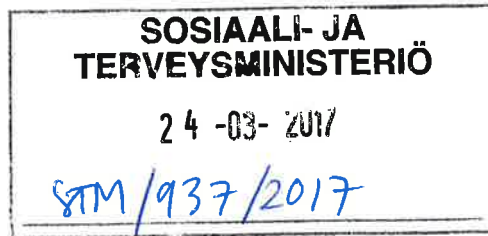


Suomen Sydänliitto ry
Oltermannintie 8, PL 50
00621 Helsinki



Sivu 1/12

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto

LAUSUNTOPYYNTÖ STM068:00/2015

LAUSUNTOPYYNTÖ LUONNOKSESTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON
VALINNANVAPAUSLAINSÄÄDÄNNÖKSI

Suomen Sydänliiton lausunnon keskeisin sisältö:

- Uudistuksen tulee johtaa mahdollisimman saumattomiin hoitopolkuihin.
- Saumattomien hoitoketjujen, valinnanvapauden ja tiedolla johtamisen näkökulmasta valtakunnalliset ja kansainväliseen vertailuun soveltuvat laaturekisterit ovat välttämättömiä ja niiden valmistelu on aloitettava nyt heti uudistuksen alussa.
- Terveyden edistämisen roolia maakunnissa on vahvistettava.
- Terveyden edistämisen edellytyksiä kunnissa on parannettava.
- Vertaistuen ja muun järjestölähtöisten neuvonta-, kannustus- ja tukiohjauksen asema on turvattava heti uudistuksen alkumetreiltä lähtien.
- Kattava vaikutustenarvio voidaan antaa vasta kun valmistelu on täydentynyt. Vielä tarvitaan mm. tieto kuntoutuksen osuudesta uudistuksessa.

Yleistä uudistuksesta ja Sydänliiton lausunnosta

Sydänliitto pitää sote-uudistusta tarpeellisena. Nykyinen järjestelmämme on pirstaleinen ja sen myötä haasteellinen avoimuuden ja demokratian kannalta ja erittäin vaikeasti kokonaisuuden kannalta tiedolla johdettavissa. Näistä ongelmista huolimatta järjestelmä on kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden osalta tähän asti kestänyt hyvin kansainvälisen vertailun, mikä selittynee mm. alan toimijoiden korkealla osaamisella ja työn laadulla.

Kansainvälisissä vertailuissa on kuitenkin jo jonkin aikaa nostettu esiin, että nykyinen tapamme tuottaa ja rahoittaa terveyspalveluita ei ole kovin hyvä vähentämään terveyseroja. Joidenkin arvioiden mukaan se on tältä kannalta poikkeuksellisen huono. Kansainvälisesti ja kotimaisesti, on useilla eri laskutavoilla osoitettu, että nykyinen järjestelmämme ei tule olemaan taloudellisesti kestävä siinä vaiheessa, kun ns. suuret ikäluokat saavuttavat niin korkean iän, että heidän hoitotarpeensa kasvaa merkittävästi. Nykyinen järjestelmämme on ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erillisyyden vuoksi myös omiaan vaikeuttamaan hoitoketjujen sujuvuutta.

Näin ollen hallituksen esityksen julkilausutut tavoitteet aikaansaada selkeämpi, kustannustehokkaampi ja väestön terveyseroja kaventava sote-järjestelmä, saavat Sydänliiton voimakkaan tuen.

Uudistukseen liittyy useita lakimuutoksia, joista osa on jo annettu hallituksen esityksenä eduskuntaan, osa on nyt lausuntokierroksella ja osa vielä valmistelussa. Lisäksi nyt lausuntokierroksella olevaa lakipakettia on hallituksen ilmoituksen mukaan tarkoitus muuttaa merkittävästikin mm. esityksen tarkkarajaisuuden ja joidenkin muidenkin perustuslaillisten ongelmien vuoksi jo nyt lausuntokierroksen aikana.

Uudistus on paitsi erittäin tarpeellinen, myös erittäin suuri, jopa historiallisen suuri. Sen tekeminen on osoittautunut viimeisen kymmenen vuoden aikana hyvin vaikeaksi. Sydänliitto pitää siksi tärkeänä lausua, että jossain määrin on hyväksyttävää tai suoranaisesti vääjäämätöntäkin lähteä siitä, että uudistusta joudutaan lähivuosina ja vuosikymmeninä täydentämään, korjaamaan ja muuttamaan.

Yllä kuvattua taustaa vasten **Suomen Sydänliitto kirjoittaa seuraavassa keskeisiä näkemyksiään koko uudistuksen osalta emmekä pitäydy vain nyt lausuntokierroksella oleviin osiin.** Toistamme näin ollen myös joitakin esityksiämme, jotka olemme jo kertaalleen tehneet sote-lakiluonnosten aiemmassa kuulemisessa. Toivomme, että havaintomme ja muutosesityksemme ehditään ottamaan huomioon jo tällä vaalikaudella. Jos näin ei käy, pyrimme saamaan esityksemme läpi uudistuksen myöhemmissä vaiheissa.

Yllä kuvatusta johtuen tämä lausunto on puettu klassiseen lausuntomuotoon eikä pilkottu vastauksiksi yksittäisiin alakysymyksiin, joita hallitus on sähköisessä lausuntopyynnössään esittänyt.

1. Terveiden edistämisestä

1. A Kuntien ja maakuntien roolien vahvistamisesta

Terveiden edistäminen on Sydänliiton toiminnan keskeisimpiä näkökulmia. Tiedetään, että jopa 80 % sydäntapahtumista voitaisiin ehkäistä, jos primaari- ja sekundaaripreventio onnistuisivat parhaalla mahdollisella tavalla. (2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practise.) Tuoreen eurooppalaisen vertailun perusteella (Euro Heart Index 2016) sekundaaripreventio onnistuu Suomessa poikkeuksellisen huonosti. Useista projektiluontoisista interventioista taas tiedämme, että yksittäisten hyväksi havaittujen toimintamallien



suunnitelmallinen käyttöönotto koko Suomessa ehkäisi merkittävästi sydäntapahtumia nykytilaan verrattuna.

Tämän lausunnon liitteenä 1 on muutamia tuoreimpia terveystaloustieteellisiä esimerkkejä onnistuneiden interventoiden kustannushyödyistä. Laskelmat on koottu STEAn rahoittamassa Yksi elämä -hankkeessa, johon Sydänliiton lisäksi osallistuvat Aivoliitto ja Diabetesliitto. **Sote-uudistuksessa asetettu tavoite leikata nähtävissä olevaa sote-kulujen kasvua 2-3 miljardilla, on uskottavimmin saavutettavissa integroimalla sekä preventio että sekundaaripreventio sote-uudistuksen kaikkiin osa-alueisiin.** Asia voidaan ilmaista myös toisinpäin. Jos sote-uudistus ei onnistu parantamaan preventiota ja sekundaaripreventiota, on epätodennäköistä, että uudistuksen taloudelliset tavoitteet toteutuvat.

Sydänliitto näkee nyt esitetyn uudistuksen suurimmat muutostarpeet juuri tässä. Uudistuksissa päävastuu terveyden edistämisestä on jätetty kunnille, vaikka sote-alan ammattilaiset siirtyvät lähes kokonaan kuntien palveluksesta maakuntien ja perustettavien sote-yritysten ja liikelaitosten palvelukseen. Maakunnille osoitettu rooli terveyden edistämisessä on heikko ja muodoltaan niin väljästi kirjoitettu, että käytännössä jää täysin arvailujen varaan, miten kukin maakunta tulee toteuttamaan rooliaan terveyden edistämisessä.

Tämän vuoksi Sydänliitto toistaa esityksensä siitä, että maakuntien roolia terveyden edistämisen johtamisessa ja arvioinnissa vahvistetaan. Samoin uudistamme näkemyksemme, että STM:n on uudistuksen myötä käytettävä siihen sisältyviä mahdollisuuksia ohjata preventio- ja sekundaaripreventiotyötä STM:n uusilla, entistä tehokkaammilla ohjauskeinoilla.

Käytännössä maakunnat voivat edistää terveyttä uudistuksen jälkeen niin halutessaan monella tavalla. Ne voivat linjata asioita maakunnan strategiassa ja lakisääteisessä hyvinvointikertomuksessa. Niin ikään maakunnat voivat halutessaan vaatia tärkeimpiä preventio ja sekundaaripreventiotoimia vakiosopimuksiinsa, jotka heidän on lakisääteisesti tehtävä palveluidentuottajien kanssa. Tämän hetken tietojen mukaan kaikkien näiden toimien valmistelu vaatii merkittäviä resursseja ja johtamista eikä tämän kaltainen työ ole juurikaan käynnissä uudistukseen valmistautuvissa maakunnissa. Joissakin maakunnissa ei ole löydettävissä minkäänlaista valmistelua asian suhteen.

Kuntien valmiudet ja resurssit johtaa terveyden edistämistä saati sekundaaripreventiota vaihtelevat suuresti. Esimerkilliset kunnat tulevat jatkamaan hyvää työtään uudistuksen jälkeenkin. Mutta jo nyt on kuntakentältä kuulunut myös äänenpainoja, joissa puhutaan hyvinvoinnin edistämisestä niin, että terveyden edistämisen näkökulma uhkaa jäädä heikoksi. Tai terveyden edistämisen tulkitaan tarkoittavan vain sellaisia toimia, jotka liittyvät kunnalle muuten jääviin tehtäviin kuten koulutukseen, liikuntaan tai kulttuuriin. Nämä kaikki ovat sinänsä erittäin tärkeitä terveyden edistämistyössä. On kuitenkin vaara, että monin paikoin jo nykyisellään heikko linkki terveydenhuollosta esimerkiksi kunnan alueella tapahtuvaan liikuntatoimintaan katkeaa kokonaan. Samaan aikaan yhteistyö kansanterveysjärjestöjen kanssa on avoimesti asetettu kyseenalaiseksi uudistuksen myötä monessa kunnassa, vaikka laki kirjaimellisesti edellyttää kunnan tekevän yhteistyötä kansalaisjärjestöjen kanssa mm. jokavuotista hyvinvointikertomusta valmisteltaessa.

Samanlaista yhteistoimintavaadetta ei sisälly maakunnan hyvinvointikertomuksen valmisteluun. **Sydänliitto toistaakin esityksensä, että maakunnalle tulee säätää samanlainen yhteistoimintavelvoite kansalaisjärjestöjen kanssa kuin kunnille on lakiluonnoksessa**

säädetty. Tämä on tärkeää sekä hyvinvointikertomuksen että palvelustrategian ja palvelulupauksen laadinnassa ja tuloksellisuuden arvioinnissa. (Järjestämislain 7. ja 8. § pykälät.)

Maakuntien keskeiseksi ohjauskeinoksi on nostettu maakunnan ja tuottajien välisiin sopimuksiin sisältyvät vaateet terveyden edistämisestä sekä näiden toimien vaikutuksesta maksuperusteisiin. Sydänliitto pitää tätä elementtiä yhtenä hyvänä keinona, mutta toteaa, että lakiluonnokset eivät suoranaisesti ohjaa käyttämään näitä keinoja. Lakiluonnoksista puuttuu myös säännös näiden **sopimusten asiakirjajulkisuudesta**, vaikka eräissä hyvin keskeisissä hallituksen puheenvuoroissa on luvattu näiden sopimusten avoimuutta.

Hallitus esittää sekä kuntien että maakuntien valtionosuuksiin erillisiä korvamerkittyjä ns. HYTE-rahoja. Kuntien osalta rahoituksen on määrä alkaa uudistuksen ensimmäisestä päivästä 1.1.2019, maakuntien osalta aikaisintaan 2021. Molempien kertointen yksityiskohdat ovat vielä avoinna. Sydänliitto painottaa aiemmin lausumaansa näkemystä, että kertoimissa tulee näkyä kansanterveystyö nimenomaisesti ja että niissä lasten liikunnan lisäksi tulee näkyä lasten lihavuuden estäminen. Aikuisväestön liikunnan lisäämisen pitää näkyä HYTE-kertoimissa ainakin riskiryhmien osalta ja ikä-ihmisten voimanhankinnasta on syytä olla oma indikaattorinsa.

Uusimme myös näkemyksemme, **että maakunnan HYTE-rahoituksen on syytä alkaa heti uudistuksen alussa.** Muuten on mahdollista, että maakuntien preventio- ja sekundaaripreventiotyön valmistelu ja johtaminen lykätään vuosien päähän tämän aikataulupäätöksenkin nojalla, kun jo muutenkin on lukuisia viitteitä siitä, ettei tämä työ ole käynnistymässä riittävällä voimalla.

Niin ikään toistamme näkemyksemme, että sekä maakuntien että kuntien valtionosuuksien HYTE-kertoimet ovat asiantuntijoiden alkuperäisiin ehdotuksiin nähden pieniä, noin kymmenesosa esitetyistä. Sydänliitto pitää tärkeänä, että vähintään nyt esitetyn suuruiset osuudet säilyvät. Hallituksen esityksen perusteluissa sanotaan suoraan, että tämän mittaluokan HYTE-osuudet eivät ole vaikuttavuudeltaan kovin merkittäviä, mutta niillä on viestinnällistä arvoa. Sydänliitto korostaa ensinnäkin sitä, että viestinnällinen arvo voidaan moninkertaistaa sekä kunnan että maakunnan tasolla tekemällä yhteistyötä kansanterveysjärjestöjen kanssa. Lisäksi kannatamme HYTE-kertoimen kasvattamista joko nyt tai seurantatyön kuluessa.

Ensimmäisen sote-lakipaketin kanssa samanaikaisesti oli **lausuntokierroksella myös laki terveystiedon toissijaisesta käytöstä.** Siellä mm. maakunnille säädetään helppo ja tehokas pääsy kaikkeen tarvittavaan terveystietoon ns. yhdeltä luukulta. Muutos on erittäin tarpeellinen sote-uudistuksen kannalta ja keskinen tiedolla johtamisen edellytys. Jostain syystä lakiluonnoksessa ei kuitenkaan anneta yksiselitteisesti kunnille samaa oikeutta, vaikka sote-uudistuksen keskeinen yksi periaate on, että päävastuu terveyden edistämisestä on kunnilla. **Sydänliitto vaatii kunnille mm. hyvinvointikertomuksen kirjoittamista varten samaa oikeutta päästä näihin tietoihin, jotta kunnat voivat johtaa ennaltaehkäisevää työtä tietopohjaisesti.** Esimerkkinä käyköön, että kunnan on viimein saatava neuvoloista tieto lasten painonkehityksestä.



1. B Vertaistuen ja muun järjestölähtöisten neuvonta-, kannustus- ja tukiohjauksen asema

Sekundaariprevention tehokkain toimintamalli on usein sellainen, jossa terveydenhuollon ammattilaiset ohjaavat asiakkaan kansalaisjärjestölähtöisen vertaistuen ja hyvien käytänteiden mukaisten elämäntapamuutosta avittavien toimintojen pariin. Ideaalitilanteessa sekundaaripreventio etenee sote-ammattilaisten alkuohjauksen jälkeen ryhmämuotoiseen sekundaaripreventioon ja sieltä saattaen vaihtamalla kuntatasolla toimivien SOSTE-, liikunta- ja/tai nuorisojärjestöjen toiminnan pariin. Näissä kaikissa vaiheissa on usein kyse yhteistyöstä, johon osallistuu nykyisin terveyskeskus ja kunnassa toimivat järjestöt tai kuntayhtymät ja alueen järjestöt. **Toiminta on erittäin kustannustehokasta mm. sen vuoksi, että vertaistukea annetaan pitkälti vapaaehtoisvoimin. Toisaalta toiminta on vaativaa ja siksi sekä sote-ammattilaisten rooli että SOSTE-järjestöjen ammattimainen koulutus- ja laatutyö ovat toiminnan välttämättömiä elementtejä.**

Esimerkkinä hyvästä yhteistyöstä on Tulppa-toimintamalli, joka on valtimopotilaiden ryhmämuotoiseen avokuntoutukseen kehitetty malli. Toimintaa toteutetaan lähellä ihmisten arkea osana perusterveydenhuollon toimintaa. Toimintamallia käytetään 12 sairaanhoitopiirissä ja Tulppa-ohjaajiksi on koulutettu noin 1 000 terveydenhuollon ammattilaista. Koulutuksissa ja ryhmissä on mukana myös vertaisohjaaja.

Tämän kaltaista toimintaa on maassamme paljon niin kaikkien tunnettujen kansansairauksien kuin harvinaistenkin sairauksien sekundaaripreventiossa. Sote-uudistuksen valmistelun yhteydessä mikään ei viittaa siihen, että tämä toiminta haluttaisiin lakkauttaa Suomessa. Kunnianhimoiset säästötavoitteet viittaavat siihen, että tämän kaltaista toimintaa pitää ennemmin lisätä merkittävästi sote-uudistuksen myötä.

Nyt julkituotujen esitysten ja käytyjen lukuisten asiantuntijakeskustelujen valossa on kuitenkin täysin mahdollista, että kuvattu toiminta ei löydä paikkaansa nyt suunnitellussa uudistuksessa. Ikävä skenaario etenee seuraavasti:

1. kunnat tulkitsevat, ettei SOSTE-järjestöjen tukeminen kuulu enää heille, mistä seuraa vakavia ongelmia koko kuvatun toiminnan perusyksikön olemassaololle eli SOSTE-järjestöjen paikallisyhdistysten jatkolle.
2. Maakunnilla ei ole velvoitetta tehdä yhteistyötä SOSTE-järjestöjen kanssa eikä asiakirjoista löydy mitään roolia rahoittaa oman maakunnan järjestötoimintaa. Rahoittaminen ei liene tyystin kiellettyä, vaikka sellaisiakin asiantuntijalausuntoja on esitetty maakunnan ollessa täysin valtionavulla toimiva. Joka tapauksessa on hyvin epätodennäköistä, että maakunnilla olisi de facto halua tai mahdollisuuksia täysin omaehtoisesti ryhtyä järjestötoiminnan rahoittajiksi. Näin ollen kunnissa vaarantuvan järjestötoiminnan tilalle ei ole tulossa maakunnallisesti rahoitettua järjestötoimintaa ilman että lakeja korjataan tältä osin.
3. Terveyskeskuksien toiminta korvautuu yhtiötetyillä sote-keskuksilla, joiden palveluvalikossa ei ainakaan nyt esitettyssä muodossa ole kuvailtu tämän kaltaiseen vertaistukipreventiivtyöhön osallistumista. Hallitus on nyt lausuntokierroksen kuluessa jo ilmoittanut tarkentavansa mm. niitä lain kohtia, joissa kuvataan, mitä sote-keskusten palveluvalikoimaan kuuluu tai vaihtoehtoisesti mihin palveluihin niistä on saatava maksuseteli. Niin ikään on tätä kirjoitettaessa epäselvää, tuleeko yksittäisten maakuntien omaan harkintavaltaan kuulumaan tämän kaltaisten toimien vaatiminen sote-keskuksilta,

saati että onko realistista ajatella, että yksikään maakunta sisällyttäisi tämän kaltaisia kriteereitä omaan malliinsa, jos se olisi laissa sallittua.

4. Yllä kuvattu ei vielä täysin poissulje sitä, että sote-keskukset saattavat joka tapauksessa olla omaehtoisesti niin valvutuneita, että he laadulla kilpaillessaan haluavat tarjota näitä preventiomuotoja omassa toiminnassaan. Kuten sanottua, toiminta on erittäin kustannustehokasta ja siksi kauaskantoinen, hyvin johdettu sote-keskus saattaa olla siitä hyvinkin kiinnostunut. Tällöinkin jää jäljelle vielä yksi merkittävä normiongelma: mikäli sote-keskus ostaa kyseisen toiminnan palveluna SOSTE-järjestöltä, ei toiminnan kehittämisessä ja ylläpitämisessä saa nykytulkintojen mukaan olla mukana Veikkaus-rahaa, jota STEA jakaa SOSTE-järjestöille. Järjestöä, joka sote-uudistuksen myötä tekee taloudellista yhteistyötä näiden toimintojen osalta markkinoilla kilpailevien sote-keskusyriyten tai maksusetelillä palveluja tuottavien yritysten kanssa, uhkaa STEA-avustusten takaisinperintä kaikilta niiltä osin, kun avustuksia on käytetty toiminnan suunnitteluun, koulutukseen, laadunvarmistamiseen, kehittämiseen, ylläpitoon ja markkinointiin.

Sydänliitto on käynyt yllä kuvattua uhkakuvasta keskustelua hyvin monien tahojen kanssa ja tulos on ollut kaikkialla sama. Kukaan ei usko kenenkään haluavan kuvattua lopputulosta. Kaikki tahot ministeriöistä Kuntaliittoon ja järjestöihin ovat sitä mieltä, että tähän täytyy löytyä joku ratkaisu. Useat tahot ovat luvanneet vakavasti etsiä jonkin ratkaisun. Toistaiseksi ei kuitenkaan tiedossamme ole, johtaako joku näitä taustapohdintoja ja miten ne saadaan uudistuksen kireässä aikataulussa saatettua eduskuntaan ajoissa.

On todennäköisesti monta keinoa ratkaista kuvailtu ongelma. Helpoimmat niistä liittyvät siihen, että kuntien ja maakuntien avustukset paikallisille kansanterveys- ja potilasjärjestöille varmistetaan uudistuksen yhteydessä sekä juridiselta pohjaltaan että poliittiselta tarkoituksenmukaisuudeltaan jo nyt väliaikaiseen hallintoon siirtymisvaiheessa.

Sen lisäksi saattaa olla mahdollista muuttaa Veikkaus-rahojen käyttökriteereitä niin, että vertaistukeen ja elintapamuutosten tukemiseen liittyvien elementtien ja -käyttötapojen kehittäminen, kouluttaminen ja ylläpitäminen ovat sallittuja silloinkin, kun niitä käytetään osana hoitoketjuja, joissa on myös yhtiöitettyjä osia. Tämä vaatii huolellisen lainvalmistelutyön pikaista aloittamista, koska asialla on tarttumapintoja sekä kilpailuoikeuteen että Veikkaus-varojen käyttöjuridiikkaan. Vähintään on tehtävä etukäteen selväksi, miltä osin järjestöt saavat käyttää Veikkaus-rahoituksella kehitettyjä preventiotyökaluja ilman takaisinperinnän uhkaa, jos sote-uudistuksen myötä tässä kuvatut palvelut on yhtiöitettävä markkinaehtoisiksi.

Kyseessä on niin keskeinen osa sekundaaripreventiota, että Sydänliitto vakavasti vetoaa hallitukseen, että uudistusta ryhdytään tältä osin täydentämään kiireisesti.

Emme usko esityksemme miltään osin olevan ristiriidassa uudistuksen muiden tavoitteiden kanssa.



2. Tiedolla johtamisesta ja laadusta

Lausunnon alussa toimme esiin, että sekä primaari- että sekundaariprevention johtaminen ja toimeenpano ovat sote-uudistumisen kannalta Sydänliiton näkökulmasta keskeisin huolemme. Lausunnon aiemmassa osassa olemme kuvanneet muutostarpeita lähinnä sote-uudistuksen myötä muuttuviin eri toimijoiden rooleihin ja velvollisuuksiin sekä rahoituksen yksityiskohtiin. Nyt lausumme siitä, miltä osin sote-uudistusta on syytä vielä terävöittää tiedolla johtamisen osalta. Seuraavassa esitetyt näkemyksemme liittyvät **prevention lisäksi myös sote-uudistuksen tavoitteeseen integraatiosta ja ehjistä hoitopoluista**. Seuraavat esityksemme parantavat myös valinnanvapauden tietopohjaa oleellisesti.

Koko sote-uudistuksen onnistumisen yhdeksi edellytykseksi on valmistelussa todettu useaan otteeseen, että tiedolla johtamista parannetaan merkittävästi. Uudistukseen sisältyykin erittäin kunnianhimoisia ja pitkään kaivattuja toimia uudistaa tietotojärjestelmät ja saada ne keskenään yhteensopiviksi. Niin ikään johtajien koulutukseen on tarkoitus investoida kunnolla ja tiedolla johtaminen on tässä yhteydessä mainittu hyvin näkyväksi koulutuksen sisällöksi. Sydänliitto pitää erittäin tärkeänä tätä hallituksen näkökulmaa. Koska asia on poikkeuksellisen tärkeä, olisi hyvä, että **julkisestikin sote-uudistuksen etenemistä voisi erikseen seurata sekä tietojärjestelmä uudistusten aikataulujen että johtamisen laatu-uudistusten etenemisen osalta**.

Näiden hyvien tiedolla johtamisen parantamistoimien lisäksi Sydänliitto nostaa esiin välttämättömän tarpeen aikaansaada pikaisesti **hoitoketjujen toimivuutta koskevat laaturekisterit** ja sen lisäksi pyrkiä kuvaamaan ainakin keskeisimpien hoitoketjujen osalta ne kriteerit, joilla yksittäisten toimijoiden laatua voidaan ainakin keskeisiltä osin arvioida. Tämä koskee kaikkien sairauksien hoitoa, mutta seuraavassa keskitymme pääosin sydänsairauksiin, jotta lausunnostamme käy riittävän tarkasti esiin, minkälaista uudistusta pidämme välttämättömänä.

Kuten jo yllä todettu, jopa 80 % sydäntapahtumista voitaisiin ehkäistä, jos primaari- ja sekundaaripreventio onnistuisivat parhaalla mahdollisella tavalla (Lähde: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). Primaariprevention eli ensimmäisen sydäntapahtuman ehkäisyn onnistumisesta saadaan käsitys pääosin verisuonisairauksien sairastuvuus- ja kuolleisuuslukuja tutkimalla.

Kansainvälisessä vertailussa sekundaariprevention eli uuden sydäntapahtuman ehkäisyn on havaittu onnistuvan Suomessa huonosti (Lähde: Euro Heart Index 2016). Osasyynä tälle huonolle tulokselle pidämme sitä, että meiltä puuttuu kattava sydän- ja verensuonisairauksien ennaltaehkäisyä ja hoidon toteutumista ja onnistumista seuraava laaturekisteri, jota voitaisiin käyttää ohjaamaan hoitoa ja siihen liittyviä prosesseja. Eurooppalaisittain katsoen laaturekisterien puute on poikkeuksellista. Suomeen rinnastettavien maiden joukossa rekisterien puuttuminen pistää räikeästi silmään.

2. A Laaturekisteristä yleisesti ja sydänrekisteristä erityisesti

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on kerännyt PERFECT-hankeessaan tietoa erikoissairaanhoidon hoitoketjuihin sisältyvistä palveluista ja niiden vaikuttavuudesta ja

kustannusvaikuttavuudesta sairaaloissa ja sairaanhoitopiireissä. Tarkastelu kohdistuu sairauksiin ja toimenpiteisiin, joissa erikoissairaanhoidolla on keskeinen merkitys. Valikoidut indikaattorit ovat sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien välillä vertailukelpoisia. Hanke aloitettiin vuonna 2004 ja aineistosta tehdään myös tutkimusta. Tutkimuksen kohteena ovat aivoverenkiertohäiriöt, lonkkamurtumat, tekonivelkirurgia, keskokset sekä sepelvaltimotautikohtaukset. Tietoa kerätään HILMO-rekisteristä, kuolinsyytilastoista ja Kelan lääkekorvausrekisteristä. Käytännössä sepelvaltimotautikohtauksien osalta tietoa on voitu raportoida 1) sydäninfarktin ilmaantuvuudesta, 2) hoitopäivistä ja niiden kustannuksista, 3) toimenpiteistä (varjoainekuvaukset, pallolaajennukset, ohitusleikkaukset), 4) lääkeostoista ja 5) kuolleisuudesta.

Sydänliitolle kerrotun mukaan THL:n resurssien supistuessa mahdollisuudet tämän hankkeen toteuttamiseen ovat entisestään kaventuneet. Toisaalta tekniset edellytykset, esim. ruotsalaisen Swedeheartin kaltaisen laaturekisterin aikaansaamiseen Suomessa, ovat olemassa, jos hanke päätetään resursoida. Yliopistosairaalat ovat eräiden lähteiden mukaan mahdollisesti laatimassa omia laaturekistereitään. **Suomeen tarvittaisiin kuitenkin yhteinen, sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon kattava kansallinen laaturekisteri.**

Sosiaali- ja terveystaloudellisia tuottavia yksiköitä ei voida vertailla ilman luotettavaa ja yhdenmukaista laatuksiteeristöä. Sydänpotilaan hoitoprosessista on poimittavissa useita laatuksiteeristöjä, joita vertailemalla saadaan käsitys hoitosuosituksen mukaisen hoidon toteutumisesta. Laaturekistereitä suunniteltaessa pohditaan seuraavia keskeisiä ydinasioita:

Laatua täytyy voida seurata ja vertailla, jotta *palvelun tilaaja (maakunta) tietää, mitä saa ja osaa valita parhaan palveluntuottajan.*

Laatua täytyy voida seurata ja vertailla, jotta *palvelun tarvitsija (asiakas) osaa valita parhaan/sopivimman palveluntuottajan.*

Sydänliiton mielestä hallituksen on mahdollisimman nopeasti linjattava, kenen tehtäväksi määrätään sote-uudistuksen yhteydessä ylläpitää laaturekisteriä ja kuka maksaa rekisterin ylläpidon. Hanke on aikataulutettava ja rahoitus on otettava osaksi sote-uudistuksen rahoituspäätöksiä. Juridinen pohja laaturekisteriuudistukselle näyttää nyt esitettyjen lakien pohjalta olevan ainakin pääpiirteittäin hyvä. Sote-lait mahdollistavat ministeriön antamat sitovat määräykset tiedonkeruusta. Tietojärjestelmämuutosten on oltava heti alusta sellaisia, että ne mahdollistavat tarvittavan tiedonkeruun ilman lisäbyrokratiaa suoraan hoitotiedoista ja tietokannoista. Pitkällä oleva esitys terveystietojen toissijaisesta käytöstä on sekin jo hyvällä tiellä.

Kansainvälinen painekin laaturekisterien ympärillä kasvaa. OECD:n piirissä ja useissa länsimaissa puhutaan siirtymisestä vertailukelpoisiin laaturekistereihin mm. ICHOM-standardilla. Suomen tavoitteet teknologian terveysteknologian ja palveluiden huippuosaamisen ja viennin osalta puoltavat nekin liittymään tähän vertailtavan laatuksiteeristöjen maailmaan mitä pikimmin.

2. B Kaksi syväentävää esimerkkiä laatuksiteereistä

Ohessa esitetään esimerkinomaisesti kahden suurimman sydänsairastavuutta ja kustannuksia aiheuttavan potilasryhmän hoitopoluista ja mahdollisista laatuksiteereistä.

Sepelvaltimotautipotilas

Primaariprevention onnistumisen selvittämiseksi ja kehittämiseksi sairastuneesta tulisi kerätä keskitetysti perustiedot eli keskeiset valtimotautien vaaratekijät (tupakointi, diabetes, verenpainetauti, sukuhistoria sekä kolesterolitiedot). Diagnoosien lisäksi tulisi tietää, onko riskitekijöiden hallintaan kiinnitetty mitään huomiota ennen sairastumista (miten verenpainetaudin hoito on onnistunut/epäonnistunut, mikä on ollut diabeteksen hoitotasapaino, onko potilas saanut tietoa tupakasta vieroittautumiseen ja onko kolesteroliarvoja mitattua ja jos on mitattu, onko tehty mitään interventiota asian suhteen). Ennen varsinaista valtimotaudin toteamista edeltäneet perusterveydenhuollon ja päivystyspoliklinikoiden käynnit kuvastavat hoitoon hakeutumisen helpoutta tai vaikeutta.

Jos potilas ei ehdi saada akuuttia sepelvaltimotautikohtausta, edetään elektiivisten tutkimusten kautta. Hoidon laatua mittaavista tekijöistä ensimmäinen on odotusaika tutkimuksiin. Tämä voidaan jakaa osa-alueisiin, joita ovat 1) odotusaika perusterveydenhuollon yksikköön (hoitajalle ja lääkärille), 2) lähete ja lähetteen käsittelyaika erikoissairaanhoidossa, 3) odotusaika erikoissairaanhoidon tutkimuksiin. Erikoissairaanhoidossa voidaan vielä tarkastella, toteutuuko ensin a) pelkkä lääkärin vastaanottokäynti b) tehdäänkö samalla jo lisäselvityksiä kuten rasituskoee, c) mikä oli lopulta odotusaika invasiiviseen tai muuhun ei-invasiiviseen tutkimukseen. Invasiivista hoitoa tarjoavia yksiköitä voidaan verrata paitsi mittaamalla odotusaikoja, myös vertaamalla positiivisten ja negatiivisten tutkimustulosten osuuksia. Tutkituissa on aina potilaita, joiden sepelvaltimot ovat terveet eikä tarvita interventioita. Kuitenkin, jos tällaisia potilaita on jossain yksikössä selvästi enemmän kuin toisessa, saadaan käsitys potilasvalinnan onnistumisesta.

Diagnoosin varmistumisen jälkeen seurattavia asioita ovat odotusaika mahdolliseen toimenpiteeseen (pallolaajennus tai ohitusleikkaus). Lisäksi asiakkaan on hyvä tietää yksikön toimenpiteisiin liittyvät komplikaatiot, kuitenkin siten että sekoittavat tekijät huomioidaan (esimerkiksi potilaiden ikä ja munuaisten vajaatoiminta ovat merkittäviä komplikaatoriskiä lisääviä tekijöitä).

Akuutin sepelvaltimokohtauksen raportointi käsittää karkeasti ottaen asiat, jotka nyt on kerättävissä THL:n PERFECT-hankkeessa (sydäninfarktien ilmaantuvuus, hoitopäivät, toimenpiteet, lääkkeit, kuolleisuus)

Sekundaariprevention onnistumisessa tutkittava parametri on potilaan pääsy kontrollikäynnille. Käypä hoito -suositusten mukaisesti akuutin tapahtuman jälkeen ensimmäinen kontrollikäynti lääkärille tulisi olla 1-2 kk kohtauksesta. Tämän jälkeen seuranta toteutetaan kuten stabiilissa sepelvaltimotaudissa, vähintään vuosittain. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen tulisi olla kirjallinen hoitosuunnitelma. Kontrollikäynnin yhteydessä tulisi vähintäänkin tarkastaa verenpaineen mittaustulokset, mitata lipidit sekä verensokeri. Näiden tulosten rekisteritiedolla palataan samoihin, lähtökohdassa esitettyihin muuttujiin, joiden muutosta voidaan verrata ja arvioida siten esimerkiksi kohonnan kolesterolitason hoitoa. Onko potilas saanut tukea ja hoitoa tupakasta vieroittautumiseen ja miten muihin hoitotavoitteisiin on päästy?

Oleellinen osa jatkohoitoa on potilaan kuntoutus. Vähintään tulisi voida rekisteröidä, mitä kuntoutusta potilaalle on tarjottu ja mihin hän on osallistunut. Onko potilaalle tarjottu vertaistukea? Millaista muuta psykososiaalista, liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvää kuntoutusta

ja elintapaohjausta on ollut saatavilla ja kuinka paljon näihin on osallistuttu. Yksi laatua mittaava tekijä on työikäisen potilaan palaaminen työelämään sairastumisen ja toimenpiteen jälkeen.

Prevention onnistumista kuvaavia kovia laatumittareita ovat sydäninfarktien ilmaantuminen sekä kuolleisuusluvut.

Alla esitetään vielä yhteenvetona laadun seurantaan liittyvän hoitopolun tasot ja esimerkkinä keskeisiä mitattavia suureita. Yksityiskohtia seurattavista ja vertailtavista suureista esitettiin edellä:

Perusterveydenhuolto (primaaripreventio)

Keskeiset vaaratekijät (esiintyvyys, vaaratekijöihin vaikuttaminen ennen diagnoosia)

Sairastumista edeltävät kontaktit terveydenhuoltoon (määrä, odotusaika)

Erikoissairaanhoido

Odotusaika tutkimuksiin

Odotusaika hoitoon

Hoidon oikea kohdentuminen eli jakautuvatko resurssit oikein

Hoidon komplikaatiot

Perusterveydenhuolto (sekundaaripreventio)

Kontrollikäynnit

Vaaratekijöiden hoidon tavoitteiden onnistuminen

Kuntoutus

Vertaistuki

Palaaminen työelämään

Sydäninfarktin ilmaantuminen ja kuolleisuus

Eteisvärinäpotilas

Eteisvärinälle altistavia elintapoihin liittyviä tekijöitä ovat mm. ylipaino, alkoholin käyttö, verenpainetauti, uniapnea ja tupakointi. Laaturaportoinnissa olisi hyvä kirjata näitä altistavia tekijöitä, sillä eteisvärinäpotilaan hoito on paitsi rytmihäiriön hoitoa myös altistavien tekijöiden hoitoa. Rytmihäiriön uusiutuminen johtaa yleensä toistuviin rytminsiirtoihin, käynteihin päivystyspoliklinikoilla ja töistä poissaoloihin, mikä lisää hoidon kustannuksia.

Hoitoon pääsyä mitataan tyypillisesti odotusajalla sydänsähkökäyrän (EKG:n) rekisteröintiin/hoitajalle/lääkärille perusterveydenhoitoon. Perusterveydenhuollon tehtävä on aloittaa lääkitys.

Samoin on helposti mitattavissa odotusaika erikoissairaanhoidon. Antikoaguloitun potilaan on päästävä suunniteltuun eli elektiiviseen rytminsiirtoon mahdollisimman pian eli heti kun antikoagulaatiohoito on ollut riittävän ajan käytössä. Laatu mittaava tekijä on siis odotusaika rytminsiirtoon. Samoin raportoitavissa on odotusaika erikoislääkärin vastaanotolle ja mahdolliseen sydämen kaikukuvaukseen. Valikoiduille potilaille tehdään eteisvärinän katetriablaatiohoito. Tällä hetkellä odotusaika ablaatiohoitoon vaihtelee Suomessa suuresti (1 kk- 6 kk), joten tärkeä raportoitava tekijä on odotusaika invasiiviseen hoitoon. Samoin on raportoitavissa toimenpidehoitoon liittyvät komplikaatiot.

Suurin osa eteisvärinäpotilaista käyttää pysyvästi antikoagulanttia. Seurannassa on tärkeätä huolehtia, että antikoagulaatiohoito onnistuu optimaalisesti. Varfariinia (Marevan) käyttävillä potilailla laatumittarina voidaan käyttää INR-seurantaa. Uudempien antikoagulanttien seurannassa ei käytetä INR-mittauksia, mutta näille lääkkeille on oma seurantaohjelmansa joka sisältää säännölliset yhteydenotot hoitajaan/lääkäriin sekä sovitut laboratoriotutkimukset kuten verenkuva ja munuaisten toimintaa kuvaavan kreatiniini-arvon.

Jos käytössä on rytmihäiriölääkitys, EKG tulee rekisteröidä ja tulkita lääkärin toimesta tapauksesta riippuen 6-12 kk:n välein.

Myös eteisvärinäpotilas tarvitsee kuntoutusta ja vertaistukea. Laatumittareissa tulee olla huomioituna, onko potilaille tarjottu näitä mahdollisuuksia ja millä tavalla.

Eteisvärinäpotilas yhteenvetona:

Perusterveydenhuolto

Altistavien tekijöiden raportointi ja hoidon interventiot

Odotusaika ensimmäiseen arvioon ja diagnoosiin

Erikoissairaanhoidon

Odotusaika rytminsiirtoon

Odotusaika erikoislääkärille

Odotusaika invasiiviseen hoitoon ja hoidon komplikaatiot

Perusterveydenhuolto

Altistavien tekijöiden hoito

Seuranta (antikoagulaatiohoidon onnistuminen, rytmihäiriölääkitys)

Kuntoutus

Vertaistuki

3. Lopuksi sote-uudistuksen vaikutustenarvioinneista

Kuten todettu, nyt käsillä oleva uudistus on historiallisen suuri ja osaa sen keskeisistä osista ei ole vielä saatavilla. Sydänliitto ei tässä vaiheessa uudistusta koe voivansa antaa kovinkaan merkityksellistä arviota uudistuksen vaikutuksista esim. alueellisten erojen tasaamisessa tai terveyserojen kaventumisesta, koska toistaiseksi ei ole vielä tiedossa esim. mitä asiakasmaksuista tullaan säättämään ja miten suureksi muodostuu sote-keskusten kustakin asiakkaasta saama korvaus. Niin ikään emme osaa saatavilla olevin tiedoin arvioida maksu- ja asiakassetelien suuruutta saati merkitystä. Lisätietoja saamme toivottavasti myös mm. palvelunohjauksen volyymeistä ja ajatelluista käytänteistä. Kun valinnanvapauslainsäädäntöönkin on tulossa tarkistuksia, on mielestämme rakentavinta lausua tässä yhteydessä valmiutemme osallistua kokonaisuuden osalta vaikutustenarviointikeskusteluun sitten, kun koko uudistuksen kokonaisuus on paremmin hahmottumassa.

Puuttuvista tiedoista Sydänliiton näkökulmasta ehkä merkittävin on kuntoutukseen liittyvien linjausten puute. Niitä käsitellään erillisessä työryhmässä. Kuntoutuksen linjauksilla on suuri merkitys sydänpotilaiden hoitoon ja sekundaaripreventioon. Niillä on huomattava merkitys myös Sydänliiton sopeutumisvalmennustoimintaan ja tässä lausunnossa kuvattuun vertaistuen kokonaisuuteen.

Sydänliitto on perehtynyt sekä hallituksen esittämiin vaikutustenarvioihin että ns. arviointineuvoston näkemyksiin. Niin ikään olemme lukeneet kansainvälisen arviointiryhmän näkemyksiä uudistuksen kokonaisvaikutuksesta. Meille on myös kerrottu, että EU:n komissio ja laajemminkin Suomen taloutta tarkkailevat kansainväliset tahot seuraavat uudistuksen etenemistä, koska uudistuksella on suuri merkitys Suomen ns. kestävyysvajeen umpeen kuromisessa. Näissä arvioissa, samoin kuin Sydänliiton asiantuntijaseminaarissa esetyissä arvioissa, esiintyy hyvin samankaltaisia arvioita uudistuksen tavoitteiden saavuttamisesta niin integraation, talousvaikutusten kuin terveyserojen kaventumisenkin osalta. Maan hallitus on ilmoittanut suhtautuvansa sekä näihin että perustuslaillisiin huoliin vakavasti ja muuttavansa vielä esityksiään.

Samaan aikaan on todettava, ettei Sydänliitolle ole tiedossa yhtään perusteltua näkemystä, jonka mukaan nykyinen monikanavainen rahoitus ja hyvin pirstaleinen tapa järjestää ja tuottaa sote-palveluita olisi mitenkään kestävällä pohjalla.

Yhteenvedonä todettakoon, että mikäli lausunnossa ehdotetut parannukset terveyden edistämiseksi ja tiedolla johtamisesta otetaan vakavasti huomioon, olemme vakuuttuneita, että uudistuksen sekä kansantaloudelliset että terveydelliset tavoitteet toteutuvat huomattavasti nyt esitettyä paremmin.

Helsingissä 21.3.2017

Suomen Sydänliitto ry



Tuija Brax
pääsihteeri

Taloudellisesti kannattavien investointien kooste

Tähän dokumenttiin on koottu Yksi elämä -terveystalkoiden terveystalkoiden ja kartoittaneen työ tulokset. Dokumentissa esitellään hieman laajemmin ja lähteet avaten kaikki vaikuttajaviestinnän tilaisuuksissa, esitteissä ja olohuonetenteissä käytetyt 11 investointiesimerkkiä.

CASE ALKOHOLIN MINI-INTERVENTIOT: Säästöjä puuttumalla suurkulutukseen	2
CASE DIABETES: Ryhmäohjaus ja vertaistuki ehkäisevät diabetestä	4
CASE KAATUMISVAARAN ARVIOINTI: Kaatumiset kuriin	6
CASE LIIKUNNALLINEN KUNTOUTUS: Kuntoutuksella takaisin kotiin	8
CASE PERHETYÖ: Säästöt hyvinvointineuvolalla	10
CASE PYÖRÄTIET: Hyötyjä pyöräilystä	12
CASE RYHMÄKUNTOUTUS: Ystäviä, hyvinvointia ja säästöjä kuntoutuksella	14
CASE SYDÄNKUNTOUTUS: Kulut kuriin sydänpotilaiden liikunnalla	16
CASE SYDÄNMERKKI-ATERIAT: Terveellisen ruoan ei tarvitse maksaa enempää – päinvastoin	18
CASE VANHUSPALVELUT: Enemmän lääkäreitä, vähemmän toiminnan kuluja	20
CASE YLIPAINO: Seinäjoki käänsi lasten ylipainon laskuun	22



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE ALKOHOLIN MINI-INTERVENTIOT: Säästöjä puuttamalla suurkulutukseen

Alkoholin liiallinen käyttö aiheuttaa vuosittain noin miljardin euron kustannukset Suomen julkiselle sektorille. Eläkkeiden ja sairauspäivärahojen osuus summasta on noin neljännes.

Lyhytneuvonta eli mini-interventio on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Lyhytneuvonnan tarkoituksena on vähentää alkoholin liiallista kulutusta.

Naisilla neuvonta on aiheellista aina, kun alkoholin kulutus on vähintään 2 ravintola-annosta päivässä tai 16 annosta viikossa tai humalahakuinen juominen (vähintään 5 annosta) toistuu viikoittain. Miehillä vastaavat neuvonnan rajat ovat 3 alkoholiannosta päivässä, 24 annosta viikossa tai 7 annoksen kertakäyttö viikoittain.

Mini-interventio tarkoittaa, että alkoholinkäyttö otetaan terveydenhuollossa puheeksi, riskikulutus tunnistetaan ja sen vähentämisestä keskustellaan. Potilaalle kerrotaan yksilöllisesti hänen alkoholinkäyttönsä haittavaikutuksista ja häntä motivoidaan sekä suullisilla että kirjallisilla ohjeilla vähentämään alkoholinkäyttöään. Käynnin kesto on yleensä 15-20 minuuttia. Tapaamisen lopuksi sovitaan tarvittaessa muutamasta seurantakäynnistä. Lyhytneuvonnan tukena voidaan käyttää myös laboratoriokokeita.



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksieleama.fi

Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen mukaan keskimäärin mini-intervention vaikutuksesta kymmenestä suurkuluttajasta yksi palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Lisäksi tiedämme, että hoitovaikutus säilyy melko pitkään, ainakin 1-2 vuotta. Alustavat tulokset viittaavat myös siihen, että mini-interventio vähentää kuolleisuutta.

Mini-interventio on paljon tutkittu toimintatapa, jonka vaikuttavuus on todettu useissa katsauksissa ja meta-analyseissä. On kuitenkin hyvä huomata, että mini-interventiotutkimuksiin osallistuneet ovat olleet pääasiassa alkoholin suurkuluttajamiehiä. Miehillä mini-interventio onkin todettu tehokkaaksi tavaksi vähentää alkoholin kulutusta. Naisten osalta sen sijaan ei vastaavaa vaikuttavuutta tutkimuksissa ole pystytty osoittamaan. Naisten määrä tutkimuksissa on ollut vähäisempi, eikä yhteyttä mini-intervention ja alkoholin kulutuksen vähentämisen välillä ole pystytty merkitsevästi osoittamaan. Myöskään iäkkäiden tai nuorten aikuisten osalta tutkimustuloksia ei mini-intervention vaikuttavuudesta ole tarpeeksi.

Kustannukset:

Yhden mini-intervention kustannukset ovat noin 84–241 euroa. Esimerkiksi miljoonan asukkaan HUS-alueella on noin 280 000 alkoholin suurkuluttajaa. Jos heille kaikille järjestettäisiin mini-interventio, kustannus olisi kalleimmillaan 67 480 000 euroa.

Säästöt:

Jos kaikille HUS-alueen suurkuluttajille järjestettäisiin mini-interventio, säästö terveydenhuollon kuluissa olisi 148 miljoonaa euroa.

Huom! Yksi elämän olohuonetentin pelissä mini-intervention investointi ja säästö on laskettu 500 000 € investoinnin mukaan. 500 000 €:lla voidaan toteuttaa noin 2000 mini-interventiota ja saadaan kalleimmallakin intervention hinnalla laskennallisesti 600 000 euron säästöt.

Lähteet:

- Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. STM 2008
- <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus/rahat/esimerkit>
- Miten alkoholi vaikuttaa työkykyyn? Telma-lehti 2/2016
- Alkoholiongelman hoito, Käypä hoito -suositus



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE DIABETES: Ryhmäohjaus ja vertaistuki ehkäisevät diabetestä

Diabeetikkojen sairaanhoidon kustannukset olivat vuonna 2007 yhteensä 1,3 miljardia euroa, josta yli 800 miljoonaa euroa oli diabeteksen aiheuttamia lisäkustannuksia. Lisäksi diabetes aiheutti noin 1,3 miljardin euron tuottavuuskustannukset ennen aikaisina sairauseläkkeinä, -poissaoloina ja kuolemina.

Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeessa kehitettiin ryhmätapaamisiin perustuva toimintamalli, jolla diabetesta voidaan ehkäistä perusterveydenhuollossa tehokkaasti ja vähin kustannuksin.

Terveyskeskuksen terveyden- ja sairaanhoitajat ohjaavat ryhmätapaamisia henkilöille, joilla on todettu diabeteksen riskitekijöitä. Tavoitteena on vähentää rasvan saantia ruokavaliossa, lisätä kuidun saantia, lisätä liikuntaa ja pudottaa painoa. Tukena toiminnassa ovat ravitsemusterapeutti ja kuntien liikuntatoimi.

Heikentynyt glukoosinsieto tarkoittaa, että henkilö on suuressa vaarassa sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Ikihyvä-hankkeessa tehdyssä tutkimuksessa glukoosinsieto palautui normaaliksi lähes joka toisella elintaparyhmän osallistujalla, jolla se oli alkumittauksessa



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

heikentynyt.

Ryhmätapaamiset vievät melko vähän työntekijöiden aikaa verrattuna yksilöohjaukseen. Oikein toteutettu ryhmäohjaus on innostavaa ja antaa osallistujille arvokasta vertaistukea.

Kyseessä on elintapainterventio eivätkä tulokset perustu kliinisten kontrolloitujen kokeiden asetelmaan. Ravitsemusraportoinnissa ei hyödynnetty annoskuvia, mikä saattaa olla johtanut ruokamäärien ja kalorimäärien aliraportointiin. Liikuntatoimen linkittäminen ohjelmaan saattoi riippua liikaa yksittäisten terveydenhoitajien tai liikuntatoimen työntekijöiden aktiivisuudesta. Naiset osallistuivat elintapainterventioon aktiivisemmin, mutta saavuttivat huonompia tuloksia.

Kustannukset:

Kahden tunnin ryhmäkäynti sairaan- tai terveydenhoitajalla maksaa kunnalle keskimäärin 20 euroa /asiakas. Jos ryhmässä on 10 osallistujaa ja ryhmä tapaa 6 kertaa, hinta koko ryhmäohjauspaketille on 1200 euroa.

Säästöt:

Jos ehkäistään yhden henkilön sairastuminen tyyppin 2 diabetekseen, säästö sairaanhoidon menoissa on yli 1000 euroa vuodessa. Jos ehkäistään yhden henkilön sairastuminen tyyppin 2 diabetekseen, jossa on lisäsairauksia, säästö on lähes 6 000 euroa vuodessa.

Lähteet:

- Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007, DEHKO ja Suomen Diabetesliitto 2010
- Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tuloksista, Suomen Lääkärilehti 22/2008
- Yliopistonlehtori, ravitsemusterapeutti Raisa Valveen haastattelu 6.6.2016



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE KAATUMISVAARAN ARVIOINTI: Kaatumiset kuriin

UKK-instituutin Kaaos-klinikkatutkimus osoitti, että lähes joka kolmas ikääntyneiden kaatuminen ja kaatumisvamma sekä joka neljäs kaatumisen aiheuttama murtuma voidaan ehkäistä.

Suurentuneessa kaatumisvaarassa oleville henkilöille tehtiin laaja kaatumisvaaran arviointi ja yksilöllinen suunnitelma kaatumisvaaran vähentämiseksi. Toimintaan sisältyi mm. liikunta- ja ravitsemusneuvontaa, lääkityksen ja näön tarkistamista sekä asuin- ja elinympäristön turvallisuuden kohentamista.

Tutkimuksen tuloksia sovelletaan nyt käytäntöön UKK-instituutin koordinoimassa ja RAY:n rahoittamassa KaatumisSeula-hankkeessa Kotkassa ja Seinäjoella. Yhden lonkkamurtuman keskimääräiseksi kustannuksiksi on laskettu 22 000 euroa. Jos aiemmin kotona asuva jää lonkkamurtuman vuoksi laitoshoitoon, kustannus on ensimmäisenä vuonna noin 50 000 euroa.

Seuraavassa on laskettu, mitä Kaaos-klinikkatoiminta tarkoittaisi kuvitteellisessa 50 000 asukkaan kaupungissa, jossa yli 65-vuotiaita on 20 prosenttia eli 10 000. Valtakunnallisesti keskimäärin 0,8 % yli 65-vuotiasta saa lonkkamurtuman vuosittain. Tämä tarkoittaisi kaupungissa 80:aa uutta lonkkamurtumaa ja vähintään 1 760 000 euron



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

kustannuksia vuodessa.

Kustannukset:

Terveydenhoitaja-fysioterapeutti-työparin työpanos, tarvittava pienvälineistö ja tilat: yhteensä 110 000 euroa vuodessa.

Säästöt:

Jos uusien lonkkamurtumien ilmaantuvuus laskee 0,7 prosenttiin kaupungin yli 65-vuotiaista, säästöt ovat vähintään 220 000 euroa vuodessa. Jos ilmaantuvuus laskee 0,6 prosenttiin, säästöt ovat vähintään 440 000 euroa.

Samalla ehkäistään muita kaatumisten aiheuttamia murtumia ja vammoja sekä parannetaan ikäihmisten elämänlaatua ja toimintakykyä, mikä mahdollistaa kotona asumisen pidempään.

Huomioitavaa:

Ohjaukseen saatiin kutsuttua vain ne ikääntyneet, joilla oli jo ennestään kontakteja terveydenhuoltoon. Tutkittavien sitoutumista annettuun ohjaukseen voitiin mitata vain yleisellä tasolla. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden määrä jäi liian pieneksi, jotta siitä olisi voitu tehdä tilastollisia merkitsevyysanalyyskejä. Tutkimuksesta ei tehty myöskään kustannuslaskelmia, koska kaatumisten ehkäisyohjelmasta ei ollut mahdollista laskea kustannusvaikuttavuutta.

Lähteet:

- Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *Injury* 2014; 45(1): 265-71.
- erikoistutkija, projektipäällikkö Saija Karinkannan haastattelu 3.6.2016 (tilastotieto perustuu THL:n SotkaNet-tietokantaan)
- <http://www.ukkinstituutti.fi/kaatumisseula>



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoilliton, Diabetesiliton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE LIIKUNNALLINEN KUNTOUTUS: Kuntoutuksella takaisin kotiin

Joka vuosi noin 20 000 henkilöä sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Suomessa on maailman huippuluokkaa oleva aivoverenkiertohäiriöiden akuuttihoito. Loistavan akuuttihoidon hyödyt kuitenkin menetetään useissa tapauksissa puutteellisen kuntoutuksen johdosta.

Sairastuneista noin 50 % hyötyisi moniammatillisesta kuntoutuksesta, mutta vain noin 15 % saa kuntoutusta sairastumisen jälkeisinä ensimmäisinä kuukausina. Aivoverenkiertohäiriö ei ole vain vanhusten ongelma, sillä noin joka neljäs sairastunut on työikäinen. Kuntouttamalla useampi työikäinen kykenisi palaamaan työelämäänsä ja työelämän ulkopuoliset kykenevät palaamaan omaan kotiinsa kalliimman sairaalahoidon sijaan.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan moniammatilliseen kuntoutukseen kuuluu suosituksen mukaan vähintään päivittäin fysioterapiaa, kolmesti viikossa toiminta- ja puheterapiaa sekä viikoittain neuropsykologista kuntoutusta. Kuntoutus maksaa noin 500 euroa päivässä. Keskimääräinen kuntoutusjakso on 30 päivää, joten jakson hinnaksi muodostuu 15 000 euroa.



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

Kyseessä on Aivoliiton projekti, jossa selvitettiin AVH:n akuuttihoiton yleinen tila Suomessa. Lisäksi haluttiin selvittää myös erilaisten osastohoitojen kustannukset. Ei tieteellinen tutkimus. Menetelminä käytettiin haastattelua ja lomakekyselyä. Selvityksessä käytettiin myös sairaaloiden tilastointiohjelmista kerättyjä tietoja sairastuneiden määristä, hoitoajoista ja hoitopäivien hinnoista sekä henkilöstöresursseista. Selvitys keskittyi osastolla tapahtuvaan alkuvaiheen kuntoutukseen. Selvityksessä käytettiin intensiivisen kuntoutuksen määritelmää, jossa kuntoutujan tulisi saada fysioterapiaa päivittäin, toimintaterapiaa kolmesti viikossa, puheterapiaa 2–3 kertaa viikossa ja neuropsykologista kuntoutusta viikoittain. Käytetty määritelmä ei ota huomioon kuntouttavaa hoitotyötä tai sosiaalityötä.

Kustannukset:

500 000 eurolla kuntoutuksen saa 33 ihmiselle.

Säästöt:

Suosittelun mukaista kuntoutusta saaneista 80 % kotiutuu entiseen kotiinsa, mutta muista yksiköistä vain 66 %. Tässä tapauksessa 26 kuntoutettua palaisi entiseen kotiinsa. Koska laitoshoidon maksaa 50 000 euroa vuodessa, säästöä vähentyneistä laitoshoitopaikoista syntyy 250 000 euroa vuodessa. Tämä säästö on vuosittainen, joten investointi maksaa itsensä takaisin kahdessa vuodessa.

Huomioitavaa on myös, että tämä esimerkki ei ota huomioon työelämään palaavan henkilön myönteistä vaikutusta kansantalouteen.

Lähteet:

- AVH:n sairastuneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013–2015, AVH-kuntoutuksen seurantalututkimuksen loppuraportti, Mika Koskinen
- Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11
- http://www.aivoliitto.fi/files/2966/AVHn_sairastaneiden_kuntoutukseen.pdf



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE PERHETYÖ: Säästöt hyvinvointineuvolalla

2000-luvun alussa Imatran lastensuojelua leimasi kiire. Sekä avohuollon tukitoimien että sijaishuollon piirissä oli valtakunnallista keskiarvoa huomattavasti suurempi määrä lapsia ja nuoria. Kustannusten kasvu oli pahimmillaan lähes miljoona euroa vuodessa. Kaupungissa syntyi yhteinen näkemys siitä, että jotain on tehtävä. Koko perhettä tukevia palveluita tulisi vahvistaa niin, että perheet saavat ajoissa tukea. Näin ongelmat eivät pääsisi kasvamaan niin suuriksi, että tarvitaan kalliita palveluita, kuten lastensuojelun sijaishuoltoa, lasten ja nuorten psykiatrista sairaalahoitoa tai ympärivuorokautisia asumispalveluita.

Perheiden tukea vahvistettiin uudistamalla äitiys- ja lastenneuvola hyvinvointineuvolaksi. Tavoitteena oli, että vanhemmat saisivat yleispalveluissa riittävän tuen kasvatukseen ja arjen sujumiseen. Tämä tarkoitti ajattelu- ja toimintatapojen muutosta koko organisaatiossa.

Tukea päätettiin antaa siellä, missä ihminen luontaisesti kohdataan, kuten perheiden kotona, päiväkodissa ja koulussa. Perus- ja erityispalveluiden suhdetta muutettiin niin, että suurin osa erityispalveluiden resurssista kohdistuu yleispalveluiden vahvistamiseen.

Kyseessä on kunnan omaa kehittämistoimintaa, eikä tieteellinen tutkimus. Kehittämistoimintaan ei yhdistetty tutkimustoimintaa. Tulokset on saatu kunnan omasta



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

seurantabudjetista, eivätkä ne huomioi kehittämistoimia yksilöllisesti tai yhteiskunnan muuta kehitystä.

Kustannukset:

Vuoden 2009 talousarviossa investoitiin noin 200 000 euroa kuuden neuvolaperhetyöntekijän palkkaamiseen. Sen jälkeen resursseja on voitu siirtää esimerkiksi lasten vastaanottokodista lastensuojelun perhetyöhön.

Säästöt:

Vuonna 2014 Imatran lapsipalveluiden kokonaiskustannukset olivat noin 2 miljoonaa euroa pienemmät verrattuna siihen, että kustannusten kasvu olisi jatkunut 2000-luvun alun trendin mukaan.

Lähteet:

- Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla. Liiteraportti: Kuntien kuvaukset lapsiperheiden palvelujen kehittämisestä / Lapsipolitiikan ja lapsipalvelujen uudistaminen Imatran kaupungissa. Kunnallisalan kehittämissäätiö 2015



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE PYÖRÄTIET: Hyötyjä pyöräilystä

Pyöräily vaikuttaa myönteisesti ihmisten fyysisen aktiivisuuden kautta terveydenhuollon kustannuksiin, kaupunkikuvaan, liikenteen tilantarpeeseen, ilmanlaatuun ja meluun. Siksi investointi pyöräilyinfrastruktuuriin on myös terveyspäätös ja tätä kautta kannattava talouspäätös.

Helsingin kaupunkisuunnitteluvirasto laski pyöräilyn hyödyt ja kustannukset 10 ja 20 miljoonan euron vuosittaisille investointiohjelmille. Arviointimenetelmän mukaan kummassakin investointiohjelmassa hyöty-kustannussuhteet ovat moninkertaiset tavanomaisiin tiehankkeisiin verrattuna: kummankin tavoiteskenaarion hyöty-kustannussuhde on lähellä kahdeksaa. Kokonaisvaikutuksiltaan 20 miljoonan euron vuosi-investointiohjelma on kuitenkin kannattavampi.

Kustannukset ja säästöt:

Nykyarvossaan 114 miljoonan euron investoinneilla arvioidaan saavutettavan 888 miljoonan euron hyödyt. Hyödyt koostuvat 20 miljoonan euron vuosiohjelmassa pääosin terveyshyödyistä sekä aikasäästöistä, jotka johtuva pyöräilyn nopeutumisesta. Hyöty-kustannuslaskelmassa on huomioitu pyöräteiden ylläpitokustannukset, aika- ja ajoneuvokustannukset, ympäristövaikutukset, pyöräilyn terveysvaikutukset sekä onnettomuusvaikutukset. Vaikutusarvioinnin luotettavuutta arvioitiin hyöty-



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

kustannussuhteeseen ja nettonykyarvoon eniten vaikuttavien tekijöiden osalta. Arvioinnissa höydynnettiin riskianalysointi-ohjelmistoa, jossa hyötykustannussuhteen ja nettonykyarvon luotettavuutta simuloitiin Monte-Carlo -menetelmällä.

Terveysvaikutusten taloushyötylaskelman mukaan 51-62 % pyöräilyn tuottamista hyödyistä on terveyshyötyjä. Kaupunkisuunnitteluvirasto onkin laskenut, että pyöräilyn kaksinkertaistaminen vuoteen 2025 mennessä Helsingissä tuottaisi vuositasolla 80 miljoonan euron terveyshyödyt.

Huomioitavaa:

Laskelmassa esitetyt hyödyt saavutetaan, kun keskivertohelsinkiläinen pyöräilee 50–80 lisäkilometriä vuodessa (Muutos on laskettu tapahtuvaksi 2025 mennessä.). Käytännössä pyöräilyn kasvu ei toki jakaannu tasaisesti kaikkien helsinkiläisten kesken.

Lähteet:

- Pyöräilyn hyödyt ja kustannukset Helsingissä. Helsingin kaupunkisuunnitteluviraston liikennesuunnitteluosaston selvityksiä 2014:5: http://www.hel.fi/hel2/ksv/julkaisut/los_2014-5.pdf



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivolliton, Diabetesliliton ja Sydänliliton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE RYHMÄKUNTOUTUS: Ystäviä, hyvinvointia ja säästöjä kuntoutuksella

Vanhustyön keskusliitto koordinoi Ystäväpiiri-toimintaa, joka on ikäihmisille suunnattua tavoitteellista ryhmätoimintaa yksinäisyyden tunteen lievittämiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi. Ystäväpiiri-ryhmiin on osallistunut tähän mennessä yli 7 000 iäkäästä ympäri Suomea. Toimintaa toteutetaan RAY:n tuella.

Vanhustyön keskusliiton tutkimushankkeessa selvitettiin ikääntyneiden psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta. Tutkimukseen osallistui 235 yksinäisyydestä kärsivää, yli 75-vuotiasta ikäihmistä, joista puolet osallistui ryhmäkuntoutukseen ja puolet toimi verrokkeina.

Kuntoutus järjestettiin 8 henkilön ryhmissä. Osallistujat kävivät kerran viikossa 2-6 tunnin tapaamisissa kolmen kuukauden ajan. Ryhmät jakaantuivat sisältönsä puolesta kolmeen kategoriaan: taide- ja virikeryhmiin, ryhmäliikunta- ja keskusteluryhmiin sekä terapeuttiseen kirjoittamiseen ja ryhmäterapiaan keskittyviin ryhmiin.

Ryhmäkuntoutus paransi osallistujien psyykkistä hyvinvointia ja muistitoimintoja verrattuna verrokkeihin. Moni heistä löysi ystäviä toiminnan kautta. He kokivat myös itsensä terveiksi merkitsevästi useammin kuin verrokkit, mikä vähensi terveystalveluiden käyttöä.



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

Kustannukset:

Yhden ikäihmisen kuntoutuksen hinnaksi tuli tutkimuksessa 881 euroa. Tähän sisältyi ohjattu ryhmätoiminta ja muu järjestetty ohjelma, osuus koulutuskustannuksista, kuljetukset tilatakseilla sekä ateriat ja retket kuntoutuspäivien aikana.

Säästöt:

Interventioryhmä käytti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja vuoden aikana keskimäärin 3122 eurolla, josta 1522 euroa oli terveydenhuollon kustannuksia. Verrokeilla kokonaiskustannukset olivat 4752 euroa, josta 2465 euroa kohdistui terveystalouteen. Kun ryhmäkuntoutuksen kustannukset otettiin huomioon, interventio säästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia noin 750 euroa vuodessa osallistujaa kohden.

Lähteet:

- Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Tutkimusraportti, Vanhustyön keskusliitto ry 2005
- http://www.vtkl.fi/fin/toimimme/ystavapiiri_toiminta/



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE SYDÄNKUNTOUTUS: Kulut kuriin sydänpotilaiden liikunnalla

Oulun yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan sydänpotilaan liikunnallinen kuntoutus vähentää terveydenhuollon kustannuksia ja uusia vakavia sydäntapahtumia.

Tutkimukseen osallistui 204 potilasta, joita hoidettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa äkillisen sydäntapahtuman vuoksi. Potilaat arvottiin liikunnallisen sydänkuntoutuksen ja tavanomaisen jatkohoidon ryhmiin.

Kuntoutusryhmässä kansainvälisten suositusten mukaan räätälöity liikuntaharjoittelu alkoi keskimäärin kaksi viikkoa akuutista sydäntapahtumasta. Potilaat kävivät puolen vuoden ajan kerran viikossa kuntosalilla harjoittelemassa fysioterapeutin ohjauksessa. Muu viikoittainen liikuntaharjoittelu toteutettiin kotona. Kontrolloitu kotiharjoittelu jatkui tämän jälkeen vielä toisen puoli vuotta.

Tutkimuksessa seurattiin liikunnallisen sydänkuntoutuksen vaikutuksia vakaviin sydäntapahtumiin ja terveydenhuollon kustannuksiin. Kuntoutusryhmässä vakavia sydäntapahtumia esiintyi 5 ja tavanomaisen jatkohoidon ryhmässä 16.

Tutkimuksen rajoitteena on, että se ei huomioinut tutkittavien koko sosiaalista verkostoa. Työssäkäyvien tutkittavien osalta tutkimus aliarvioi kuntoutuksesta saatavia



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoiliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

tuottavuushyötyjä. Kuitenkin yli puolet tutkittavista olivat jo eläkkeellä. Tutkimusasetelma oli alun perin suunniteltu kustannushyötytutkimukseen, joten siksi siinä ei pystytty seuraamaan muutosta tutkittavien fyysisessä kunnossa tai kuntoutuksen jälkeisissä riskitekijöissä. Tutkittavien joukko oli jonkin verran vinoutunut, koska intensiiviseen kotikuntoutukseen ei voitu ottaa henkilöitä, joilla oli vakavia lisäsairauksia. Lisäksi osa tutkimukseen soveltuvista henkilöistä kieltäytyi, koska ajatteli, että kuntoutusmalli on liian raskas.

Kustannukset:

Liikunnallisen sydänkuntoutuksen kustannukset olivat noin 375 euroa potilasta kohden vuodessa.

Säästöt:

Liikunnalliseen sydänkuntoutukseen osallistuneet potilaat käyttivät terveydenhuollon palveluja vuoden aikana keskimäärin 1000 euroa vähemmän kuin tavanomaisen jatkohoidon ryhmä, kun mukaan laskettiin kuntoutuksen kustannukset.

Kuntoutusryhmässä kustannukset olivat keskimäärin 1652 euroa, verrokeilla 2629 euroa potilasta kohden.

Suomessa sairastuu sydäninfarktiin vuosittain noin 25 000 henkilöä. Tutkimuksen mukaan noin 62 % potilaista haluaa osallistua liikunnalliseen kuntoutukseen. Tämä tarkoittaisi vuosittain noin 15,5 miljoonan euron säästöä terveydenhuollon kuluissa.

Huom! Pelissä Investointi ja säästö on laskettu 500 000 € investoinnin mukaan. Laskelma perustuu hieman yli 1300 sydänkuntoutukseen osallistuneen tuottamiin säästöihin.

Lähteet:

- Economic evaluation of exercise-based cardiac rehabilitation in patients with a recent acute coronary syndrome. Revised version submitted to Scand J Med Sci Sports 2016
- Liikunnallinen sydänkuntoutus vähentää terveydenhuollon kustannuksia ja uusia vakavia sydäntapahtumia: 12 kuukauden seuranta. Liikunta & Tiede; 5: 47-48, 2015
- Dosentti Arto Hautalan haastattelu 7.6.2016



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.




Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

CASE SYDÄNMERKKI-ATERIAT

Terveellisen ruoan ei tarvitse maksaa enempää – päinvastoin



1 gramma vähemmän suolaa.



Säästö vuodessa jopa **26 miljoonaa €**

CASE SYDÄNMERKKI-ATERIAT: Terveellisen ruoan ei tarvitse maksaa enempää – päinvastoin

Kunta voi edistää väestön terveyttä helposti tarjoamalla ateriapalveluissa terveellistä, suomalaisiin ravitsemussuosituksiin perustuvaa ruokaa. Esimerkiksi kouluaterioita nauttii päivittäin lähes miljoona suomalaista.

Sydänmerkki-ateriat helpottavat ruokailijaa terveellisen aterian valitsemisessa ja ruokapalveluita ravitsemussuositusten mukaisen ruoan valmistamisessa. Kun ateria täyttää Sydänmerkki-kriteerit, siinä on suolaa, rasvaa ja tyydyttynyttä rasvaa suositusten rajoissa.

Sydänmerkki-aterioita tarjotaan jo noin 250 ravintolassa. Mukana on erityisesti julkisen puolen toimijoita, esimerkiksi kuntia ja sairaanhoitopiirejä.

Panostaminen terveelliseen ruokaan on kunnalle hyvä ja vaikuttava investointi, joka edistää kaikenikäisten kuntalaisten terveyttä ja työkykyä. Terveelliset ateriat tukevat hyvien ruokailutottumusten syntymistä ja parhaimmillaan malli hyvästä ruokailusta siirtyy myös kotiin.



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivolliton, Diabetesliton ja Sydänliton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

Kustannukset:

Sydänmerkki-ateriat eivät tule Sydänliiton selvityksen mukaan kunnille vaihtoehtoista joukkoruokailua kalliimmiksi. Merkin käytöstä maksetaan vuosittain pieni käyttöoikeusmaksu.

Säästöt:

Säästöjä saadaan esimerkiksi suolan määrän vähentämisestä. On arvioitu, että Sydänmerkki-ateria sisältää 1-2 grammaa vähemmän suolaa.

Jos koko Suomen väestö vähentäisi suolan saantia 1 gramman päivässä, säästö terveydenhuollon menoissa olisi 51-87 miljoonaa euroa vuodessa. THL:ssä on laskettu, että jos suolaa käytettäisiin koko väestössä kaksi grammaa vähemmän päivässä, vähentyisi uusien sydäninfarktien määrä vuodessa jopa 1080:llä ja aivoverenkiertohäiriöt 690:llä. Tämä suolan vähennys säästäisi terveydenhuollon kuluissa 200 miljoonaa euroa vuodessa ja lisäisi terveitä elinvuosia 5000 vuodessa.

Joukkoruokailun kautta voidaan vaikuttaa vain osaan väestöstä. ”Joukkoruokailulla on tärkeä merkitys suomalaisten ravitsemuksessa, 30–50 % työssäkäyvistä tai opiskelevista syö lounaan henkilöstöravintolassa.” (Kiiskinen ym., 2008) Laskennallisesti sydänmerkkijoukkoruokailun vaikutus väestön aterioista saatavaan suolan määrään on siis parhaimmillaan 30–50 %. Suolansaannin 1 g päiväannoksen pudotus 30 % väestössä tarkoittaisi optimistisempien arvioiden (87 M€) valossa noin 26 miljoonan euron vuotuista säästöä terveismenoihin.

Lähteet:

- Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. NEJM 2010; 362: 590-9.
- dosentti Antti Julan esitys THL:n seminaarissa Suola – Näkymätön vaara 8.2.2011
- Sydänliiton tuotepäällikkö Mari Ollin haastattelu 25.5. ja sähköposti 15.12.2016
- <http://ammattilaiset.sydanmerkki.fi/ammattikeittiot>
- Kiiskinen ym., Terveyden edistämisen mahdollisuudet – Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus, STM, 2008



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoalliton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE VANHUSPALVELUT: Enemmän lääkäreitä, vähemmän toiminnan kuluja

Vaasan kaupunki ulkoisti hoivakotiensa lääkäripalvelut lääkäriyhtiölle, jonka palvelu perustui hoivakotien kaikkien asukkaiden alkukartoitukseen ja sen pohjalta tehtävään hoitosuunnitelmaan. Hoidon toteuttamisen tukena on 24/7 toimiva lääkäripäivystys, johon hoitaja saa videoneuvotteluyhteyden jokaisesta hoivakodissa. Etälääkärimallilla pyritään tukemaan hoivakodin työntekijöitä, jotta he kykenevät pitämään asiakkaat hoitotasapainossa ja välttämään tarpeetonta terveystalouden käyttöä. Näin ollen lääkäreitä oli käytössä enemmän, mutta säästöä saatiin sillä, että vanhusten hoito pystyttiin toteuttamaan entistä useammin hoivakodissa.

Säästöt:

Ulkoistaessaan hoivakotiensa lääkäripalvelut, nousivat kiinteät kulut kymmenkertaisiksi 31 349 eurosta 321 844 euroon. Samalla kuitenkin toiminnan yleiset kustannusvaikutukset laskivat 1 924 274 eurosta 1 086 032 euroon. Näin ollen 11 kuukauden aikana säästöä syntyi 547 747 euroa. Yhteensä kustannukset laskivat siis 28 prosenttia.



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoiliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystaloudet edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

Satsauksen ansiosta vanhusten hoitopäivät kaupunginsairaalassa ja keskussairaalassa vähenivät 40 prosenttia. Myös päivystyskäynnit ja ambulanssikyydit vähenivät puolella aiemmasta. Samalla henkilökunnan työtyytyväisyys parani.

Huom! Pelissä Investointi ja säästö on laskettu 200 000 € investoinnin mukaan. Näin ollen sekä kulut että tuotot ovat noin 70% Vaasan esimerkin mukaisista.

Lähteet:

- JYVÄ. Parempaa yksityisen ja julkisen yhteistyötä terveydenhuoltoon. Raportti.
https://jyvahanke.files.wordpress.com/2016/03/jyvc3a4raportti_2016.pdf
- YLE 2015: Vaasa säästi puoli miljoonaa lisäämällä vanhuspalveluita.
http://yle.fi/uutiset/vaasa_saasti_puoli_miljoonaa_lisaamalla_vanhuspalveluita/8003276



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivolliton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi



CASE YLIPAINO: Seinäjoki käänsi lasten ylipainon laskuun

Seinäjoen kaupunki on saanut hyviä tuloksia vuonna 2013 käynnistetystä Lihavuus laskuun -ohjelmasta, jolla pyritään ehkäisemään erityisesti lasten ja nuorten ylipainoa. Tavoitteena on, että entistä harvemmassa lapsesta ja nuoresta kasvaa ylipainoinen aikuinen.

Ohjelmassa ovat mukana niin kaupungin johto, sosiaali- ja terveyspalvelut, liikuntapalvelut kuin tekniikkakeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen huomioidaan kaikessa kunta- ja aluetason strategisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Lapset ja perheet saavat yksilöllistä neuvontaa, ja lasten kasvua ja kehitystä seurataan säännöllisesti neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä suun terveydenhuollossa. Käytössä on Sydänliiton kehittämä Neuvokas perhe -malli, jossa tuetaan perheen myönteistä kehitystä elintavoissa ja keskitytään onnistumisiin.

Hyviä tuloksia tukevat koulujen Liikkuva koulu -toimintamalli sekä koulujen ja päiväkotien terveellinen lounasruoka, joka sai Sydänliiton Sydänmerkin vuonna 2015. Lisäksi koulujen ja päiväkotien piha-alueet rakennetaan liikkumiseen kannustaviksi.



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

Kun vuonna 2011 Seinäjoen ensimmäisen luokan oppilaista 14 prosenttia oli ylipainoisia, vuonna 2015 määrä oli laskenut 8,7 prosenttiin.

Kustannukset:

Seinäjoen kaupunki toteuttaa Lihavuus laskuun -ohjelmaa ilman lisärahoitusta tai -resursseja osana jokaisen toimialan perustyötä ja vuotuista budjettia.

Säästöt:

Ylipaino on kansallinen ongelma Suomessa. Se lisää sairastavuutta mm. tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä useisiin syöpiin.

Ylipainoisten henkilöiden terveystenonjen on arvioitu olevan noin 25 % korkeammat kuin normaalipainoisten. Ohjelmasta on siis luvassa säästöjä kaupungin terveystenoihin pitemmällä aikavälillä.

Huomioitavaa:

Pääosa seurantatiedoista on kerätty potilastietojärjestelmistä. Osa tiedoista on hankittu kansallisista kyselyistä, esim. kouluterveyskysely ja osa on koottu omana tiedonkeräyksenä, kuten kaupungin toimialoille tehdyillä kyselyillä.

Lähteet:

- Lihavuus laskuun -ohjelma 2013-2020, Seinäjoen kaupunki
<http://www.neuvokasperhe.fi/ammattilaiset>
<http://www.liikkuvakoulu.fi/>
<http://ammattilaiset.sydanmerkki.fi/>



Yksi elämä
Nautitaan päivittäin.



Yksi elämän tavoitteena on terveempi Suomi. Aivoliiton, Diabetesliiton ja Sydänliiton yhteiset terveystalkoot edistävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia läpi elämän. www.yksielama.fi

