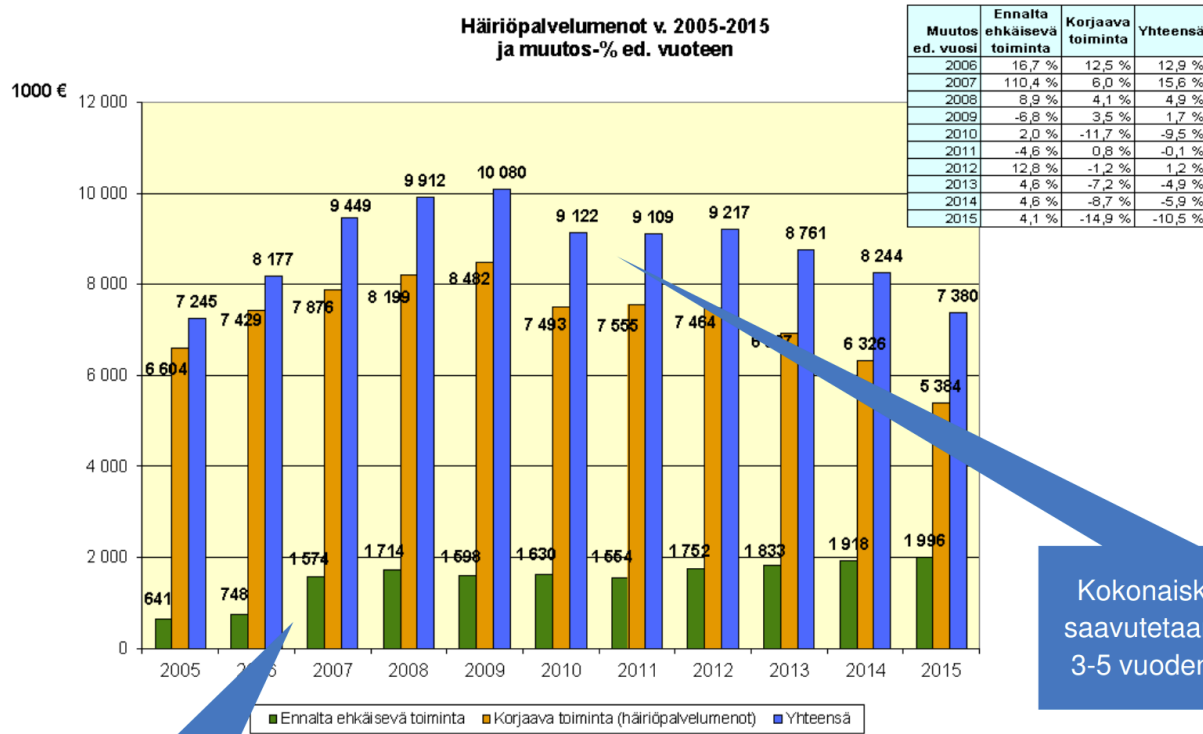
Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0 - 17-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (THL)





PAINOPISTETTÄ RESURSSSEISSA SIIRRETTY TIETOISESTI ENNALTAEHKÄISEVÄÄN JA ALKUVAIHEEN PALVELUIHIN

Esimerkki toteutetusta muutosprosessista Imatralla kustannuksilla mitattuna

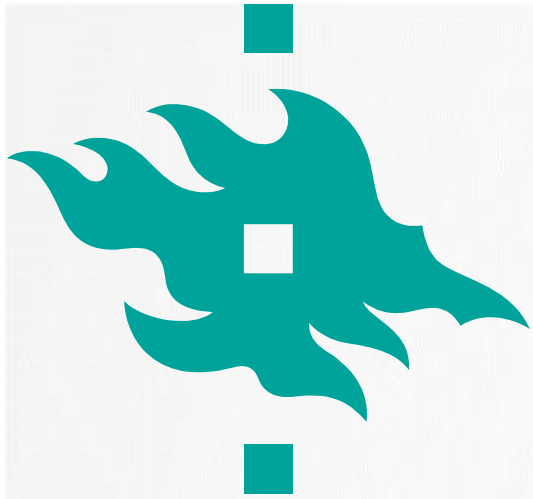


- Resurssien kohdentaminen ennaltaehkäisevään toimintaan 2007 alkaen on alkanut vähentää korjaavan toiminnan tarvetta ja kustannuksia 2009-2010
 - Mm. Palveluiden integraatio, perhetyön kehittäminen, neuvolatyön kehittäminen ja vahvistaminen
- Seurauksena päästy laskevalle kokonaiskustannustrendille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

Kokonaiskustannuksissa saavutetaan laskeva trendi 3-5 vuoden panostuksella

Muutos vaatii investointia ennaltaehkäisyyn

Lähde: Imatran kaupunki



AUTTAVATKO VAIKUTTAVUUSPERUSTAISET KANNUSTIMET?



TESOMASSA PALVELUT TOTEUTETAAN JULKISEN, YKSITYISEN JA KOLMANNEN SEKTORIN ALLIANSSILLA, JA 2% KORVAUKSISTA ON SIDOTTU VAIKUTTAVUUSMITTAREIHIN

Allianssia johdetaan Tampereen ja Mehiläisen yhteistyönä – saavutetuista tuloksista ollaan yhteisvastuussa



- Monituottajamalli, jossa palveluita tuotetaan kaupungin, yritysten ja yhdistysten yhteistyössä
- Hyvinvointikeskuksessa sijaitsee terveysasema, neuvola, hammashoitola, nuorisotilat, kirjasto sekä liiketiloja, vieressä sijaitsee asumispalveluyksikkö
- Mehiläinen tuottaa Allianssin terveysaseman vastaanottopalvelut, aikuisten hammashoidon sekä tehostetun palveluasumisen, kaupunki mm. kotihoidon sekä
- **Bonuspooli on 2% vuoden tavoitebudjetista, joka maksetaan tuottajalle osittain tai kokonaan, riippuen laatumittareilla* saavutetuista tuloksista**
- Budjetin alittuessa ylijäämä jaetaan kaupungin (47%), Mehiläisen (47%) ja henkilöstön (6%) kesken

Tulokset

- Ensimmäisen vuoden avaintulokset julkaistaan vasta myöhemmin – Mehiläinen on muualla saavuttanut 30% lisäyksen hoitotasapainossa olevien kroonikoiden osuudessa
- Ensimmäisen vuoden jälkeen toiminta on ollut ylijäämäistä, ja alun vastustuksen jälkeen mallille on saavutettu laaja poliittinen tuki



VAIKUTUKSIA MITATAAN VIITEEN AVAINTULOSALUEESEEN JAETULLA MITTARISTOLLA

Avaintulosalue	Teema	Mittari	Mittarin painoarvo
Lapset, nuoret ja perheet voivat hyvin	Alakouluikäisten hyvinvointi kouluterveyskyselyssä	Alakouluikäisten elämään tyytyväisyys, terveydentilan kokeminen, suun terveys	7,5 %
	Yläkouluikäisten hyvinvointi kouluterveyskyselyssä	Yläkouluikäisten koettu terveys, oireet ja sairaudet, seksuaaliterveys ja suun terveys, perheen arjen toimivuus	7,5 %
Aikuisväestö on työ- ja toimintakykyinen ja voi hyvin	Kansansairauksien hoidon peittävyys	Tehtyjen hoitosuunnitelmien %-osuus T2D- ja sepelvaltimotautipotilaista	15 %
	Kansansairauksien hoidon vaikuttavuus ja potilaiden hyvinvointi	Hoitotasapainossa olevien %-osuus 2-typin diabeetikoista ja sepelvaltimotautipotilaista	15 %
	STH hoidon peittävyys	Tehtyjen hoitosuunnitelmien %-osuus STH-potilaista	5 %
Ikääntyneet ovat toimintakykyisiä ja hyvinvoivia	Ikääntyneiden kotona-asuminen	Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky	5 %
	Ikääntyneiden päivystyskäyttö	Acutan käytön kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen	5 %
	Ikääntyneiden sairaalapalvelujen käyttö	Sairaalapalvelujen käytön kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen	5 %
Raskaiden palveluiden käyttö vähenee	Erikoissairaanhoidon kustannusten muutos	Kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen	15 %
Hyvinvointikeskuksen sidosryhmät ovat tyytyväisiä keskuksen toimintaan	Asiakastyytyväisyys	NPS-tekstiviestikysely	10 %
	Yhteistyökumppaneiden tyytyväisyys	Tyytyväisyys kyselyssä	10%



TULOKSIA KOOTTUNA – KIINNITTÄKÄÄ HUOMIOTA SUORITEMITTARIEN MÄÄRÄÄN VS. LAATU-/TULOSMITTARIT





MITEN TÄSSÄ TOTEUTUU KESKEISET PERIAATTEET?

Avaintulosalue	Teema	Mittari	Mittarin painoarvo
Lapset, nuoret ja perheet voivat hyvin	Alakouluikäisten hyvinvointi kouluterveyskyselyssä	Alakouluikäisten elämään tyytyväisyys, terveydentilan kokeminen, suun terveys	7,5 %
	Yläkouluikäisten hyvinvointi kouluterveyskyselyssä	Yläkouluikäisten koettu terveys, oireet ja sairaudet, seksuaaliterveys ja suun terveys, perheen arjen toimivuus	7,5 %
Aikuisväestö on työ- ja toimintakykyinen ja voi hyvin	Kansansairauksien hoidon peittävyys	Tehtyjen hoitosuunnitelmien %-osuus T2D- ja sepelvaltimotautipotilaista	15 %
	Kansansairauksien hoidon vaikuttavuus ja potilaiden hyvinvointi	Hoitotasapainossa olevien %-osuus 2-tyyppin diabeetikoista ja sepelvaltimotautipotilaista	15 %
	STH hoidon peittävyys	Tehtyjen hoitosuunnitelmien %-osuus STH-potilaista	5 %
Ikääntyneet ovat toimintakykyisiä ja hyvinvoivia	Ikääntyneiden kotona-asuminen	Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky	5 %
	Ikääntyneiden päivystyskäyttö	Acutan käytön kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen	5 %
	Ikääntyneiden sairaalapalvelujen käyttö	Sairaalapalvelujen käytön kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen	5 %
Raskaiden palveluiden käyttö vähenee	Erikoissairaanhoidon kustannusten muutos	Kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen	15 %
Hyvinvointikeskuksen sidosryhmät ovat tyytyväisiä keskuksen toimintaan	Asiakastyytyväisyys	NPS-tekstiviestikysely	10 %
	Yhteistyökumppaneiden tyytyväisyys	Tyytyväisyys kyselyssä	10%

Segmentointi

Rajallisten
tavoitteiden
valinta

Selvät
yksiselitteiset
mittarit



TOINEN LÄHESTYMISTAPA VAIKUTTAVUUDEN KEHITTÄMISEEN ON NS. "HUKKAJAHTI"





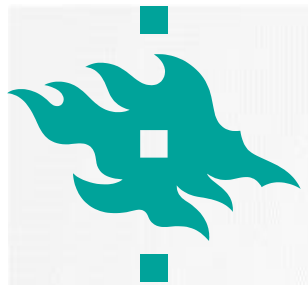
HUKAN JÄSENTÄMINEN

- Vähähyötyiset toimet
- Vähähyötyiset tutkimukset
- Vähähyötyiset hoidot



AMMATTILAISET HAVAITSEVAT HUKAN ETULINJASSA – HARVOIN KUKAAN MUU (TAI EHKÄ POTILAS?)

- Vaikuttavuusseuran hukkajahdissa tuli 2 viikon aikana 289 ehdotusta
- Aihealueet jakautuivat karkeasti seuraavasti (lukumäärä suluissa):
 - Lausunnot ja todistukset (68)
 - Tarkastukset (27)
 - Reseptit ja lääkitys (34)
 - Lähetteet ja kirjaaminen (21)
 - Ajanvaraus, hoidon tarpeen arviointi (13)
 - Kontrollit, seulonta (11)
 - Roolitukset ja työnjako (22)
 - Järjestelmä ja kehittäminen (10)
 - Muut ehdotukset (80)

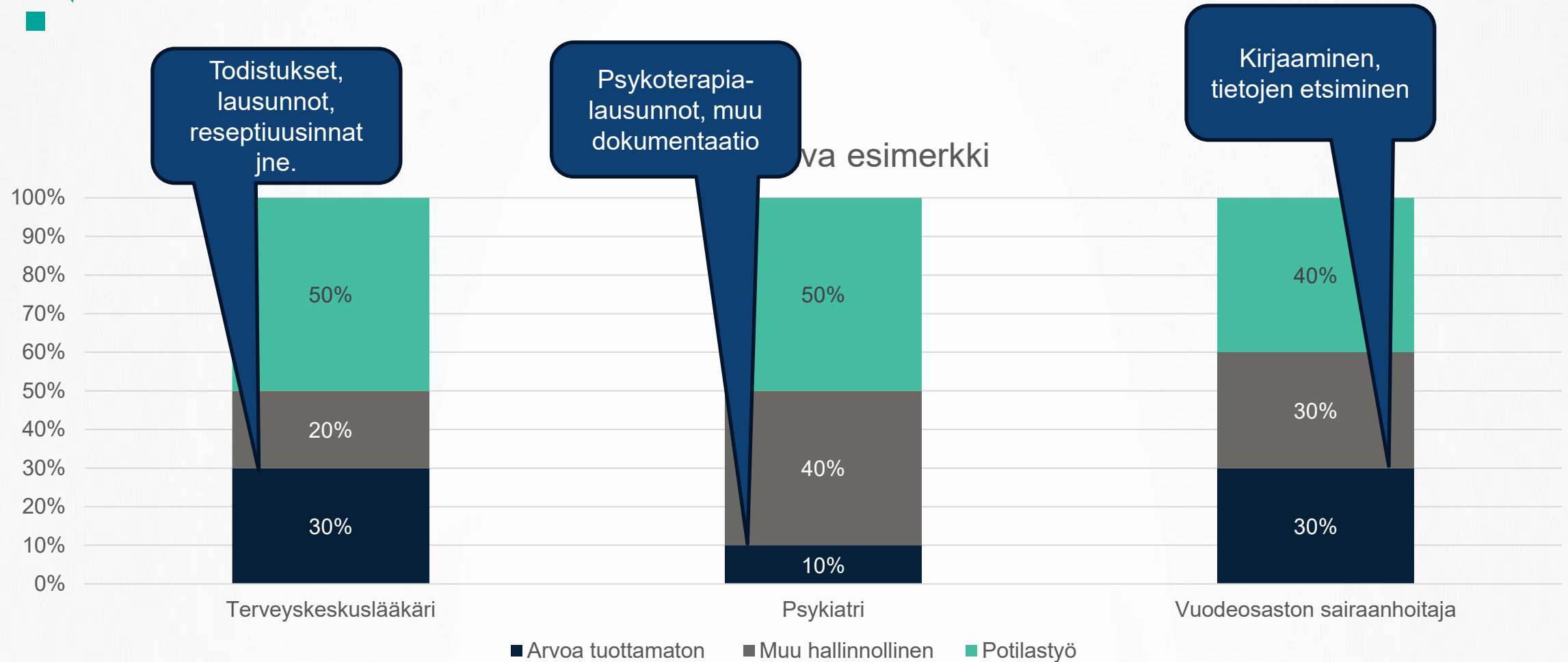


ESIMERKKI – TOIMITAANKO KUSTANNUSVAIKUTTAVASTI

- “Apteekki ei saa vaihtaa tavallista tablettia esim purutablettiin tai poreeseen, vaan apteekista soitetaan lääkärille, että Terttumaaria haluaakin nyt nielaistavan kalkkitabletin sijasta purutabletin, teetkö kokonaan uuden reseptin ja mitätöit vanhan. Lääkkeen vahvuus ei muutu, vain miten potilas mieluiten lääkkeensä ottaa: tablettina, purutablettina, poretablettina”



HUKAN TUNNISTAMINEN: MIHIN AMMATTILAISTEN AIKA KULUU?





VÄHÄHYÖTYISET TUTKIMUKSET JA HOIDOT?

- **Noin 20-30 % terveydenhuollon resursseista käytetään tarpeettomaan hoitoon.** Tarpeeton hoito voi aiheuttaa potilaille terveyshaittoja ja kustannuksia. Samalla terveydenhuollon resurssit ovat pois potilailta, joilla on suurempi hoidontarve, aiheesta väittelevä LL **Alexi Raudasoja** kertoo.

Tarpeetonta hoitoa on vaikea tunnistaa

- Perusterveydenhuollon lääkäreistä yli 80 % arvioi ylihoidon ja ylidiagnostiikan vähintään kohtalaiseksi ongelmaksi terveydenhuollossa. Tärkeimmiksi esteiksi tarpeettoman hoidon karsimiselle lääkärit kokivat ajan puutteen, virheiden pelon ja potilaisiin liittyvät tekijät kuten potilaiden toiveet.
- **Lääkäreiden palautejärjestelmät yhdistettynä koulutukseen vähensivät tarpeettoman hoidon käyttöä noin 23 %.**
- **Potilaiden informointi yhdistettynä muihin interventioihin johti 30–35 % tarpeettoman hoidon vähenemiseen.**



YLILÄÄKÄRIEN MUKAAN HEIKOSTI VAIKUTTAVIIN HOITOIHIN TULISI PUUTTUA

Lääkärilehti

Ota yhteyttä Lehdet Kirjoitusohjeet Työpaikat Koulutus Mediatiedot

Oma kansio

KLIININEN TYÖ TERVEYDENHUOLTO TIEDE JÄSEN MIELIPIDE ELÄMÄÄ JA IHMISIÄ PODCASTIT ERIKOISALAT KUMPPANISÄLLÖT



Vaikuttavuusylilääkäri: "Me teemme aika paljon asioita, joista ei ole alun perinkään ollut kunnollista näyttöä"

Vähähyötyisten hoitojen karsiminen on nostettu jopa hallitusohjelmaan. Mitä yksittäinen lääkäri voi asialle tehdä?

Teksti

Anni Teppo 19.1.2026



Kuuntele

TERVEYDENHUOLTO

Suomen Lääkärilehti 2026/81:e46826,

Yksi esimerkki tästä on suomalainen FIMPACT-tutkimus, jonka tuoreet tulokset osoittavat, ettei pitkään olkakivun hoidossa käytetty avarrusleikkaus ole tehokkaampi hoito verrattuna lumeleikkaukseen tai tehostettuun fysioterapiaan.

Vuonna 2012 avarrusleikkauksia tehtiin Suomessa noin 7 600 ja vuonna 2023 enää alle 600. Ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri **Kari Kanto** arvioi [tutkimustiedotteessa](#), että turhista leikkauksista luopuminen on säästänyt jopa yli 250 miljoonaa euroa.



MITEN HUKKAA VOI POISTAA

- Osa tarvitsee lainsäädännön muutoksia (Hallitusohjelmassa kirjaukset)
 - Aktiivinen viestintä ministeriöiden suuntaan tärkeää
 - Alueella / ammattilaistasolla
 - Voiko tehtävän poistaa kokonaan tai osittain?
 - Voiko tehtävän automatisoida kokonaan tai osittain?
 - Voiko tehtävän muotoilla uusiksi siten, että siihen menee selvästi vähemmän aikaa?
 - Voiko työnjakoa kehittää siten, että kokonaistehokkuus paranee?
- Usein vaatii yhteistyötä esim. jonkin viranomaisen (KELA, THL, jne) kanssa, mutta lukuisia asioita voidaan tehdä suoraan alueellisestikin



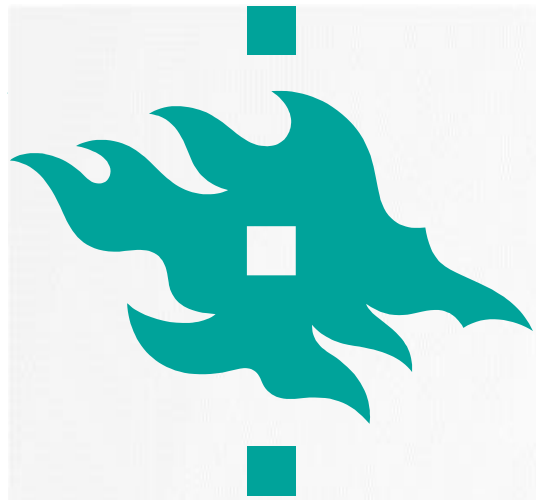
ESIMERKKI LUVN

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen avosairaanhoidon terveysasemilla toteutettiin laaja hukanpoistohanke ”Operatiivisen toiminnan priorisointi”, loppuvuonna 2023 ja valittujen toimenpiteiden käyttöönotto alkuvuonna 2024.
- Prosessi alkoi henkilöstökyselyllä, jossa kartoitettiin hukkaa aiheuttavia toimia terveysasemilla.
- Saadut tulokset lajiteltiin ja arvioitiin avosairaanhoidon johtoryhmässä ja edistettävälle asiakokonaisuuksille nimettiin vastuuhenkilöt.
- Tämän jälkeen vastuuhenkilöt työryhmien avustuksella valmistelivat ehdotukset päätöksentekoon (selvittelyt
- Lopulliset edistettävät hukkaa vähentävät toimenpiteet hyväksyttiin avosairaanhoidon johtoryhmässä ja ne otettiin käyttöön terveysasemilla 1.3.2024 alkaen.

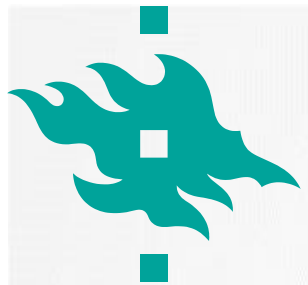


MITÄ ENSIMMÄISESSÄ VAIHEESSA POISTETTIIN?

- 1 Reseptien uusiminen –potilaat: Uusimispyynnöt ensisijaisesti kannan tai apteekin kautta, toissijaisesti puhelimitse Muut-linjan kautta.
- 2 Reseptien uusiminen –allergialääkkeet: Kirjoitetaan kausittaisia reseptejä, kieltäytymisen perusteleminen aiheuttaisi hukkatyötä. Suositellaan 2 vuoden reseptin kirjoittamista.
- 3 Reseptivuoro: Ei sovita erillisiä reseptivuoroja, vaan jaetaan reseptien uusinnat lääkäreille.
- 4 Reseptien uusiminen –pitkäaikaissairaudet: Lääkäreiden kanssa sovitaan, että uusitaan kroonikkojen reseptit kerralla kaikki 2 vuodeksi määräaikaistarkastusten yhteydessä.
- 5 Bentsodiatsepiinit ahdistuneisuushäiriön ja unettomuuden hoidossa, sedatiiviset unilääkkeet iäkkäillä: Painotuksena hyvät hoitosuunnitelmat ja uusien aloitusten välttäminen. Jos resursseja, niin pyritään myös tavoitteellisesti purkamaan PKV-unilääkityksiä.
- 6 Sienikynsien hoito: Lähinnä kosmeettinen hoito voidaan lopettaa (ulkonäkö- tai kynsienleikkuehdoista)
- 7 Marevan lääkehoito: Siirtyminen DOAC-käyttöön. Jos on resursseja, potilaita voi kutsua vastaanotolle lyhyille käynneille keskustelemaan lääkevaihdosta.
- 8 Ilmaiset hyaluronaatti-pistokset: Luovutaan hyaluronaatti-pistosten antamisesta. Eli niitä ei hankita eikä itsehankittuja pistetä, koska hoito on osoitettu vaikuttamattomaksi.
- 9 Määräaikaistarkastukset: Luovutaan tavan vuoksi tehtävistä määräaikaistarkastuksista ja siirrytään yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti toteutettaviin määräaikaistarkastuksiin.
- 10 Elämäntapaneuvonta: Luovutaan elämäntapaneuvonnasta, jos tarve vain ylipainon vuoksi: panostetaan itsehoitoon ja sähköisiin valmennuksiin.
- 11 Vaikuttamattomat tutkimukset (lab, rtg): Tehdään yhteinen ohjeistus vaikuttamattomaksi todettujen tutkimusten osalta. Yleisimpiin tilanteisiin laaditaan ohjeet, esim. alaselän rtg ja thx-rtg, sekä oireettoman henkilön EKG.



YHTEENVETO



YHTEENVETO

- SOTE-palvelut ovat laadukkaampia kuin koskaan, mutta megatrendit ohjaavat meitä muuttamaan ajatteluamme ja toimintaa
 - Ensisijaisesti kestävyysnäkökulma
- Vaikuttavuus on toiminnan perusta ja hyväksyttävin peruste palveluiden priorisoinnille
- Vaikuttavuus ei kuitenkaan ole absoluuttinen suure, vaan vaatii aina määrittelyä
 - Tavoitteena ei ole ”täysin teknokraattinen järjestelmä”, vaan tuottaa tietoa vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta päätöksentekoon
- Esimerkit vaikuttavuusperustaisesta toiminnasta näyttävät, että vaikuttavuuden parantaminen voi alentaa kustannuksia tai vapauttaa resurssia vaikuttavampaan toimintaan