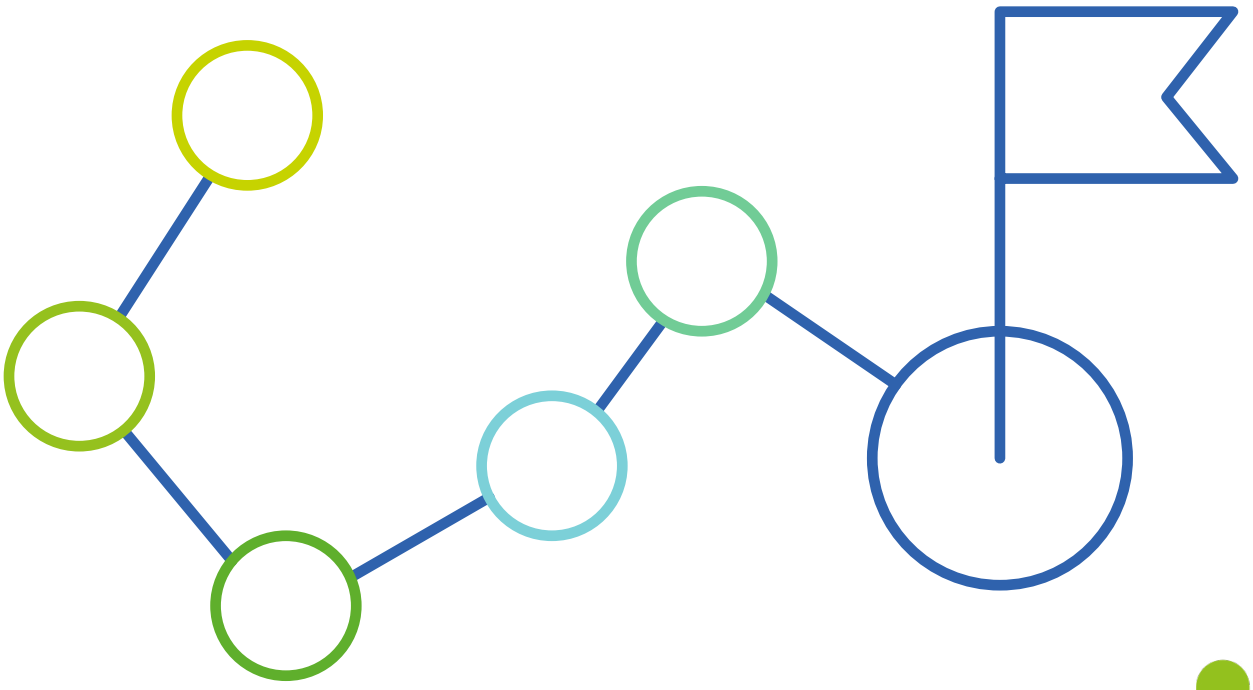
FAKTA JA VISIO

IMPRO Parempi tietopohja & palvelujen optimointi sote-uudistuksen tueksi

Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen on vielä matkaa

Päättäjien tulee varmistaa palvelujen tarkempi kohdentaminen ja toiminnallinen integraatio sote-palveluissa



Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen on vielä matkaa - päättäjien tulee varmistaa palvelujen tarkempi kohdentaminen ja toiminnallinen integraatio sote-palveluissa

Taustaa

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden lisääminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiolla on tarkoitus vastata ikääntyvän väestön tuomiin haasteisiin kehittämällä palvelujärjestelmää niin, että se tukee paremmin sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Keskeistä on varmistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen resurssit ja toimivat palvelu- sekä hoitoketjut.

Uudistuksessa painotetaan hyvinvointialueiden ja kuntien yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kohdistuisi vähemmän painetta. Integroimalla toimintarakenteita- ja tapoja on tarkoitus:

- turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut hyvinvointialueella asuville,
- parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta,
- kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja,
- turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti,
- vastata ikääntymisen ja syntyvyyden laskun aiheuttamiin haasteisiin ja
- hillitä kustannusten kasvua.

Sote-uudistus ei ole vielä valmis

Jotta sote-uudistuksessa asetetut tavoitteet toteutuvat, tulee uudistuksen toimeenpanosta ja sen seurannasta vastaavien päättäjien ja virkamiesten varmistaa, että jo tehtyjen hallinnollisten integraatioiden lisäksi kiinnitetään huomiota myös toiminnallisiin muutoksiin sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näitä ovat esimerkiksi toimintayksiköiden saumaton yhteistyö monisairaiden hoidossa ja sujuvien, moniammatillisten hoitoketjujen varmistaminen. Vain tuomalla nämä muutokset osaksi palvelujärjestelmää voidaan saavuttaa hyödyt, joita uudistuksella tavoitellaan.

Tämä politiikkasuositus pohjautuu Suomen akatemian Strategisen neuvoston rahoittamassa IMPRO-hankkeessa saatuihin tutkimustuloksiin. Tutkimus osoittaa, että hallinnollisella integraatiolla on mahdollista saavuttaa vähäisiä hyötyjä, mutta tämä ei yksin riitä kustannusten hillitsemiseen ja hoidon laadun parantamiseen.

Onnistuakseen sote-uudistuksen integraation tulee kattaa kaikki tasot

Järjestelmätason integraatio:
Esimerkiksi poliittiseen päätöksentekoon ja lainsäädäntöön perustuva laaja yhteiskuntatason yhdistäminen

Organisaatiotason integraatio:
Organisaatioiden tai niiden eri yksiköiden välinen yhdistyminen tai yhteistyö

Ammattilaistason integraatio:
Eri ammattiryhmien tai ammattilaisten välinen yhteistyö

Asiakastason integraatio:
Asiakaslähtöinen koordinoiva yhteistyö asiakasprosessin tasolla

Politiikkasuositukset 1(2)

Perusterveydenhuollossa tulee panostaa pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn ja varmistaa nykyistä tehokkaampi monisairaiden potilaiden tunnistaminen ja hyvä hoito. Näin voidaan saavuttaa merkittäviä yksilötason terveyshyötyjä, palvelutuotannon kustannussäästöjä ja vähentää palveluiden epätarkoituksenmukaista käyttöä.

Väestön ikääntyessä pitkäaikaissairaudet lisääntyvät ja monisairastavuus kasvaa. Monisairaat ovat keskeinen potilasryhmä koko terveydenhuoltojärjestelmässä, ja monisairastavuuden hoitoon liittyy merkittäviä kustannuksia. Monisairastavuuden lisääntyminen on merkittävin sotepalveluiden kestävyyteen vaikuttava tekijä. Erityisen tärkeää on tunnistaa monisairaat potilaat, joilla on lisähaasteita, kuten runsasta päivystyspalveluiden käyttöä, mielenterveyden ongelmia tai todettu vanhuusiän hauraus-raihnausoireyhtymä. Nämä kaikki ennustavat merkittäviä vaikeuksia arjessa selviytymisessä.

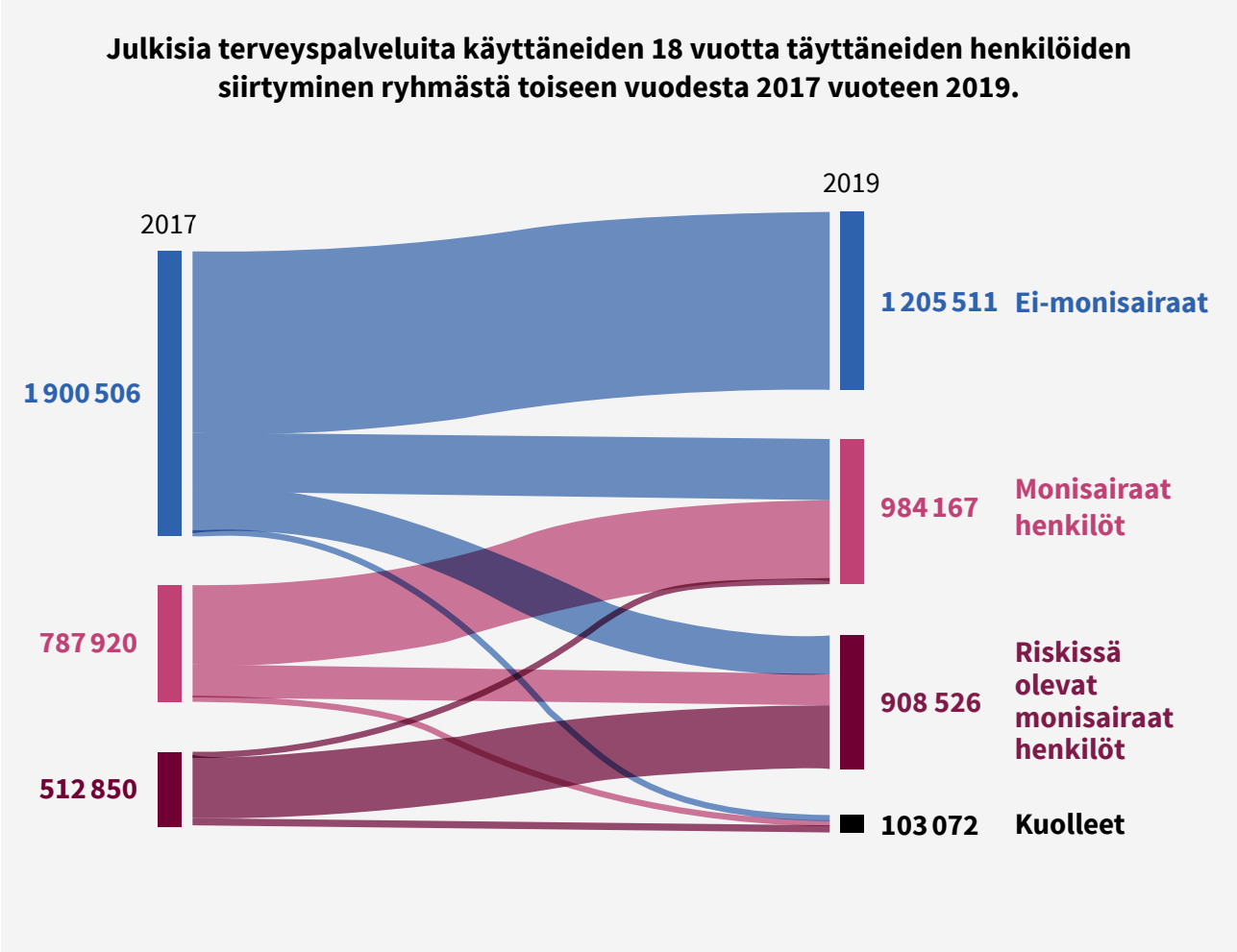
Tunnistamalla monisairaat ja erityisesti riskissä olevat monisairaat potilaat terveydenhuollossa ja panostamalla näiden potilasryhmien hoitoon ja hoitoketjuihin voidaan saavuttaa merkittäviä yksilötason terveyshyötyjä ja palvelutuotannon kustannussäästöjä.

IMPRO-tutkimuksessa käytetty monisairastavuuden määritelmä

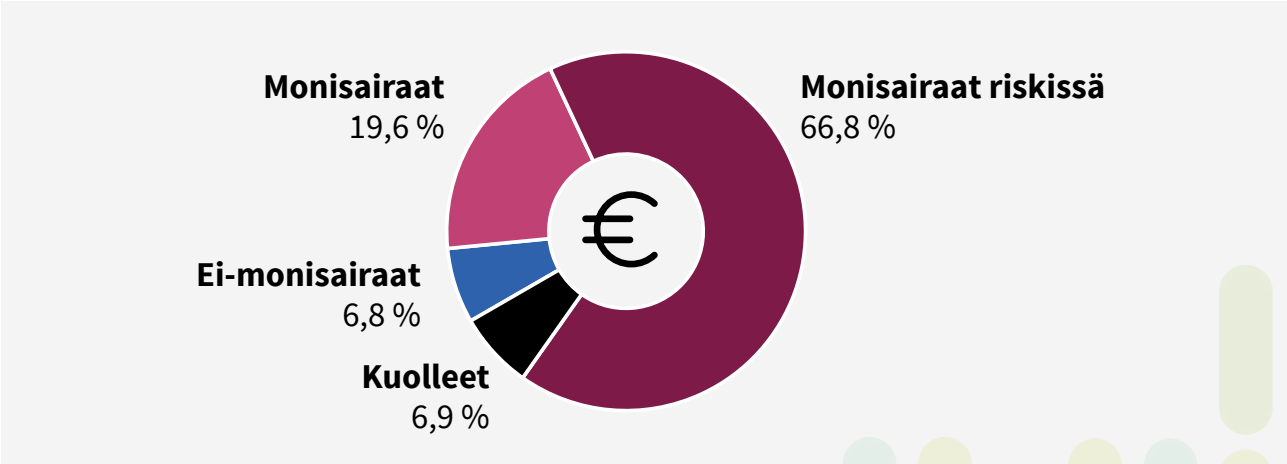
Monisairaat henkilöt:
Monisairailla henkilöillä on vähintään kaksi pitkäaikaissairautta.

Riskissä olevat monisairaat henkilöt:
Riskissä olevilla monisairailla henkilöillä on sekä ruumiillisia sairauksia että mielenterveyden ongelmia, runsasta päivystyspalveluiden käyttöä tai diagnosoitu vanhuuden hauraus-raihnausoireyhtymä.

Ei-monisairaat:
Henkilöt, joilla on vähemmän kuin kaksi pitkäaikaissairautta.



Kuvio 1. Väestön ikääntyessä monisairastavuus lisääntyy nopeasti. Kuvassa esitetään monisairaiden määrän kehitys vuosina 2017–2019. Tarkastelussa ovat mukana 18 vuotta täyttäneet henkilöt, jotka käyttivät julkisia terveyspalveluita Suomessa vuonna 2017. Monisairaiden ja riskissä olevien monisairaiden määrä kasvaa samalla kun ei-monisairaiden määrä vähenee.



Kuvio 2. Terveydenhuollon kokonaiskustannusten jakautuminen monisairastavuuden mukaan vuonna 2019.

Politiikkasuositukset 2(2)

- Sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen vaatii merkittäviä toiminnallisia muutoksia. **Hyvinvointialueiden tulee ottaa käyttöön uusia hoidon järjestämisen tapoja ja panostaa hoidon integraatioon ja jatkuvuuteen.**

Organisaatiotason hallinnollinen integraatio lisää mahdollisuuksia kustannustehokkaampaan toimintaan, mutta ei ole sellaisenaan riittävä. Tässä tutkimuksessa integraation onnistumisen mittarina käytettiin avohoidon keinoin vältettävissä olevia päivystyksellisesti alkaneita erikoissairaanhoidon jaksoja (ACSC). Tulostemme mukaan monisairailla potilailla integraatio ja ulkoistaminen vähensivät päivystyksellisesti alkaneita erikoissairaanhoidon jaksoja. Integraatio ei kuitenkaan vähentänyt merkittävästi nettokustannuksia terveydenhuollossa, ja kestävyyden tavoittelu edellyttääkin uusia toiminnallisen integraation ratkaisuja, esimerkiksi yksikköjen välisestä yhteistyöstä sopimista ja yhteistä johtamista.

Aiempi kansainvälinen tutkimusnäyttö osoittaa, että integraatiolla hyötyjä on saavutettu erityisesti hoitoon pääsyssä, suunnittelemattomien hoitojaksojen vähenemisessä, hoivapalvelujen toteuttamisessa ja potilastyytyväisyydessä. Vähemmän tai ei lainkaan hyötyjä on sen sijaan saavutettu kustannuksissa, hoitotuloksissa tai hoidon laadussa. Pelkkä hallinnollinen integraatio ei siis yksinään riitä kustannusten hillitsemiseen ja laadukkaamman hoidon varmistamiseen.

Interventioissa, joissa on kehitetty tiimityömalleja, hoidon koordinaatiota, integroituja hoitopolkuja tai potilasryhmittäisiä hoidon kehittämisohjelmia on saavutettu sekä terveyshyötyä että kustannusten laskua seuranta-aikana.

Tämä tutkimusnäyttö tukee ajatusta, että toiminnallisen integraation yhdistäminen jo tapahtuneeseen hallinnolliseen integraatioon parantaisi mahdollisuuksia saavuttaa sote-uudistuksen tavoitteet.

Palvelujen parempi saatavuus voi paljastaa alussa tyydyttymätöntä palvelujen tarvetta. Tämä aiheuttaa alkutilanteessa kustannusten kasvua, mutta tuottaa samalla terveyshyötyjä asiakkaille.

INTEGRAATION JA ULKOISTUKSEN VAIKUTUS
VÄLTETTÄVISSÄ OLEVIEN HOITOJAKSOJEN MÄÄRÄÄN

Integraatio
–3,9 %

Ulkoistus
–2,8 %

Kuvio 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio tai kokonaisulkoistus vähensivät monisairaiden päivystyksellisesti alkaneita vältettävissä olevia sairaalajaksoja (ACSC) jonkin verran verrattuna tilanteeseen, jossa integraatiota tai ulkoistusta ei ole tehty. Integraatio vähensi vältettävissä olevia sairaalajaksoja 3,9 % ja ulkoistus puolestaan 2,8 % vuosina 2016–2019.

INTEGRAATION VAIKUTUS
TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSIIN

Integraatio
–2 %

Kuvio 4. Integraatio vähensi terveydenhuollon kustannuksia n. 2 % vuosina 2016–2019 verrattuna tilanteeseen, jossa integraatiota ei oltu tehty.

Lisätietoja:

Tiina Laatikainen
Terveyden edistämisen professori
Itä-Suomen yliopisto
tiina.laatikainen@uef.fi
050 307 8604

https://stnimpro.fi/

Lähteet:

Baxter S., Johnson M., Chambers D. et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res 2018; 18:350.

Mason A., Goddard M., Weatherly H, & Chalkley M. Integrating funds for health and social care: evidence review. Journal of Health Services Research and Policy. 2015; 20: 177-188.

Rocks S., Berntson D., Gil-Salmeron A., et al. (2020) Costs and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis European Journal of Health Economics 2020; 21:1211-122.

Taskinen H. & Hujala A. Integraatio – sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ydintä. Teoksessa: Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 7–12.

Wikström K., Linna M., Reissell E. & Laatikainen T. Multimorbidity transitions and the associated healthcare cost among the Finnish adult population during a two-year follow-up (käsikirjoitus arvioitavana lehdessä 03/2023).