

Pohjois-Savon hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon ja yliopistollisen sairaalan toiminnan ja tehokkuuden arvioinnin loppuraportti

NHG:n ulkoisen arvioinnin loppuraportti

Toimitettu: 31.1.2025



Sisällysluettelo

- 1) Uudistamisohjelman arvioinnin tausta ja tarve
- 2) Erityis- ja sairaalapalveluiden nykytilanne ja muutosajurit
- 3) Yhteenvedo muutosten taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista
- 4) Liitteet 1 – 3: Toimenpidekohtaiset laskentaperiaatteet
 - Avoterveydenhuollon poliklinikkatoiminta
 - Tutkimus ja opetus
 - Operatiivinen toiminta ja invasiiviset toimenpiteet
 - Päivystys- ja akuuttitoiminta

Uudistamisohjelman arvioinnin tausta ja tarve

R4-uudistamisohjelman tavoitteena on alentaa erityis- ja sairaala-palveluiden vuosittaista kustannustasoa 20-25 miljoonalla eurolla

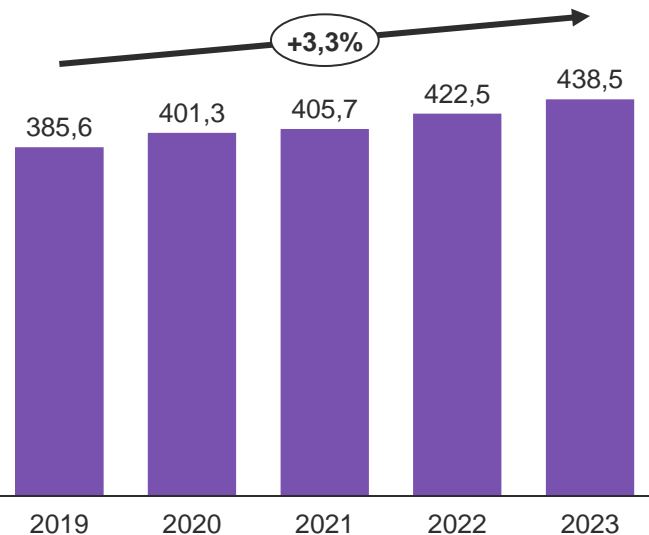
Palveluiden järjestämistä ja toteuttamistapoja arvioidaan mm. väestön palvelutarpeen ja kokonaishyödyn kannalta

- **(R4) erikoissairaanhoidon ja yliopistollisen sairaalan uudistukselle on asetettu tavoitteeksi alentaa vuosittaisia nettokustannuksia 20-25 miljoonalla eurolla vuoteen 2028 - 2030 mennessä**
 - Vastaa nykytasoon nähden ~5,5 % erikoissairaanhoidon (ESH:n) 2023 nettokustannuksista
 - Uudistusten toimeenpanoa ja säästöjen saavuttamista ohjaavat Pohjois-Savon hyvinvointialueen strategia, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategia ja jo tehdyt aluevaltuuston päätökset palvelujärjestelmän uudistamisesta (R1-R3)
 - Hyvinvointialueen strategian sekä sote-palvelustrategian mukaan keskitetyt erityistason palvelupisteet sijaitsevat Iisalmessa, Varkaudessa ja Kuopiossa. Erityisen vaativat sairaanhoidon palvelut toteutetaan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS)
 - Muutoksien vaikutus riippuu myös välillisesti muiden kokonaisuuksien toimeenpanosta (esim. R2 osastohoito, R5 Mielenterveys- ja päihdepalvelut)
- **Kustannussäästöt tulee saavuttaa haastavassa toimintaympäristössä, jossa samanaikaisesti**
 - Palvelutarve kasvaa ja erikoissairaanhoidon jonoja tulisi purkaa
 - Lainanottovaltuus ja tuottavuusinvestointien mahdollisuudet ovat rajalliset
 - Sairaaloiden tulevaan työnjakoon yhteistoiminta-alueella liittyy epävarmuuksia
- **Toiminnan tuottavuuden parantuminen on edellytys säästöille, mutta ei tuo suoraan säästöjä**
 - Selvitystyössä tunnistetut keinot tähtäävät pääosin toiminnan ja tilojen tehokkuuden parantamiseen
 - ”Viivan alle” jäävät säästöt syntyvät lyhyellä aikavälillä vasta, kun kustannuseriä saadaan vähennettyä absoluuttisesti tai hidastettua suhteessa rahoituksen kasvuun
 - Pidemmällä aikavälillä voidaan palvella enemmän asiakkaita lisäämättä henkilöstöä ja tiloja sekä vähentäen ostojen määrää

Kustannussäästöjen saavuttaminen nykyisessä toimintaympäristössä on haastavaa lyhyellä aikavälillä ja vaatii vahvaa toimeenpanoa

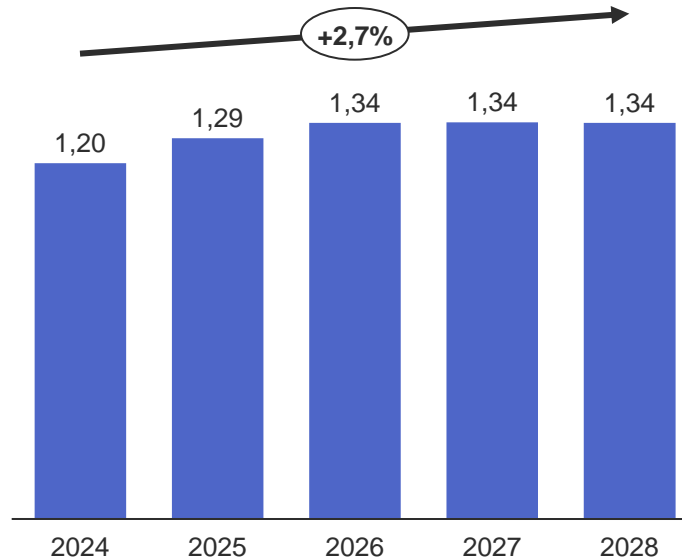
Historiallisesti ESH:n kustannukset ovat kasvaneet 3,3% (13,2 milj. €) vuodessa...

THL: erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset 2019-2023, milj. €



... HVA:n rahoitus kasvaa 2,7% eli suhteellisesti ESH:n historiallista kustannuskasvua hitaammin...

Hyvinvointialueen rahoituksen painelaskelma vuosina 2024-2028, mrd. €



... samanaikaisesti toimintaympäristö kustannussäästöjen saavuttamiseksi on haastava

- Suhteellisesti paljon erikoissairaanhoidon palveluita käyttävän +75v väestön määrä kasvaa keskimäärin ~3% vuosina 2024-2028
- Yli puoli vuotta kiireetöntä erikoissairaanhoidoa odottaneiden osuus on maan suurin (~30%)
- Valvira määrää saattamaan kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsyn lainmukaiseksi viimeistään 31.3.2025
- Taloustilanne on jo entisestään tiukka ja uusien tuottavuusinvestointien mahdollisuudet rajalliset

Kustannussäästöjen saavuttaminen nykyisessä toimintaympäristössä vaatii vahvaa toimeenpanoa sekä toimintatapojen muutosta suhteessa historialliseen kehitykseen

THL-vertailun näkökulmasta kustannuksissa on tuottavuuspotentiaalia, vaikka episodi- ja hoitajaksotuottavuus ovatkin olleet hyvällä tasolla

Pohjois-Savossa on väestöön suhteutettuna keskimääräistä korkeammat somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset...

...toisaalta sairaaloiden tuottavuuden tunnuslukujen mukaan Pohjois-Savon episodi- ja hoitajaksotuottavuus ovat olleet hyvällä tasolla

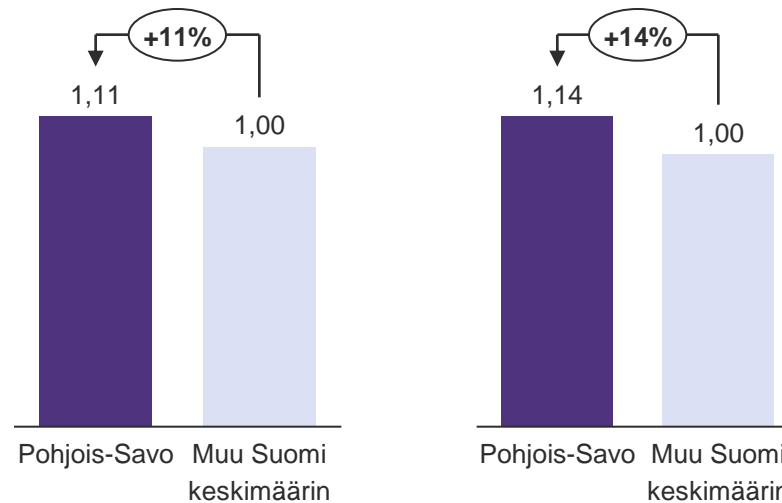
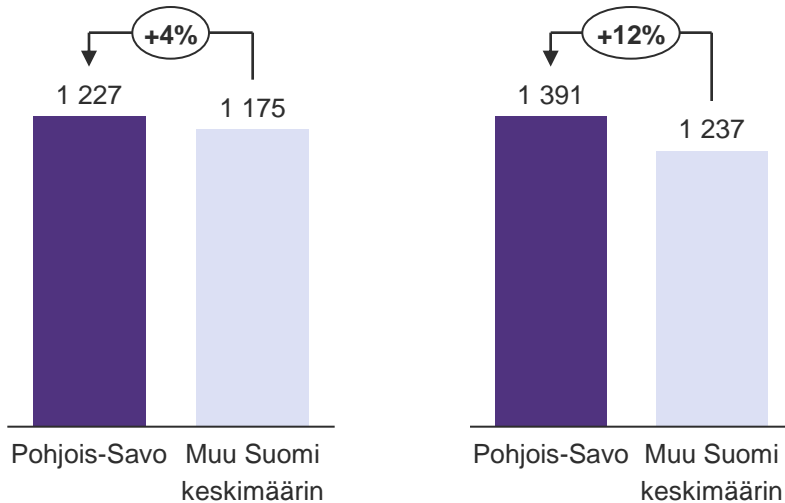
Muut huomiot

ESH:n nettokäyttökustannukset 2023, € per asukas

ESH:n tarvevakioidut kustannukset 2023, € per asukas

Episodituottavuus 2023

Hoitajaksotuottavuus 2023



~13 M€

~38 M€

- Kustannuksissa tuottavuuspotentiaalia väestömäärään suhteutettuna

- Tuotos / tekijä saattaa olla tuloksesta huolimatta matalampi
- Huomioitavaa on, että kaikkien alueiden tulisi myös pyrkiä parantamaan tuottavuuttaan

- NHG:n Varhalle keväällä 2024 tekemässä sairaansija-selvityksessä ilmeni, että Pohjois-Savossa oli eniten osastotoimintaa ja ikääntyneiden paikkoja suhteessa väestöön ja 75-vuotiaisiin
- ESH:n osastopaikkojen maksimikapasiteetti oli Varhaa ja Pirkanmaata korkeampi, mutta käytössä ollut kapasiteetti oli lievästi verrokkeja alaisempi
- **Keväällä tehty päätös vähentää ESH:n osastopaikkojen määrää on NHG:n näkemyksen mukaan ollut oikea päätös**
- Muutokseen läpivienti edellyttää kuitenkin vielä toimenpiteitä oman toiminnan kehittämisen osalta (esim. sisätautien ja päivystysosaston toiminnassa)

Erityis- ja sairaalapalveluiden nykytilanne ja muutosajurit

Sairaalapalveluiden päätoimipiste on Kuopion yliopistollinen sairaala – Erityispalveluita tarjotaan myös Iisalmessa ja Varkaudessa

Erityis- ja sairaalapalveluiden palveluverkko ja toimipisteet Pohjois-Savon hyvinvointialueella

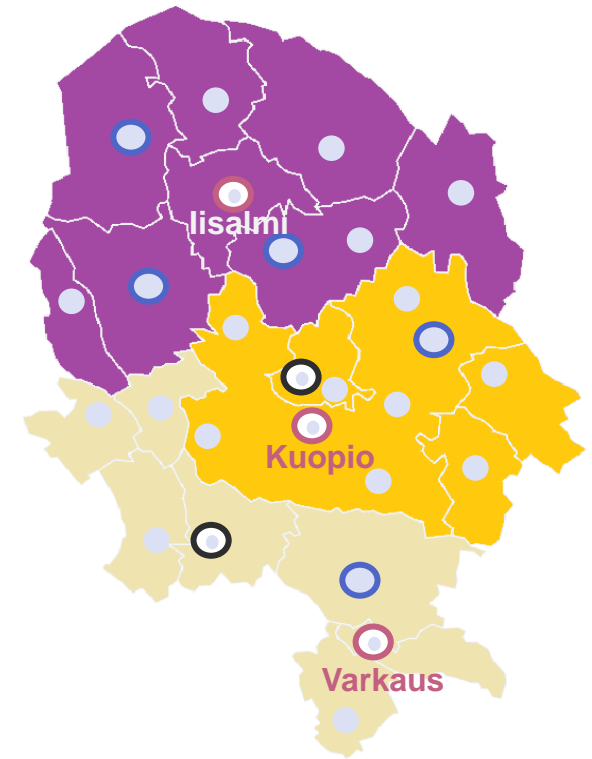
- ESH toiminnan **päätoimipisteet** ovat:
 - Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS)
 - Kampus Pulssi Iisalmessa
 - AALTO Hyvinvointikeskus Varkaudessa (Poliklinikka, osasto- ja leikkaustoiminta)
- Perusterveydenhuollon (PTH) palvelupisteet joissa tarjotaan **erikoissairaanhoidon (ESH:n) poliklinikkapalveluita (pkl)**
 - Kampus Terveys Iisalmessa
 - AALTO Hyvinvointikeskus Varkaudessa
- PTH-palvelupisteet joissa tarjotaan **ESH:n leikkaustoimintaa**
 - Kampus Pulssi Iisalmessa
 - AALTO Hyvinvointikeskus Varkaudessa

- **Lähipalvelupisteissä** huolehdimme arkesi turvaamisesta matalan kynnyksen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon keinoin.*
- **Seutu- ja aluepalvelupisteissä** tarjoamme lisäksi palveluita, jotka ovat keskitetympin saatavilla alueen asukkaille. Jokainen seutu- ja aluepalvelupiste on myös lähipalvelupiste.*
- **Keskitettyinä palveluina** tarjoamme niitä palveluita, jotka vaativat erityistä laitteistoa, tiloja tai ammattiosaamista.*

Kotiin annettavat palvelut ovat enenevässä määrin etäyhteydellä ja puhelimitse tuotettavia palveluita. Jos palvelu ei ole sellaisenaan riittävä tai mahdollinen, tuotetaan palvelut kotikäyntinä.

Digitaalisia palveluita kehitämme jatkuvasti. Ne mahdollistavat palveluiden saavutettavuuden koko alueella.

*Palvelustrategia. Saatavilla:
https://pshyvinvointialue.fi/documents/594193/719483/Pohjois-Savon_hyvinvointialue_Sote-palvelustrategia.pdf/cc9d1b4c-fdc7-c3cb-a375-ae72ddbd201c?t=1692350884295



Havainnollistava

ESH:n nettokustannukset vuonna 2023 olivat yhteensä ~300 milj. €, joista R4 kokonaisuus kattaa ~210 milj. €

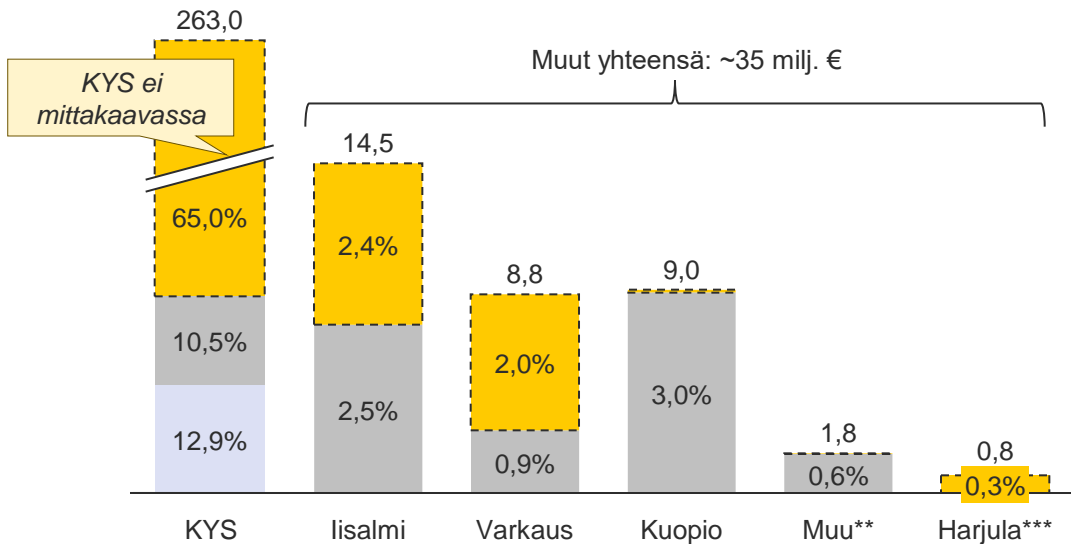
ESH:n bruttokustannukset olivat vuonna 2023 ~420 milj. €, joista henkilöstökulut ~51 %

ESH:n nettokustannukset vuonna 2023 olivat yhteensä ~300 milj. €, joista 88 % kohdistui KYS:iin

Toiminnoittain tarkasteltuna R4 kokonaisuus kattaa nettokustannuksista suoraan ~210 milj. €, kun osastotoimintaa ja psykiatria ei huomioida

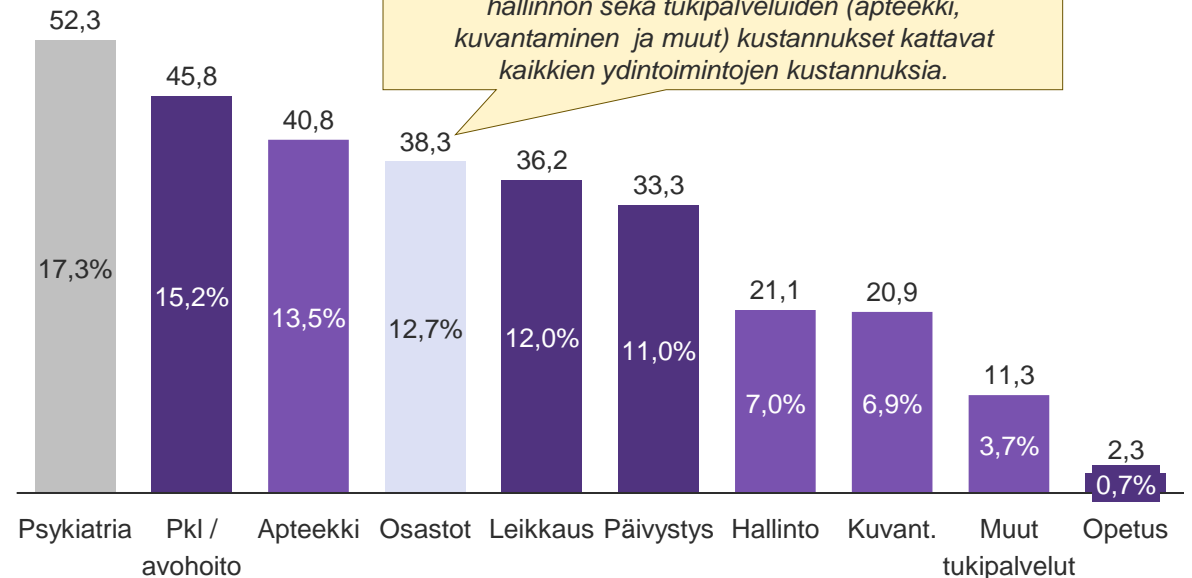
Toimipisteittäin

R4 kokonaisuus* Psykiatria Osastot



Toiminnoittain (NHG:n luokittelu)

Osastot ja psykiatria eivät ole suoraan osana R4, ja hallinnon sekä tukipalveluiden (apteekki, kuvantaminen ja muut) kustannukset kattavat kaikkien ydintoimintojen kustannuksia.



ESH:n bruttokustannukset vuonna 2023 olivat ~420 milj. €, joista henkilöstökulut ~51 %, palveluiden ostot ~26 % ja loput kulut ~23 %

Kehitystoimenpiteet ja niiden tuottavuusmekanismit määriteltiin syksyn 2024 aikana hankkeen alatyöryhmissä

Läpileikkaavana teemana tunnistettiin tietojohtamisen ja käytössä olevan tietopohjan kehittämistarve

Yhteenveto tunnistetuista kehityskohteista toiminnan tuottavuuden ja kustannustehokkuuden lisäämiseksi

Avohoito	Leikkaustoiminta	Päivystys ja akuutti	Muut
<p>Hoitoon ohjautumisen ja lähetemäärien vähentäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Konsultaatiomallin vahvistaminen & systematisointi PTH-ESH integraation vahvistamiseksi <p>Hoidon keventäminen ja hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen sekä jonon purku</p> <ul style="list-style-type: none"> Digihoitopolun laajentaminen ja fyysisten käyntien korvaaminen etäyhteyksin, mm. leikkaushoitoon liittyvissä pre- ja post-operatiivisissa vaiheissa ESH:n uusintakäyntien määrän vähentäminen / hoitovastuun siirto ketterämmin takaisin PTH:lle Toimenpiteellisten polikäyntien lisääminen <p>Toiminnan tehostaminen ja työtehtävien uudelleen järjestelyt</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoitotyön uudelleen organisointi ja päällekkäisen työn minimointi hoitoketjujen rajapinnoissa Koulutus- ja opetusvelvollisuuden toteuttaminen nykyistä tehokkaammin <p>Tilatehokkuuden lisääminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Käyttöasteen nostaminen 65 % → 85 % tilojen yhteiskäyttöisyyttä lisäämällä 	<p>Leikkausjonojen purku ja ostopalveluista luopuminen tuottavuuden parantamisen kautta</p> <ul style="list-style-type: none"> Lyhytjälkihoitoista kirurgiaa (LYHKI) tulisi lisätä nykyisestä sekä siirtää osa leikkaussaliyksikön toimenpiteistä poliklinikoiden yhteyteen. Muutokset vapauttavat osastotarvetta sekä myös leikkaussalikapasiteettia, mahdollistaen jonojen lyhentämisen sekä LYHKI- että raskaamman kirurgian osalta ja kotiuttaen näin ostoihin meneviä euroja. Perioperatiivista toimintaa tulisi tehostaa ja lisätä päiväkohtaisia toimenpidemääriä sekä vähentää ylitöitä. Muutokset näkyvät ennen kaikkea ylityökorvausten vähenemisen lisäksi jonojen lyhentymisenä ja tätä kautta ulkohyvinvointialueostojen vähenemisenä. <p>Aine-, materiaali- ja laitehankintojen suunniteltujen prosessien käyttöönotto</p> <ul style="list-style-type: none"> Yhteistyön tiivistys hankintapalveluiden ja leikkaustoiminnan välillä. Sopimuksettomien ostojen osuuden pienentäminen. 	<p>Muutosten johtamisen, toimeenpanon ja kustannustietoisuuden tukeminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Päivystyksen johtamismalli ja organisoituminen – vastuiden ja päätöksenteon selkeyttäminen Työnjohdollinen vastuu päivystykseen <p>Resursoinnin keventäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Erikoisalapäivystyksen tarvelähtöinen resursointi lakisääteiset velvoitteet huomioiden sekä periaatteiden yhdenmukaistaminen. <p>Hoidon kohdentaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Ikääntyneen päivystyspotilaan hoidon haltuunotto – <i>ennen, aikana ja jälkeen päivystyksen</i> Päivystysosaston vapauttaminen päivystyspotilaille – <i>sisätautiset kuormittaa, ka 3 vrk, ketjureaktio (ikäntyneet, PTH)</i> <p>Hoidon kohdentaminen ja työnjaon selkeyttäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Päivystys vs. kiirevastaanotto – <i>hoidontarpeenarvointi, ohjaus ja resursointi (mm. päivystysvelvoite)</i> lisalmeen ja Varkauteen jäävän toiminnan suunnittelu ja mitoitus tarveperusteisesti yöpäivystyksen päättyessä vuonna 2026 	<p>Tutkimus ja opetus</p> <ul style="list-style-type: none"> Opetusvastaanotto 2.0 avulla lisätään opiskelijoiden kytköstä PSHVA:seen ja klinisiä valmiuksia ennen ensimmäisiä oman alan kesätöitä. Samalla saadaan lisättyä potilasvolyyymiä vastaanotoilla suhteessa erikoislääkäriresurssiin. Kliinisiin lääketutkimuksiin sekä PSHVA:een tietojohtamiseen panostamalla varmistetaan yliopistosairaalaroolin pysyvyys sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen kyvykkyys. <p>Läpileikkaavat ja linkittyvät teemat</p> <ul style="list-style-type: none"> Tietojohtamisen kehittäminen nopean ja luotettavaan tietoon pohjautuvan päätöksenteon mahdollistamiseksi Toiminnan keskittäminen ainakin osittain myös ESH:n osalta henkilöstön osaamisen ja saatavuuden turvaamiseksi sekä ylimääräisten kuluerien karsimiseksi ESH:n organisoitumis- / johtamismallin kevyt uudistaminen – <i>tukipalveluiden sijoittuminen, palveluyksiköiden vastuunjako</i> Osastotoiminnan keventäminen ja liikkuvan sairaalatoiminnan kehittäminen + tarpeiden huomiointi konsultaatiomallin kehittämisessä

Yhteenveto muutosten taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista

Muutosten arviointi perustuu kolmeen skenaarioon, jotka eroavat toisistaan erityisesti seutupalveluiden osalta

Skenaario 1 kuvastaa toimipisteiden näkökulmasta laajinta näkökulmaa, jossa säästö syntyy toimintojen kehittämisen osalta. Skenaario 3 kuvastaa taas tiivistä toimintaa ESH-seutupalvelujen osalta.

Huom! Skenaariossa 3 tulee ottaa huomioon palvelustrategia.

Osa-alueet	Skenaario 1: Maltillinen tuottavuuskehitys ja vähäiset muutokset seutupalveluissa	Skenaario 2: Vahva tuottavuuskehitys ja toimintoja keskitetty toimipisteiden välillä	Skenaario 3: Vahva tuottavuuskehitys ja seutupalveluiden merkittävä karsiminen
1. Avohoito	<p>Iisalmen ja Varkauden toimipisteissä jatketaan TA25 käyttösuunnitelman mukaisella toiminnalla.</p> <p>Tehostamistoimenpiteillä saavutettavat säästöt KYS:ssä tilatehokkuuden parantamisen, lähete- ja konsultaatioprosessien, sekä digihoitopolun kehittämisen kautta. KYS:n hoitohenkilöstön työtehtävien priorisoinnin ja uudelleenkohdentamisen potentiaalista onnistutaan realisoimaan varovaisemman 50%:n verran. Iisalmen ja Varkauden hoitohenkilöstöstä vähennetään 20%:a, jolloin heidän työpanostaan voidaan kohdentaa muihin terveydenhuollon avoimiin tehtäviin. Säästöjä pyritään ensisijaisesti toteuttamaan sijaisten, määräaikaisten ja ostopalveluiden vähentämisen kautta.</p>	<p>Lisäksi: Iisalmen ja Varkauden toimipisteissä hoidon painopiste siirretään niille erikoisaloille, joilla paljon toistuvia käyntejä – muilta erikoisaloilta toimintaa siirretään KYS:iin (tarkempi analyysi aluevaltuuston päätöksenteon jälkeisen toimeenpanon aikana). KYS:n tunnistetusta hoitotyön työtehtävien priorisoinnin ja uudelleenkohdentamisen potentiaalista realisoidaan 100%:a. Iisalmen ja Varkauden hoitohenkilöstöstä vähennetään 40%:a skenaarion 1 uudelleenorganisoinnin periaatteita noudattaen. Lääkäreiden matkakulukorvaukset seutupisteisiin vähenevät 20%:a.</p>	<p>Lisäksi: ESH-avohoidon kivijalkapalvelut keskitetään Kuopion kampukselle. Iisalmen ja Varkauden toimipisteissä jatketaan välttämättömiä toimintoja, kuten dialyysi, muuten painopiste etäkonsultaatioissa ja digipalveluissa. Keskitämisen myötä toimipisteiden hoitohenkilöstöstä vähennetään ~80%:a skenaarion 1 uudelleenorganisoinnin periaatteita noudattaen. Lääkäreiden matkakulukorvaukset seutupisteisiin vähenevät ~90%:a. <i>Tilanäkökulmasta optiona, että osa Kuopion pääterveysaseman toiminnasta siirretään KYS:n vapautuviin tiloihin (tätä ei ole huomioitu kustannuslaskennassa.)</i></p>
2. Operatiivinen toiminta ja invasiiviset toimenpiteet	<p>Tehostamistoimenpiteillä saavutettavat säästöt erityisesti ulko hyvinvointialueostojen kotiuttamisen, lyhytjälkihoitoisen kirurgian lisäämisen ja leikkaustoiminnan hankintojen kehittämisen kautta.</p>	<p>Lisäksi: Toimenpidekirurgiaa toteutetaan kolmessa toimipisteessä huomioiden investoinnit ja osaaminen toimenpideryhmittäin. Valtakunnallisten linjausten mukaisesti vaativa kirurgia toteutetaan Kuopiossa. Lääkäripalkkioissa säästetään, kun lääkärin liikkuminen ei ole tarkoituksenmukaista.</p>	<p>Lisäksi: Leikkaustoiminta tiivistyy Kuopion kampukselle tilatarpeen ja toiminnan tehostumisen sen mahdollistaessa ja huomioiden laajemman YTA-yhteistyön tuoman kysynnän.</p>
3. Päivystys¹ ja akuutti	<p>Iisalmen ja Varkauden yöpäivystykset päättyvät hallituksen päätöksen mukaisesti, mutta yöaikainen lääkäriresurssi jää muun toiminnan tueksi, esim. vuodeosastot.</p>	<p>Lisäksi: Iisalmen ja Varkauden yöpäivystyksen päättymisen myötä yöaikainen vuodeosastotoiminta toimii hoitajavetoisena ja tarvittaessa lääkärikonsultaation tuella. Päivä-, ilta ja viikonloppuaikainen päivystystoiminta keskitetään Kuopioon, Iisalmeen ja Varkauteen.</p>	<p>Lisäksi: Iisalmissa ja Varkaudessa jatkuu kiirevastaanotto toiminta, mutta kaikki päivystystoiminta keskitetään Kuopion kampukselle, jolloin Varkauden ja Iisalmen päivystysresursseista luovutaan.</p>
4. Tutkimus ja opetus	<p>Opetusvastaanotto 2.0 kautta saavutettavissa olevat säästöt PTH-avovastaanotto toiminnan koulutustoiminnan laajenemisen ja kehittymisen kautta. Mekanismeina alentuvat palkkakustannukset vastaavaan toimintaan nähden opetusvastaanottojen ulkopuolella sekä ESH-lähetteen käsittelyyn liittyvä säästö.</p>		

1) Tässä raportissa ja skenaarioissa päivystys käsittää alle 24 tunnissa toteutettavan päivystyksellisen hoidon. Tarkastelun ulkopuolella on alle 3 vrk sisällä tehtävä kiirevastaanotto toiminta, jota sotekeskuksissa voidaan toteuttaa kaikissa skenaarioissa. Lähde: NHG-analyysi

NHG:n alustavan arvion mukaan 20-25 M€ säästötavoitteen saavuttaminen edellyttää laajoja toimenpiteitä

Vaikka kaikilla suunnitelluilla toimenpiteillä ei ole suoraa kustannusvaikutusta, ei se tarkoita, ettei niitä kannattaisi edistää

Alustava arvio toimenpiteiden kustannusvaikutuksista

Huom! Skenaariossa 3 tulee ottaa huomioon palvelustrategia.

Osa-alueet	Skenaario 1: Maltillinen tuottavuuskehitys ja vähäiset muutokset seutupalveluissa	Skenaario 2: Vahva tuottavuuskehitys ja toimintoja keskitetty toimipisteiden välillä	Skenaario 3: Vahva tuottavuuskehitys ja seutupalveluiden merkittävä karsiminen
YHTEENVETO	€	€	€
1. Avohoito	-6,9 M€	-10,9 M€	-13,9 M€
2. Operatiivinen toiminta ja invasiiviset toimenpiteet	-4,0-5,1 M€	-4,2-5,3 M€	-4,8-5,9 M€ ¹
3. Päivystys ja akuutti	-1,9 M€	-3,0 M€	-6,5 M€
4. Tutkimus ja opetus	-1,6 M€ ²	-1,6 M€ ²	-1,6 M€ ²
YHTEENSÄ	14,4-15,5 M€	19,7-20,8 M€	26,8-27,9 M€

Muutosten toimeenpano ajoittuu vuosille 2026-2028. Osa skenaarion 3 muutoksista toteutuisi vasta vuosina 2029-2030. Analyysit ja laskelmat tarkentuvat keväällä 2025 jatkotyöskentelyn ja aluevaltuuston päätöksenteon jälkeisen toimeenpanon aikana.

Asteikko:	Ei merkittävää vaikutusta kuluihin	Kulut vähenee vähän (alle 500 t€ kertaluonteisesti)	Kulut vähenee hieman (alle 1 M€/v)	Kulut vähenee jonkin verran (1-5 Mt€/v)	Kulut vähenee merkittävästi (5-10 M€/v)	Kulut vähenee todella merkittävästi (yli 10 M€/v)
-----------	------------------------------------	---	------------------------------------	---	---	---

Avohoitotoiminnan kehittämissuunnitelman keskeinen säästöpotentiaali syntyy alustavasti neljän osakokonaisuuden avulla

Alustava arvio toimenpiteiden kustannusvaikutuksista

Huom! Skenaariossa 3 tulee ottaa huomioon palvelustrategia.

Osa-alueet:	Säästöpotentiaalin muodostuminen	Skenaario 1	Skenaario 2	Skenaario 3
1. Avohoito		€	€	€
Konsultaatiomalli & lähetteet	Skenaariot 1-3: Läheteiden määrää vähenee 10% toimintamallien tehostamisen myötä.	-0,6 M€	-0,6 M€	-0,6 M€
Digihoitopolku	Skenaariot 1-3: Leikkaushoitoa tukevat tai leikkaushoitoon liittyvät pre- ja post-operatiiviset käynnit vähenevät 10% digihoitopolun käyttöönoton myötä.	-0,6 M€	-0,6 M€	-0,6 M€
Tilatehokkuuden lisääminen	Skenaario 1: Iisalmen ja Varkauden toimipisteissä jatketaan TA25 käyttösuunnitelman mukaisella toiminnalla. KYS:n poliklinikkatilojen käyttöasteet nostetaan 85%:iin, jolloin sisäiset vuokratkustannukset pienenevät 29%:a. Skenaario 2: Iisalmen ja Varkauden toimipisteissä hoidon painopiste siirretään niille erikoisaloille, joilla paljon toistuvia käyntejä – muilta erikoisaloilta toimintaa siirretään KYS:iin ¹ . Skenaario 3: ESH-avohoidon kivijalkapalvelut keskitetään Kuopion kampukselle. Iisalmen ja Varkauden toimipisteissä jatketaan välttämättömiä toimintoja, kuten dialyysi, muuten painopiste etäkonsultaatioissa ja digipalveluissa.	-1,9 M€	-1,9 M€	-3,3 M€
Hoitotyön organisointi KYS:ssä ja seutupisteiden palveluiden keskittäminen	Skenaario 1: KYS:n hoitohenkilöstön työtehtävien priorisoinnin ja uudelleenkohdentamisen tunnistetusta potentiaalista onnistutaan realisoimaan toimeenpanossa ainoastaan 50%:a. Iisalmen ja Varkauden hoitohenkilöstöstä vähennetään 20%:a, jolloin heidän työpanostaan voidaan kohdentaa muihin terveydenhuollon avoimiin tehtäviin. Säästöjä pyritään ensisijaisesti toteuttamaan sijaisten, määräaikaisten ja ostopalveluiden vähentämisen kautta. Skenaario 2: KYS:n hoitotyön organisoinnin potentiaalista realisoidaan 100%:a. Iisalmen ja Varkauden ESH:n hoitohenkilöstöä vähennetään 40%:a skenaarion 1 uudelleenorganisoinnin periaatteita noudattaen. Lääkäreiden matkakulukorvaukset seutupisteisiin vähenevät 20%:a. Skenaario 3: KYS:n hoitotyön organisoinnin potentiaalista realisoidaan 100%:a. Seutupisteiden hoitohenkilöstöstä vähennetään ~80%:a skenaarion 1 uudelleenorganisoinnin periaatteita noudattaen. Lääkäreiden matkakulukorvaukset seutupisteisiin vähenevät ~90%:a.	-3,8 M€	-7,8 M€	-9,4 M€
Yhteensä		-6,9 M€	-10,9 M€	-13,9 M€

Operatiivisen toiminnan kehittämissuunnitelman säästöpotentiaali syntyy toiminnan tehostamisessa ja hankinnoissa

Alustava arvio toimenpiteiden kustannusvaikutuksista

Huom! Skenaariossa 3 tulee ottaa huomioon palvelustrategia.

Osa-alueet:	Säästöpotentiaalın muodostuminen	Skenaario 1	Skenaario 2	Skenaario 3
2. Operatiivinen toiminta ja invasiiviset toimenpiteet		€	€	€
Ulkohyvinvointialueostot	Skenaariot 1-3: Valinnanvapauden kautta tukielinkirurgian ja synnytysten muilta hyvinvointialueilta ostetun toiminnan kotiuttaminen toiminnan tehostamisella ja oman jonotilanteen haltuunotolla.	-1,4-1,9 M€	-1,4-1,9 M€	-1,4-1,9 M€
Lyhyt jälkihoitoinen kirurgia	Skenaariot 1-3: Lyhyt jälkihoitoisen kirurgian lisääminen 23H-kirurgian, päiväkirurgisen prosessin ja polikliinisen kirurgian lisäämisen kautta. Säästöpotentiaali perustuu prosessimuutosten kautta vapautuvaan vuodeosastokapasiteettiin ja vähenevään henkilöstötarpeeseen.	-1,3-1,9 M€	-1,3-1,9 M€	-1,3-1,9 M€
Leikkaustoiminnan hankinnat	Skenaariot 1-3: Sopimuksettomien leikkaustoiminnan hankintojen tuominen sopimusten piiriin. Säästöpotentiaalista puolet (n. 0,5 M€) realisoitavissa jo 2025 aikana.	-1 M€	-1 M€	-1 M€
Rutiininomaisista tekonivelkontrolleista luopuminen	Skenaariot 1-3: Rutiininomaisista kuvantamisen sisältävistä tekonivelkontrolleista luopuminen kehittyvien hoitokäytäntöjen mukaisesti.	-0,3 M€	-0,3 M€	-0,3 M€ ¹
Leikkaustoiminnan palveluverkon uudelleenorganisointi	Skenaario 2: Toimenpidekirurgiaa toteutetaan kolmessa toimipisteessä huomioiden investoinnit ja osaaminen toimenpideryhmittäin. Valtakunnallisten linjausten mukaisesti vaativa kirurgia toteutetaan Kuopiossa. Lääkäripalkkioissa säästetään, kun lääkärin liikkuminen ei ole tarkoituksenmukaista. Skenaario 3: Leikkaustoiminta tiivistyy Kuopion kampukselle tilatarpeen ja toiminnan tehostumisen sen mahdollistaessa ja huomioiden laajemman YTA-yhteist tuoman kysynnän.	N/A	-0,2 M€ ²	-0,8 M€ ²
Yhteensä		-4,0-5,1 M€	-4,2-5,3 M€	4,8-5,9 M€

Asteikko:	Ei merkittävää vaikutusta kuluihin	Kulut vähenee vähän (alle 500 t€ kertaluonteisesti)	Kulut vähenee hieman (alle 1 M€/v)	Kulut vähenee jonkin verran (1-5 Mt€/v)	Kulut vähenee merkittävästi (5-10 M€/v)	Kulut vähenee todella merkittävästi (yli 10 M€/v)
------------------	------------------------------------	---	------------------------------------	---	---	---

Arvioit ovat alustavia, analyysit ja laskelmat tarkentuvat kevään 2025 jatkotyöskentelyn ja aluevaltuuston päätöksenteon jälkeisen toimeenpanon aikana. Merkittävä osa säästöistä realisoituu vasta vuosien 2025-26 jälkeen (esim. ulkohyvinvointialueostojen vähenemä, lyhyt jälkihoitoiseen kirurgiaan siirtymä).

Päivystystoiminnan kehittämissuunnitelman merkittävimmät säästöt syntyvät palveluverkkoa keskittämällä

Huom! Skenaariossa 3 tulee ottaa huomioon palvelustrategia.

Alustava arvio toimenpiteiden kustannusvaikutuksista

Osa-alueet:	Säästöpotentiaalin muodostuminen	Skenaario 1	Skenaario 2	Skenaario 3
3. Päivystys¹ ja akuutti		€	€	€
Ikääntyvien potilaiden POS-jaksojen tehostaminen ²	Skenaariot 1-3: Päivystysosaston jatkohoitoon ohjausta tehostetaan ja ikääntyneiden potilaiden POS-jaksojen kesto lyhennetään korkeintaan 24 tuntiin.	-0,65 M€	-0,65 M€	-0,65 M€
Ikääntyvien potilaiden vältettävissä olevat käynnit ²	Skenaariot 1-3: Supistetaan toteutuneet vältettävissä olevat päivystyskäynnit ja POS-jaksot ikääntyneiden potilaiden osalta puoleen.	-0,4 M€	-0,4 M€	-0,4 M€
POS-jaksojen tehostaminen ²	Skenaariot 1-3: Päivystysosaston jatkohoitoon ohjausta tehostetaan ja myös muiden kuin ikääntyneiden potilaiden POS-jaksojen kesto lyhennetään korkeintaan 24 tuntiin.	-0,2 M€	-0,2 M€	-0,2 M€
Päivystystoiminnan palveluverkon uudelleenorganisaatio	<p>Skenaario 1: Iisalmen ja Varkauden yöpäivystys päättyy hallituksen päätöksen mukaisesti – yöaikainen lääkäriresurssi jää muun toiminnan tueksi, esim. vuodeosastot.</p> <p>Skenaario 2: Iisalmen ja Varkauden yöpäivystys päättyy hallituksen päätöksen mukaisesti – yöaikainen vuodeosastotoiminta toteutetaan lääkärikonsultaatio- ja hoitajavetoisesti. Päivystystoiminta keskitetään Iisalmeen, Varkauteen ja Kuopioon.</p> <p>Skenaario 3: Iisalmissa ja Varkaudessa jatkuu kiirevastaanottotoiminta, mutta kaikki päivystystoiminta keskitetään Kuopion kampukselle, jolloin Varkauden ja Iisalmen päivystysresursseista luovutaan. Kiirevastaanoton vahvistaminen Iisalmissa ja Varkaudessa kasvattaa alueen kuluja arviolta 1,0 M€. Tätä ei kuitenkaan ole huomioitu skenaarion säästöluvuissa, sillä tarkkaa summaa ei voida vielä laskea.</p>	-0,6 M€	-1,7 M€	-5,2 M€
Yhteensä		-1,9 M€	-3,0 M€	-6,5 M€

Asteikko:

Ei merkittävää vaikutusta kuluihin

Kulut vähenee vähän (alle 500 t€ kertaluonteisesti)

Kulut vähenee hieman (alle 1 M€/v)

Kulut vähenee jonkin verran (1-5 Mt€/v)

Kulut vähenee merkittävästi (5-10 M€/v)

Kulut vähenee todella merkittävästi (yli 10 M€/v)

Arvioit ovat alustavia, analyysit ja laskelmat tarkentuvat kevään 2025 jatkotyöskentelyn ja aluevaltuuston päätöksenteon jälkeisen toimeenpanon aikana.

Tiedolla johtamisen tilanne on haastava johtuen useista tietojärjestelmistä, kirjauskäytäntöjen puutteista ja aineistojen laadun vaihtelusta

Nykyiset haasteet vaikuttavat suoraan analyysien luotettavuuteen ja päätöksenteon tukemiseen

NHG:n arvio lähtötietojen luotettavuudesta ja mahdollisista riskeistä

Keskeiset näkökulmat luotettavuuteen ja analyysien riskeihin ovat seuraavat:

Tietojärjestelmien hajanaisuus ja yhteismitattomuus

- Kolmen eri potilastietojärjestelmän käyttö johtaa tiedon epäyhtenäisyyteen ja vaikeuttaa kokonaiskuvan muodostamista. KYS:n järjestelmiä on käytetty analyyseissä ensisijaisena tietolähteenä sen parhaimman luotettavuuden ja kattavuuden vuoksi, mutta se voi vääristää alueellisia analyysejä. Tämä korostaa tiedon validoinnin ja eri lähteiden vertailun merkitystä.
- Pääallekkaiden järjestelmien käyttö lisää riskiä virheellisiin johtopäätöksiin ja päätöksenteon epäjohtamukseen, mikä voi heikentää toiminnan kehittämistä ja resurssien kohdentamista. Tiedon käytön osalta on erityisen haastavaa, että kaikilla ei ole yhtäläinen näkyvyys tiedon luotettavuuteen.

Kirjauskäytäntöjen puutteet

- Kirjaamattomuus tai kirjausten epäyhtenäisyys vaikuttaa erityisesti hoitotyön ja poliklinikoiden tietoihin, mikä puolestaan heijastuu ajanvaraus- ja käyntitietojen analysointiin. Tämä lisää riskiä, että analyysit eivät vastaa todellista toimintaa ja resurssien käyttöä. Analyyseissä tiedossa olleiden puutteiden vaikutuksia johtopäätöksiin on pyritty minimoimaan approksimoinnin avulla.
- Kirjauskäytäntöjen yhdenmukaistaminen ja selkeyttäminen on kriittistä, jotta tiedot olisivat vertailukelpoisia, ja jotta esimerkiksi maksutulot voidaan varmistaa laskutuksen oikeellisuuden kautta.

Analyyssien kompensointi ja validointi

- Käytössä olevat approksimoinnit ja vertailutietojen kerääminen ovat tärkeitä työkaluja epävarmuuksien hallinnassa. Toiminnan edustajien mukanaolo lähtötietojen validoinnissa parantaa analyysien luotettavuutta, mutta manuaalinen validointi on aikaa vievää eikä täysin poista lähtötietojen laadun vaihtelusta johtuvia ongelmia.
- Näiden kompensointimekanismien tehokkuus riippuu käytettävissä olevista resursseista ja tiedon laadusta, mikä korostaa uuden potilastietojärjestelmän käyttöönoton merkitystä.

Uuden tietojärjestelmän mahdollisuudet ja riskit

- Tuleva yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä tarjoaa merkittäviä mahdollisuuksia tietojen yhdenmukaistamiseen, tiedolla johtamisen kehittämiseen ja analyysien luotettavuuden parantamiseen.
- Järjestelmän käyttöönotto ei kuitenkaan automaattisesti ratkaise kaikkia ongelmia. Ilman riittävää henkilöstön koulutusta ja kirjauskäytäntöjen yhtenäistämistä uuden järjestelmän hyödyt jäävät vajaiksi. Lisäksi käyttöönotto voi tilapäisesti aiheuttaa haasteita datan saatavuudessa ja laadussa.

Sitoutumisen ja resursoinnin merkitys

- Tietojohtamisen työkalujen kehittäminen ja ylläpito vaatii kaikkien osapuolten sitoutumista ja riittävää resursointia. Jos tämä ei toteudu, analyysien käyttökelpoisuus ja niiden pohjalta tehtävät päätökset voivat jäädä puutteellisiksi.

Johtopäätökset ja suositukset

Lyhyellä aikavälillä (R4 toimeenpano):

- Kirjauskäytäntöjen yhdenmukaistaminen ja sovittaminen tietojohtamisen tarpeisiin. Tiedon validoinnin prosessien vahvistaminen ja eri tietojärjestelmien tuottaman tiedon yhteismitallisuuden parantaminen.

Pitkällä aikavälillä:

- Uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto ja sen rinnalla kehitettävät tietojohtamisen työkalut ovat keskeisiä ratkaisuja. Tämä edellyttää strategista resursointia, eri tahojen sitoutumista, henkilöstön koulutusta ja selkeitä toimintamalleja.

Riskien hallinta:

- Datan laadun ja yhtenäisyyden epävarmuus tulee ottaa huomioon analyysien tulkinnessa.
- Päätöksentekoa on syytä tukea myös muilla tiedon lähteillä ja toiminnan edustajien asiantuntemuksella.

LIITTEET

Toimenpidekohtaiset laskentaperiaatteet

LIITE 1: Avohoitotoiminnan suunnitelmien arviointi

Avoterveydenhuollon poliklinikkatoiminta -alatyöryhmän kehittämissuunnitelman keskeinen säästöpotentiaali työntekijästä syntyy:

Lähte- ja konsultaatio- prosessin kehittämisestä...

Lähteiden määrän vähentäminen vähentää ammattilaisten hallinnollista työtä ja siirtää työpanosta potilastyöhön
Säästöpotentiaali työntekijästä arviolta n. 0,6 M€

Lähteprosessin kehittämisen tuoma säästö:			
Palvelualueen lähteiden osuus	Ulkopuolella olevien lähteiden osuus	Ulkopuolella olevien lähteiden osuus	Ulkopuolella olevien lähteiden osuus
1,8 HTV	6,3 HTV	6,3 HTV	6,3 HTV
Ulkopuolella olevien lähteiden määrä	Ulkopuolella olevien lähteiden määrä	Ulkopuolella olevien lähteiden määrä	Ulkopuolella olevien lähteiden määrä
3,3 HTV	6,8 HTV	6,8 HTV	6,8 HTV

0,22 M€ Ammattilaisten tuoma säästö
0,37 M€ Ammattilaisten tuoma säästö

...hoidon kohdentamisesta ja prosessien keventämisestä...

Digihoitopolun suorat kustannussäästöt (0,6 M€) muodostuvat pre- ja post-operatiivisten käyntien 10%:n vähentämisestä
Potentiaalia kustannussäästöjen muodostamiseen on myös palveluiden osojen ja "turhien" käyntien vähentämisessä

Digihoitopolun suorat kustannussäästöt:		
Pre- ja post-operatiivisten käyntien vähentäminen	Yhteensä	0,6 M€
Pre- ja post-operatiivisten käyntien vähentäminen	0,2 M€	0,2 M€
Yhteensä	0,6 M€	0,6 M€

0,6 M€ Yhteensä säästöt
0,4 M€ Yhteensä säästöt

...päälekkäisen työn karsimisesta, potilastyön osuuden lisäämisestä...

Hoitohenkilöstön henkilöstökuluja ja ostopalveluita on tarkoitus vähentää pre- ja post-operatiivisten käyntien 10%:n vähentämisen kautta
Säästöpotentiaali hoitohenkilöstöstä arviolta n. -6,7 M€

Hoitohenkilöstön prosessin kehittämisen tuoma säästö:		
Hoitohenkilöstön prosessin kehittämisen tuoma säästö	Yhteensä	6,7 M€
Hoitohenkilöstön prosessin kehittämisen tuoma säästö	6,7 M€	6,7 M€

6,7 M€ Yhteensä säästöt

...tilatehokkuuden paranemisesta ja palveluiden keskittämisestä.

Tilatehokkuutta lisäämällä voidaan säästää ~1,9 M€ sisäisissä vuokratilakustannuksissa
Reaalitilassa olevien kustannussäästöjen perustana siihen, mitä toimintaa vapautuu tilojen sijoittamiseen

Tilatehokkuuden parantamisen tuoma säästö:		
Tilatehokkuuden parantamisen tuoma säästö	Yhteensä	1,9 M€
Tilatehokkuuden parantamisen tuoma säästö	1,9 M€	1,9 M€

1,9 M€ Yhteensä säästöt

Keskeinen mekanismi:

- Yhteisiä toimintatapoja kehittämällä lisätään oman työn tuottavuutta ja potilastyön osuutta, millä voidaan myös epäsuorasti vähentää ESH:n tarvetta

Keskeinen mekanismi:

- Oman tuottavuuden kasvun ja hoidon kohdentamisen kautta pkl-jonojen turku ja henkilöstökulujen tai ostopalveluiden tarpeen vähentyminen

Keskeinen mekanismi:

- Omia toimintatapoja kehittämällä vähennetään päällekkäistä työtä, lisätään potilastyön osuutta ja tuloutettavien asiakasmaksujen määrää, mikä mahdollistaa henkilöstökulujen ja ostopalveluiden vähentämisen

Keskeinen mekanismi:

- Tilojen yhteiskäyttöä lisäämällä vähennetään tilojen tarvetta ja vapautetaan tilavuokrien sitomia kustannuksia
- Palveluiden keskittämisen myötä seutupisteiden henkilöstökulut pienenevät

Hoitohenkilöstön henkilöstökuluja ja ostopalveluita on tarkoitus vähentää työtehtävien priorisoinnin ja uudelleenkohdentamisen kautta

Säästöpotentiaali hoitotyön mitoittamisesta on n. -6,7 M€

Hoitohenkilöstön prosessien kehittämisen tuoma säästö:

Laskennallinen hoitajatarve suhteessa teoreettisiin henkilötyövuosiin (htv:iin)

Vuoden 2023 datan perusteella, hoitajien laskennallinen htv tarve on 348,3	Hoitajat nykyinen htv, teoreettinen	Erotus laskennalliseen htv tarpeeseen	Erotus euroina
	484	135,7 (vähennyspotentiaali 28%)	6,7 M€

Teoreettinen htv: Hoitajien osuus poliklinikoilla*teoreettinen työpanos

Laskennallinen htv: Hoitajien laskennallinen työpanos kuvaa poliklinikoilla tarvittavaa hoitajatyöpanosta

Kustannussäästö vuositasolla:

6,7 M€ Ammattilaisten tuoma säästö yhteensä vuodessa teoreettisiin henkilötyövuosiin verraten

Avoterveydenhuollon työryhmä on arvioinut KYS poliklinikoiden hoitohenkilöstössä olevan työtehtävien priorisoinnin ja uudelleenkohdentamisen kautta 30 % säästöpotentiaalia. Luku on yhdenmukainen NHG:n laskeman laskennallisen hoitajatarpeen kanssa. Priorisoinnin ja uudelleenkohdentamisen kautta säästöjä pyritään ensisijaisesti toteuttamaan sijaisten, määräaikaisten ja ostopalveluiden vähentämisen kautta. Vuokratyövoiman vähentämisen kautta voidaan saavuttaa reilu puolet säästötavoitteesta.

Kustannussäästö = vähennystarve (135,7 htv) * htv:n kustannus (~50 000€) = ~6,7M€

- Tarvittava hoitajamäärä on laskettu vuoden 2023 käynteihin perustuen. Vuoden käynnit on kerrottu 1,5-kertoimella, jotta aineistolla tavoitetaan myös muu kuin käynteihin kohdistunut työaika. Kerroin perustuu oletukseen, että hoitajat käyttävät keskimäärin 2/3 työajastaan käynneiksi tai kontakteiksi kirjautuvaan potilastyöhön ja 1/3 muuhun¹.
- Hoitajatarve: Päivän käynnit (x 1,5) x käyntien ka. kestot / työtunnit (7,5h).** Hoitajakäyntien kokonaiskestoiksi on arvioitu fyysisten käyntien osalta 1h, etäkäynnin osalta 45 min. ja muun asiointin osalta 20 min. *Esimerkki fyysisten asiakaskäyntien osalta:* yhden työpäivän aikana (7,5h) yksi hoitaja hoitaa viisi (5) fyysistä asiakasvastaanottoa.
- 1 henkilötyövuoden (htv:n) kustannus = hoitohenkilön ka. vuosipalkka 40 000€ * 1,24 työnantajamaksu.

1) Pohjois-Savon hyvinvointialueella erikoissairaanhoidossa asiakas- tai potilastietojärjestelmiin kirjaamisen käytetään aikaa keskimäärin 151 min päivässä (STM). 2/3 on käytetty myös NHG:n muissa tilahankkeissa kuvaamaan hoitajien potilastyöhön käyttämää työpanosta. 2) Poliklinikoilla on eroja kirjauskäytännöissä. Aineistoa on korjattu siten, että hoitajakäynneiksi on arvioitu myös ne käynnit joiden vastaanottajatahona on ollut "ei tiedossa". Tällä menetelmällä pyritään tavoittamaan myös ne käynnit, joista ei kirjata osassa poliklinikoita erillistä hoitajakäyntiä (esim. hoitajan yhteisvastaanottoa lääkärin kanssa). Menetelmä ei anna täysin realistista kuvaa yksittäisen poliklinikan osalta hoitajien käyntimääristä, mutta tasoittaa riittävällä määrällä puutteita poliklinikoiden välillä ja antaa arvion toimintaan tarvittavasta kokonaismäärästä. Lähde: NHG analyysi, [STM: selvitys kirjaamisen kuormittavuudesta ja hyötykäytöstä hyvinvointialueiden kokemana](#)

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

Säästöpotentiaalilin muodostuminen perustuu siihen, että prosesseja uudistamalla ja tehostamalla perus- ja erityispalveluiden välillä hoitohenkilöstön työpanos saadaan kohdennettua kustannustehokkaammin.

Laskennallinen htv tarve (~349) on alustava arvio erikoissairaanhoidon poliklinikatoimintaan tarvittavasta kokonaishoitajatarpeesta. Lukua ei tule pitää yksinään päätöksenteon perustana.

- Hoitajien laskennallinen htv tarve on laskettu käynteihin perustuen. Laskenta kuvaa, kuinka monta hoitajaa tarvitaan KYS:ssä ESH-poliklinikatoiminnan käyntien hoitamiseksi vuonna 2023. Laskennassa ei siis huomioida tulevaisuuden hoitajatarvetta, vaan hoitajatarvetta vuonna 2023.

Poliklinikka-/erikoisalakohtaisia analyysejä ja laskelmia hoitohenkilöstön tarpeesta suositellaan tarkennettavan kevään 2025 jatkotyöskentelyn aikana.

- Laskennassa hyödynnetty aineisto ei täysimääräisesti huomioi erikoissairaanhoidon poliklinikatoiminnan monimuotoisia työtehtäviä, työnsisältöjä ja erilaisia kirjauskäytäntöjä (esim. hoitajien itsenäiset vastaanotot lääkärikäynnin yhteydessä, hoitaja-lääkäri työparimalli), minkä vuoksi laskennallista hoitajatarvetta on arvioitu kokonaisuutena, ei erikoisalakohtaisesti².

Jotta kustannussäästöt päällekkäisen työn minimoimisesta ovat saavutettavissa, tulee työtehtäviä, niiden sisältöjä ja jakautumista eri poliklinikoiden välillä tarkastella kriittisesti etenkin hoitoketjujen rajapinnoissa. Myös digitalisointi huomioitava osana kokonaisuutta.

Lähetteen määrän vähentäminen vähentää ammattilaisten hallinnollista työtä ja siirtää työpanosta potilastyöhön

Säästöpotentiaali työajan säästöstä arviolta n. 0,6 M€

Läheteprosessin kehittämisen tuoma säästö:

Palautettavat läheteet poistuvat konsultaatioiden avulla

Vuoden 2023 aikana yhteensä 6525 lähetettä palautettiin, pyydettiin täydennyspyyntöä tai läheteeseen vastattiin	Lääkärin ajansäästö	Ylilääkäri ajansäästö	Muiden ammattilaisten ajansäästö
	1,9 HTV	0,3 HTV	0,3 HTV

Lähetteen määrä vähenee 10 %:lla

Toimintamallien tehostamisen arvioidaan vaikuttavan 10 %:lla (10 975) myös muiden lähetteen määrään	Lääkärin ajansäästö	Ylilääkäri ajansäästö	Muiden ammattilaisten ajansäästö
	3,3 HTV	0,6 HTV	0,6 HTV

Vapautuvan työajan tuoma kustannussäästö vuositasona:

0,22 M€ Ammattilaisten tuoma säästö yhteensä vuodessa

0,37 M€ Ammattilaisten tuoma säästö yhteensä vuodessa

Vapautuva työaika: mahdollisuus vähentää erikoisalakohtaisia ostoja (määritettävä, mikä osuus erikoisalajien jonoista puretaan ostojen avulla)

Perusterveydenhuollon saama tuki: Konsultoinnin ja paremman tuen avulla pitkällä aikavälillä perusterveydenhuollon lääkärit tunnustavat paremmin erikoissairaanhoidon siirrettäviä potilaita

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

Lääkärin työajansäästö

- Lääkärin työajansäästössä on huomioitu sekä lähetettävän, että vastaanottavan lääkärin käyttämä työaika. Huomioituna myös, että osa ajasta siirtyisi konsultointiin.
- Säästyvä työaika: lähetteen määrä x 15 min (lähetettävä) + lähetteen määrä x 15 min (vastaanottava). Lääkärin vuosittaisen palkkakustannuksen on arvioitu olevan 85 000 €

Ylilääkärin työajansäästö

- Säästyvä työaika: lähetteen määrä x 5 min (ylilääkäri)
- Ylilääkärin vuosittaisen palkkakustannuksen on arvioitu olevan 106 250 €

Muun ammattilaisen työajansäästö

- Säästyvä työaika: lähetteen määrä x 5 min (osastonhoitaja tai sihteeri)
- Muun ammattilaisen vuosittaisen palkkakustannuksen on arvioitu olevan 50 000 €

Digihoitopolun suorat kustannussäästöt (0,6 M€) muodostuvat pre- ja post-operatiivisten käyntien 10%:n vähentymisestä

Potentiaalia kustannussäästöjen muodostamiseen on myös palveluiden ostojen ja ”turhien” käyntien vähentämisessä

Digihoitopolun kehittämisen tuoma säästö:

Pre- ja post-operatiivisten käyntien vähentyminen

- Vuoden 2023 aikana tarkastelluilla erikoisaloilla oli pre-operatiivisia käyntejä 24 874 ja post-operatiivisia 57 328

Pre- ja post-operatiivisia käyntejä yhteensä	Vapautuva lääkäriyöpanos, kun 10% käynneistä vähenee	Erotus euroina
82 203	7,5 htv	0,6 M€

Vapautuvan työajan myötä ostopalveluiden vähentäminen

- Mahdollisuus vähentää erikoisaloita ostoja, esimerkkinä käytetty 10%:a

KYS:ssä asiakaspalveluiden ostot & työvoiman vuokraus yhteensä	Tavoite ostojen vähentämiseen	Erotus euroina
4,0 M€	Esim. 10 %	0,4 M€

Vapautuvan työajan tuoma kustannussäästö vuositasolla:

0,6 M€

Vapautuva lääkäriyöpanos



0,4 M€

.. jos palveluiden ostoja kyettäisiin vähentämään 10%:a, kun sisäistä työaikaa vapautuu

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

Digitaalisen hoitopolun parantavat oikea-aikaisen neuvonnan ja hoidon saatavuutta, minkä lisäksi osa seurantakäynneistä voidaan toteuttaa etänä.

Leikkaushoitoon liittyvien pre- ja post-operatiivisten käyntien arvioidaan vähentyvän 10%:a digitaalisten palvelujen laajemman hyödyntämisen myötä.

- Säästö laskettu oletuksella, että preop- ja postop-käynnit vähenevät 10%:a → Vähennys 7,5 lääkäri htv:tä ja htv vuosikustannus = 85 000€.

Pre- ja post-operatiivisten käyntien vähenemisen lisäksi potentiaalia kustannusten vähentämiseksi on tunnistettu asiakaspalvelujen ostojen ja ”turhien käyntien” vähenemisessä.

- KYS:ssä asiakaspalvelujen ostojen ja työvoiman vuokrauksen kustannus on ~4 M€. Vapautuvaa työaikaa voidaan kohdentaa myös ostojen vähentämiseen. Tämän osalta määritettävä, mikä osuus erikoisalojen jonoista puretaan ostojen avulla ja mitä osuutta hoidetaan vapautuvalla työajalla.
- Digihoitopolku mahdollistaa myös paremmin oikea-aikaisen neuvonnan ja hoidon – Digihoitopolun käyttöönotolla on mahdollista vähentää ns. ”turhia käyntejä”. Tämän osalta tunnistettava, mikä osuus erikoisalojen käynneistä on sellaisia, jotka on ”turhia” ja voidaan hoitaa digihoitopolun avulla.

Tilatehokkuutta lisäämällä voidaan säästää ~1,9 M€ sisäisissä vuokrakustannuksissa

Realisoitavissa oleva kustannussäästö perustuu siihen, mitä toimintaa vapautuviin tiloihin sijoitetaan.

Tilatehokkuuden lisääminen

KYS:n poliklinikoiden vastaanottohuoneiden vuoden 2023 käyttöasteet käynteihin suhteutettuna

<ul style="list-style-type: none"> KYS:n vastaanottotilojen nykyisissä käyttöasteissa käynteihin suhteutettuna on suurta vaihtehtelua 	Vuoden 2023 vastaanottotilojen käyttöaste, ka.	Sisäinen vuokrakustannus
	56 %	~5,9 M€

Tilatehokkuuden lisääminen

<ul style="list-style-type: none"> KYS:n vastaanottotilojen käyttöasteet nostetaan 85%:iin Muu työ tehdään työpisteissä (3-5m²) 	Tavoite-käyttöaste	Erotus käyttöasteisissa	Skenaario 1 ja 2	Skenaario 3
	85 %	29 %	~1,9 M€ ¹	~3,3 M€

Tilatehokkuuden lisääminen voisi vapauttaa nykyisiä asiakastiloja muuhun käyttöön jopa

~5 900 m²

~8300 m², jos huomioidaan toimistot

Laskenta perustuu minimitarpeeseen vuoden 2023 aineiston perusteella.

Vapautuva asiakastila poliklinikoilla

Nykyiset KYS:n asiakasvastaanottotilat ovat 9 900 m², minkä lisäksi poliklinikoilla on nykyisin käytössä myös ~2500 m² toimistotiloja². Laskennallisesti vastaanottohuoneet ja työpisteet tarvitsisivat ~4100 m² (vuoden 2023 volyymeihin perustuen). Tilatarve olisi siis jopa 60-70 %:a nykyistä pienempi. Tilamuutokset on kuitenkin tarkoitus toteuttaa nykyisissä tiloilla mahdollisimman pienillä muutuskustannuksilla. Täten voidaan olettaa, että muutoksilla saavutettava tilasäästö jäisi arvioitua kokonaispotentiaalia jonkin verran pienemmäksi.

1) Laskenta perustuu siihen, että sisäinen vuokrakustannus pienenesi ~30%:a, eli käyttöasteiden erotuksen verran.

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

Tilatehokkuuden realisoituihin kustannussäästöihin vaikuttaa se, miten hyvin vapautuviin tiloihin kyetään siirtämään toimintaa ulkoisista toimipisteistä.

Skenaariossa 1 ja 2 esitetty ~1,9 M€ säästö perustuu siihen, että sisäiset vuokrakustannukset pienenisivät 29%:a, eli käyttöasteiden erotuksen (tavoite – toteuma) verran.

- Skenaario 2 ei ota kantaa siihen, mitä toimintaa vapautuviin tiloihin siirretään. Tiloihin voidaan keskittää esim. harvoin tarvittavaa hoitoa, jos seutupalveluiden muissa toimipisteissä jatketaan enemmän PTH tuen painottamista ja pitkäaikaissairaiden hoitoa ja seurantaa.

Skenaariossa 3 KYS:n sisäisten vuokrakustannusten arvioidaan pienevän asiakastilojen laskennallisen tarpeen (~60%) verran. Tilatarpeena se tarkoittaisi ~25 000 brm², kun huomioidaan myös vapautuvat toimistotilat. ~3,3 M€ säästö sisältää lisälmen ja Varkauden ulkoisten vuokrakustannuksien loppumisen.

- KYS:n vapautuviin tiloihin voidaan sijoittaa ESH-toimintaa lisälmen ja Varkauden toimipisteistä ja/tai Kuopion pääterveysaseman toimintaa. Säästöinä ovat näiden toimintojen ulkoisten vuokrakustannusten väheneminen. Arvio lisälmen ja Varkauden poliklinikkatoiminnan vaatimasta neliömäärästä on ~4000 brm² ja ~1000 brm². Arvio perustuu nykyisiin tilamääriin. Kuopion pääterveysaseman koko toiminnan tilatarpeeksi on arvioitu ~12 000 brm² (nykyisin ~15 000 brm², johon tunnustettu vähintään 3000 brm² tiivistämisen potentiaali). Kuopion pääterveysaseman vuokrakustannustietoa ei ollut analyysissä käytettävissä.

Analyysit ja laskelmat mm. siirtyvien toimintojen osalta tarkentuvat kevään 2025 jatkotyöskentelyn ja aluevaltuuston päätöksenteon jälkeisen toimeenpanon aikana.

Erikoissairaanhoidon avo- ja operatiivisen toiminnan keskittämisen myötä seutupisteisiin liittyvissä henkilöstökuluissa voidaan säästää 3,3 M€

Säästöpotentiaali palveluiden keskittämisen myötä on skenaariosta riippuen n. 0,4-3,3 M€

Seutupalveluiden keskittäminen

Lääkärien matkakulukorvauksien pieneneminen

<ul style="list-style-type: none"> Lääkärien matka- ja seutupalvelukorvauksiin on budjetoitu vuodelle 2025 1,6 M€¹ 	Avotoiminta			Operatiivinen		
	Kustannuksien jakautuminen ²	Säästö: Sken. 2	Säästö: Sken. 3	Kustannuksien jakautuminen ²	Säästö: Sken. 2	Säästö: Sken. 3
	55%	0,2 M€	0,8 M€	45 %	0,1 M€	0,7 M€

Iisalmen ja Varkauden ESH-avotoiminnan hoitohenkilöstön työpanoksen kohdentaminen muualle

<ul style="list-style-type: none"> Seutupisteiden hoitohenkilöstökustannukset olivat vuonna 2023 yhteensä 2,1 M€ (sis. vuokratyövoiman käytön) 	Skenaario 1		Skenaario 2		Skenaario 3	
	% osuus työpanoksesta	€	% osuus työpanoksesta	€	% osuus työpanoksesta	€
	20 %	0,4 M€	40%	0,9 M€	82%	1,8 M€

Palveluiden keskittämisen myötä kustannuksissa on mahdollista säästää yhteensä

~3,3 M€

Henkilöstökustannusten ja matka- ja seutupalvelukorvauksien pieneneminen

Kun erikoissairaanhoidon avovastaanotto- ja operatiivista toimintaa keskitetään seutupisteistä Kuopion kampukselle, pienenevät/poistuvat lääkärien **matka- ja seutupalvelukorvaukset**. Tämän lisäksi ESH-avotoiminnan hoitohenkilöstön työpanosta voidaan kohdentaa muihin terveydenhuollon avoimiin tehtäviin.

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

Kun erikoissairaanhoidon toimintaa keskitetään Kuopion kampukselle, tuo se säästöjä lääkäreiden matka- ja seutupalvelukorvauksiin.

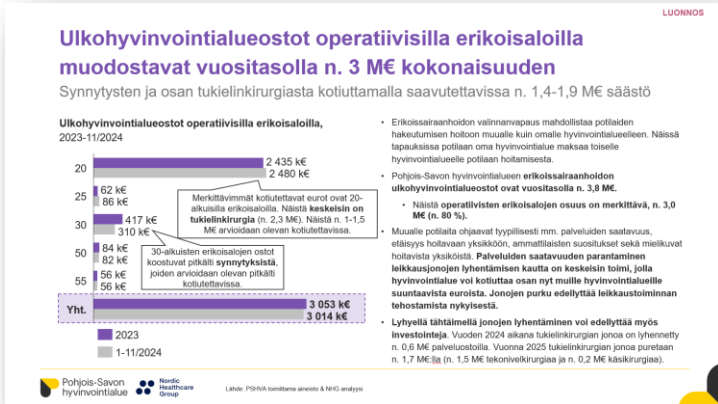
Tämän lisäksi säästöjä muodostuu erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön vähentämisestä. Seutupisteissä työskentelevien työpanos voidaan kohdentaa muihin terveydenhuollon avoimiin tehtäviin.

- Skenaario 1** perustuu oletukseen, että Iisalmen ja Varkauden ESH-avotoiminnan hoitohenkilöstöstä vähennetään 20%:a, jolloin heidän työpanoksensa voidaan kohdentaa muihin terveydenhuollon avoimiin tehtäviin. Lääkärien kulukorvauksissa ei muutoksia.
- Skenaario 2** perustuu oletukseen, että lääkärien kulukorvaukset pienenevät 20%:a sekä avo-, että operatiivisessa toiminnassa. Tämän lisäksi ESH-avotoiminnan hoitohenkilöstöstä vähennetään 40%:a skenaarion 1 uudelleenorganisoinnin periaatteita noudattaen.
- Skenaario 3** perustuu oletukseen, että lääkärien kulukorvaukset pienenevät operatiivisen toiminnan osalta 100%:a ja avotoiminnan osalta ~90%:a. Tämän lisäksi hoitohenkilöstä vähennetään 82%:a skenaarion 1 uudelleenorganisoinnin periaatteita noudattaen.
 - Avotoiminnan osalta kulut eivät poistu 100%:sesti. Dialyysitoiminnan jatkuessa tarve lääkärityölle on minimissään 2,5 pv/vko. Tämän lisäksi hoitajia tarvitaan keskimäärin 7 hoitajaa viikossa.
 - Operatiivisen toiminnan osalta lääkärien kulukorvaukset poistuvat 100%:sesti.

LIITE 2: Operatiivisen toiminnan ja invasiivisten toimenpiteiden suunnitelmien arviointi

Kehittämissuunnitelman keskeinen säästöpotentiaali syntyy:

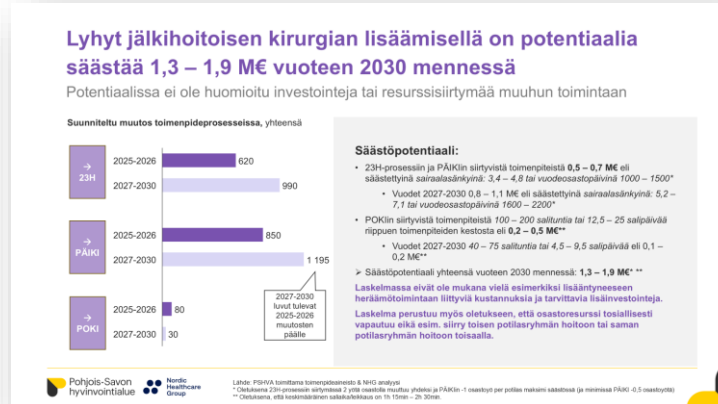
Ulkohyvinvointialueostojen kotiutuksesta...



Keskeinen mekanismi:

- Jonojen purku ja oman tuottavuuden kasvu (perioperatiivisen toiminnan kehittäminen).

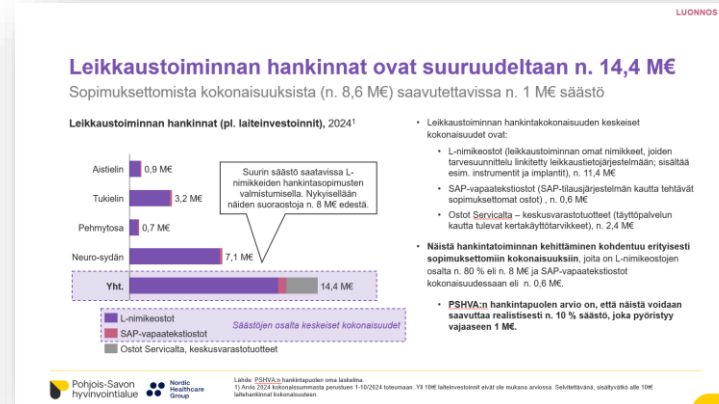
...lyhyt jälkihoitoisen kirurgian lisäämisestä...



Keskeinen mekanismi:

- Osastotoiminnan supistuminen ja henkilöstöresurssien väheneminen.

...sekä hankintojen kehittamisestä.



Keskeinen mekanismi:

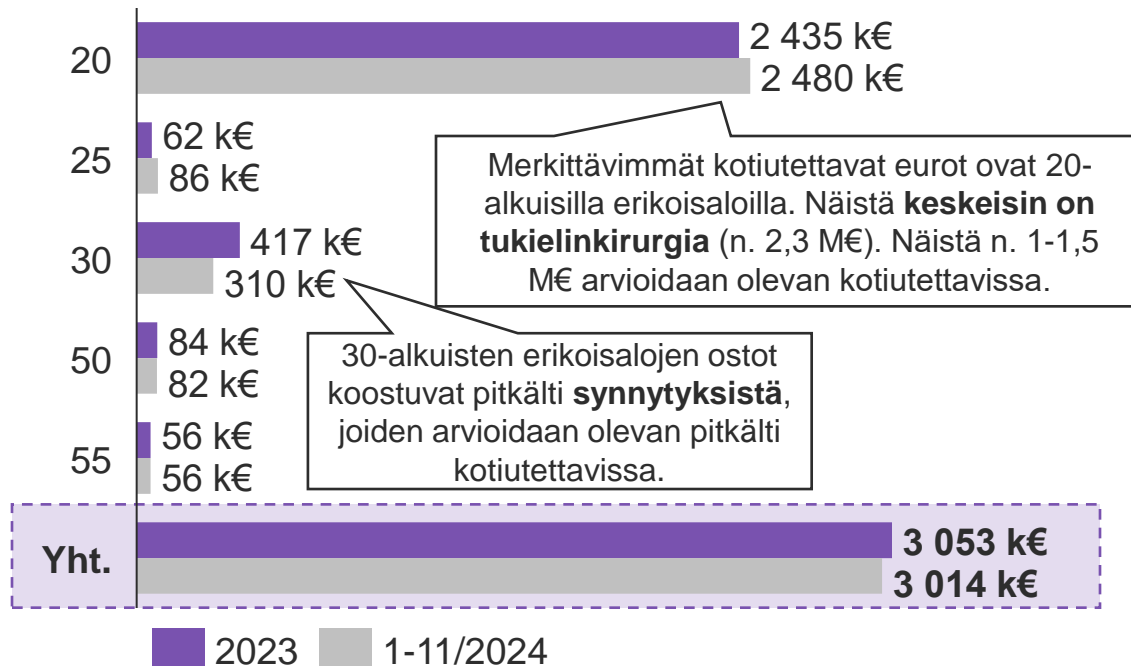
- Sopimusten valmistuminen nykyisellään sopimuksettomana hankittaviin kokonaisuuksiin.

Lisäksi säästöpotentiaalia on toimenpidetoimintojen keskittämisessä yksiköiden välillä.

Ulkohyvinvointialueostot operatiivisilla erikoisaloilla muodostavat vuositasolla n. 3 M€ kokonaisuuden

Synnytysten ja osan tukielinkirurgiasta kotiuttamalla saavutettavissa n. 1,4-1,9 M€ säästö

Ulkohyvinvointialueostot operatiivisilla erikoisaloilla*, 2023-11/2024



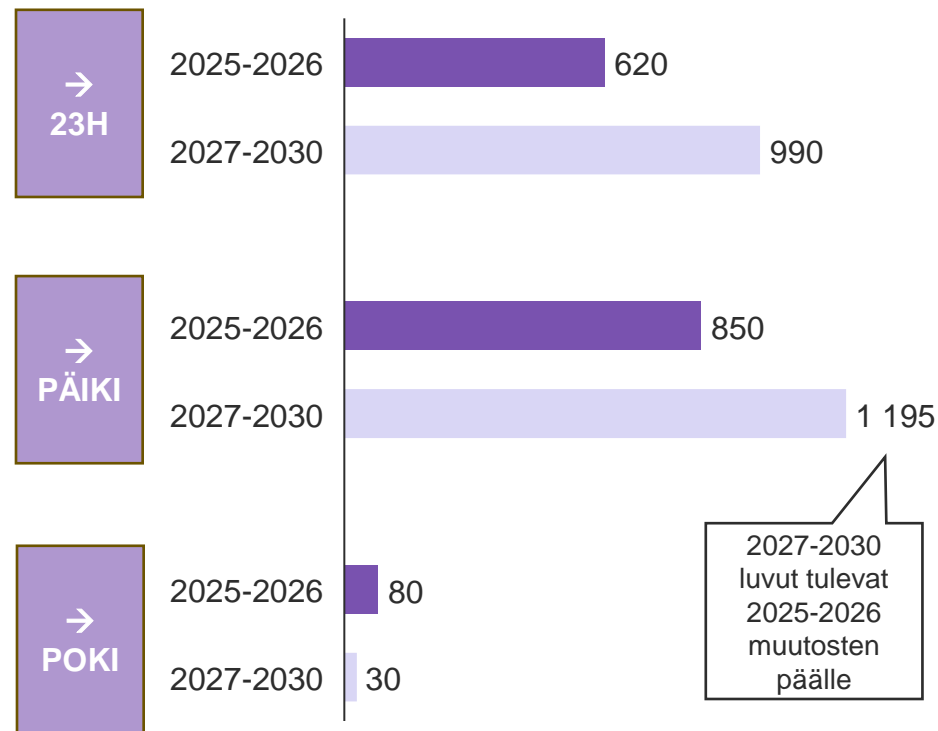
*20 Kirurgia, 25 Neurokirurgia, 30 Naistentaudit ja synnytykset, 50 Silmätaudit, 55 Korva-, nenä- ja kurkkutaudit

- Erikoissairaanhoidon valinnanvapaus mahdollistaa potilaiden hakeutumisen hoitoon muualle kuin omalle hyvinvointialueelle. Näissä tapauksissa potilaan oma hyvinvointialue maksaa toiselle hyvinvointialueelle potilaan hoitamisesta.
- Pohjois-Savon hyvinvointialueen **erikoissairaanhoidon ulkohyvinvointialueostot ovat vuositasolla n. 3,8 M€.**
 - Näistä **operatiivisten erikoisalojen osuus on merkittävä, n. 3,0 M€ (n. 80 %).**
- Muualle potilaita ohjaavat tyypillisesti mm. palveluiden saatavuus, etäisyys hoitavaan yksikköön, ammattilaisten suositukset sekä mielikuvat hoitavista yksiköistä. **Palveluiden saatavuuden parantaminen leikkausjonojen lyhentämisen kautta on keskeisin toimi, jolla hyvinvointialue voi kotiuttaa osan nyt muille hyvinvointialueille suuntaavista euroista. Jonojen purku edellyttää leikkaustoiminnan tehostamista nykyisestä.**
- Lyhyellä tähtäimellä jonojen lyhentäminen voi edellyttää myös investointeja.** Vuoden 2024 aikana tukielinkirurgian jonoa on lyhennetty n. 0,6 M€ palveluostoilla. Vuonna 2025 tukielinkirurgian jonoa puretaan n. 1,7 M€:lla (n. 1,5 M€ tekonivelkirurgiaa ja n. 0,2 M€ käsikirurgiaa).

Lyhyt jälkihoitoisen kirurgian lisäämisellä on potentiaalia säästää 1,3 – 1,9 M€ vuoteen 2030 mennessä

Potentiaalissa ei ole huomioitu investointeja tai resurssisiirtymää muuhun toimintaan

Suunniteltu muutos toimenpideprosesseissa, yhteensä



Säästöpotentiaali:

- 23H-prosessiin ja PÄIKlin siirtyvistä toimenpiteistä **0,5 – 0,7 M€** eli säästettyinä sairaalasänkyinä: 3,4 – 4,8 tai vuodeosastopäivinä 1000 – 1500*
 - Vuodet 2027-2030 0,8 – 1,1 M€ eli säästettyinä sairaalasänkyinä: 5,2 – 7,1 tai vuodeosastopäivinä 1600 – 2200*
 - POKlin siirtyvistä toimenpiteistä 100 – 200 salituntia tai 12,5 – 25 salipäivää riippuen toimenpiteiden kestosta eli **0,02 – 0,05 M€****
 - Vuodet 2027-2030 40 – 75 salituntia tai 4,5 – 9,5 salipäivää eli 0,01 – 0,02 M€**
- Säästöpotentiaali vuodessa on **0,5 – 0,7 M€** ja yhteensä vuoteen 2030 mennessä: **1,3 – 1,9 M€****

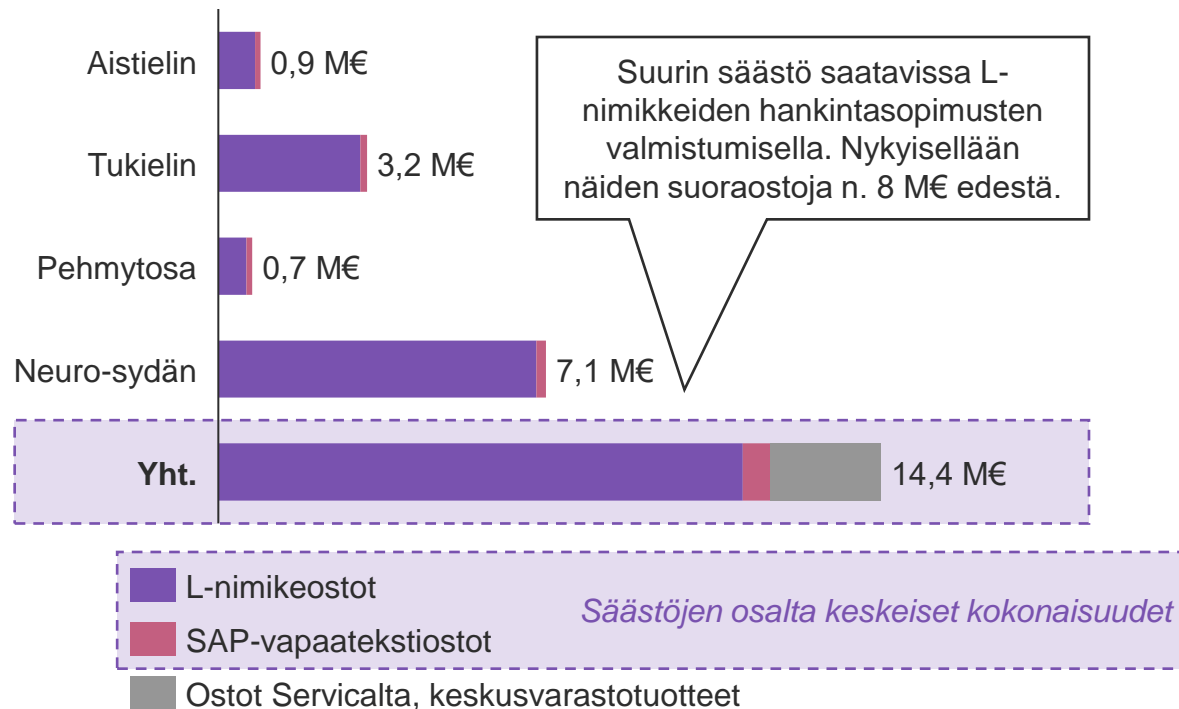
Laskelmassa eivät ole mukana esimerkiksi lisääntyneeseen heräämötöimintaan liittyviä kustannuksia ja tarvittavia lisäinvestointeja.

Laskelma perustuu myös oletukseen, että osastoresurssi tosiallisesti vapautuu eikä esim. siirry toisen potilasryhmän hoitoon tai saman potilasryhmän hoitoon toisaalla.

Leikkaustoiminnan hankinnat ovat suuruudeltaan n. 14,4 M€

Sopimuksettomista kokonaisuuksista (n. 8,6 M€) saavutettavissa n. 1 M€ säästö

Leikkaustoiminnan hankinnat (pl. laiteinvestoinnit), 2024¹



- Leikkaustoiminnan hankintakokonaisuuden keskeiset kokonaisuudet ovat:
 - L-nimikeostot (leikkaustoiminnan omat nimikkeet, joiden tarvesuunnittelu linkitetty leikkaustietojärjestelmään; sisältää esim. instrumentit ja implantit), n. 11,4 M€
 - SAP-vapaatekstiostot (SAP-tilausjärjestelmän kautta tehtävät sopimuksettomat ostot), n. 0,6 M€
 - Ostot Servicalta – keskusvarastotuotteet (täyttöpalvelun kautta tulevat kertakäyttötarvikkeet), n. 2,4 M€
- Näistä hankintatoiminnan kehittäminen kohdentuu erityisesti sopimuksettomiin kokonaisuuksiin, joita on L-nimikeostojen osalta n. 80 % eli n. 8 M€ ja SAP-vapaatekstiostot kokonaisuudessaan eli n. 0,6 M€.**
 - PSHVA:n hankintapuolen arvio on, että näistä voidaan saavuttaa realistisesti n. 10 % säästö, joka pyöristyy vajaaseen 1 M€.** Noin puolet säästöstä on realisoitavissa 2025 aikana.

LIITE 3: Päivystystoiminnan suunnitelmien arviointi

Päivystyksen ja akuutin –alatyöryhmän kehittämissuunnitelmien keskeinen säästöpotentiaali syntyy:

Päivystystoiminnan palveluverkkoon tehtävistä muutoksista sekä ...

... sisäisen toiminnan kehittämisestä eritoten ikääntyneen päivystyspotilaan ja päivystysosaston osalta.

Päivystystoiminnan palveluverkon muutosten kokonaissästöpotentiaali on noin 5 miljoonaa euroa

Huomi! Arviot ovat luottamuksellisia: tarkka analyysi ja toimenpidesuunnitelmat ovat vielä kaakan.

Muutokset päivystystoiminnan palveluverkossa	lisäimi	Varkaus	Muut	Kokonaissarvio
Vaihe 1: Yöpäivystyksen loppuminen, lääkäri jää	300 000 €	300 000 €		0,6 ME
Vaikutus henkilöstökustannuksiin				
- Hoitajahenkilöstö	260 000 €	260 000 €	Ei vaikutusta yrityksen toimintaan tai kustannuksiin	0,5 ME
- Kuvantamisen varallat	60 000 €			0,1 ME
Vaihe 2: Osastolle ei yöaikaista lääkäritukea	500 000 €	470 000 €		1 ME
Vaikutus henkilöstökustannuksiin				
- Lääkärihenkilöstö	500 000 €	470 000 €		1 ME
Vaihe 3: Päivystystoiminta keskittään KYS (247), lisäimi ja Varkaus			100 000 €	0,1 ME
Vaikutus henkilöstökustannuksiin				
- Lääkärihenkilöstö			100 000 €	0,1 ME
Vaihe 4: Päivystystoiminta keskittään KYSiin, päiväaikaiset resurssit siirtyvät			Ei merkittäviä vaikutuksia	
Vaihe 5: Myös päiväaikaisten resurssien kuvantamisen tehostaminen avulla	1 960 000 €	1 590 000 €		3,5 ME
Vaikutus henkilöstökustannuksiin				
- Lääkärihenkilöstö	700 000 €	830 000 €	Ei vaikutusta	1,5 ME
- Hoitajahenkilöstö	590 000 €	340 000 €		0,9 ME
- Muut henkilöstökulut	670 000 €	420 000 €		1,1 ME
	2,8 ME	2,4 ME	0,1 ME	5,2 ME

Pohjois-Savon hyvinvointialue | Nordic Healthcare Group | Luoma

Keskeinen mekanismi:

- Toiminnan keskittäminen isompiin yksiköihin, mikä vähentää toiminnan resurssintarvetta ja näin ollen henkilöstökustannuksia

Vaikutusten arviointi: Yli 75-vuotiaiden potilaiden päivystyskäntejä ja osastohoitoa vähentämällä säästöpotentiaali arviolta 0,15ME-0,4ME

Säästö syntyy kotiutusprosessia parantamalla ja/tai avohoidon vaikuttavuutta parantamalla

Yli 75-vuotiaiden jatkohoidossa saavutettavat säästöpotentiaalit:		Kustannukset ja saavutetut säästöt:	
Päivystysosastolla sairaalassa jatkohoidettavat:			
• Suorittamalla päivystysosastolla jatkohoitovaihtoa	Yli 24h hoitajakset, jotka myöhemmin päätyvät kotiin tai 8-osastolle	Enimmillään hoitopäiviä yllätyvät osastopäivien kustannus	Enimmillään vuorokauden yllätyvät osastopäivien kustannus
	705	19 135	277 000 €
Päivystysosastolla kotiin tai lalokseen päätyvät:			
• Osastopäivien vähentämisen vuoksi jatkohoidon jatkoon	Yli 24h hoitajakset, jotka päätyvät kotiin tai lalokseen	Enimmillään hoitopäiviä yllätyvät osastopäivien kustannus	Enimmillään vuorokauden yllätyvät osastopäivien kustannus
	1 100	32 245	510 000 €
Yli 75-vuotiaiden potilaiden määrä vähentämällä saavutettava säästöpotentiaali:			
• Vähentämällä osastopäivien määrää sairaalassa ja näin vähentämällä päivystyskäntejä	Päivystyskäyntien määrä	Osastopäivien määrä	Käynnistä ja osastopäivien kustannus
	1 400	1 075	790 000 €

Arviot alustavia. Oletukset validoitavana työryhmän jäsenillä.

Pohjois-Savon hyvinvointialue | Nordic Healthcare Group | Luoma

Keskeinen mekanismi:

- Ikääntyneen potilaan hoidon haltuunoton ja kotiutusprosessin systematisoinnin avulla vältetään turhat päivystyskäynnit ja vähennetään osastotoiminnan tarvetta

Päivystysosaston potilasvirtausta sujuvoittamalla säästöpotentiaali on n. 220 000 € vuodessa

Säästö syntyy nopeammalla jatkohoidon siirrolla tai kotiutuksella

Päivystysosaston kustannukset:		Kustannukset ja saavutetut säästöt:	
Päivystysosastolla sairaalassa jatkohoidettavat:			
• Suorittamalla päivystysosastolla jatkohoitovaihtoa	Yli 24h hoitajakset, jotka myöhemmin päätyvät kotiin tai lalokseen	Enimmillään hoitopäiviä yllätyvät osastopäivien kustannus	Enimmillään vuorokauden yllätyvät osastopäivien kustannus
	300	5720	83 000 €
Päivystysosastolla kotiin tai lalokseen päätyvät:			
• Osastopäivien vähentämisen vuoksi jatkohoidon jatkoon	Yli 24h hoitajakset, jotka päätyvät kotiin tai lalokseen	Enimmillään osastopäiviä yllätyvät osastopäivien kustannus	Enimmillään vuorokauden yllätyvät osastopäivien kustannus
	550	12 550	181 000 €

Arviot alustavia. Oletukset validoitavana työryhmän jäsenillä.

Pohjois-Savon hyvinvointialue | Nordic Healthcare Group | Luoma

Keskeinen mekanismi:

- Osastotoiminnan potilasvirtauksen ja kotiutusprosessin kehittäminen ilman resurssien lisäystä, mikä lisää paikkakohtaista tulovirtaa ja parantaa ESH-paikkojen kohdentamista

Iisalmen ja Varkauden yöpäivystyksen loppuminen 2026 alkaen, lisäävät tarvetta toiminnan uudelleenorganisoinnille ja palveluverkon tarkastelulle

Mahdolliset muutokset päivystystoiminnan palveluverkossa	
Skenaario 1	<p>Taso 1: Yöpäivystyksen loppuminen, lääkäri jää</p> <p>Kuvaus: Hallituksen kehysriihen 04/2024 linjauksen mukaisesti Iisalmen ja Varkauden yöpäivystykselle myönnetty poikkeuslupa loppuu vuodesta 2026 alkaen. Yöpäivystyksellä tarkoitetaan terveydenhuollon päivystystoimintaa aikavälillä klo 22-08. Iisalmissa ja Varkaudessa perusterveydenhuollon päivystystoimintaa jatketaan ilta-aikaan ja viikonloppuisin kehysriihen linjauksen mahdollistamalla tavalla. Kuitenkaan yöaikaisesta lääkäriresurssista ei luovuta yksiköiden osastotoiminnan tarpeiden vuoksi vaan yöllä lääkäri vastaa osastojen ja liikkuvan sairaalan toiminnoista ja tarvittaessa jalkautuu näiden tai ensihoidon tueksi. Tällöin nykyinen osastoprofiili on mahdollista säilyttää, ja potilaita voidaan ottaa osastoille myös yöllä ilman diagnostisia tutkimuksia. Muista yöaikaisista päivystystoiminnan resursseista luovutaan.</p> <p>Kustannusvaikutus: Vähentää henkilöstökuluja, kun yöaikaista hoitohenkilökunnan työpanosta ja kuvantamisen varallaoloa ei tarvita. Vaikutukset laboratoriotoinnin kustannuksiin hyvin vähäiset, koska yöaikana käytössä on vieritestauslaitteet, paikalla ei ole erillistä laboratoriohenkilöstöä ja tutkimusten määrä rajoittuu yksittäisiin tutkimuksiin. Kiinteistöön liittyvistä kuluista ei pystytä irtautumaan, joten niistä ei synny merkittäviä säästöjä.</p>
	<p>Taso 2: Yöaikaan ei paikalla olevaa lääkäritukea</p> <p>Kuvaus: Tason 1 muutosten lisäksi myös yöaikaisesta lääkäriresurssista luovutaan. Hoitohenkilöstön, ensihoidon arvion ja KYS päivystyksen lääkärikonsultaatiotuen avulla potilaita voidaan ottaa Iisalmen ja Varkauden osastoille yöaikaan yön yli –toimintamallin mukaisesti, mutta nykyistä osastoprofiilia on muutettava yöaikaisen lähilääkärituen puuttuessa.</p> <p>Kustannusvaikutus: Vähentää henkilöstökuluja yöaikaisen lääkäriyöpanoksen jäädessä pois.</p>
Skenaario 2	<p>Taso 3: Päivystystoiminta keskitetään KYS (24/7), Iisalmi ja Varkaus</p> <p>Kuvaus: Edellisten lisäksi muissa kuin KYS:n, Iisalmen ja Varkauden yksiköissä toteutettava päivystystoiminta loppuu kokonaan ja päivystystoimintaa jatketaan vain näissä kolmessa toimipisteessä, joista vain KYS:ssä palveluita on tarjolla ympärivuorokauden.</p> <p>Kustannusvaikutus: Vähentää henkilöstökuluja muiden yksiköiden satunnaisemman lääkäripäivystystoiminnan osalta.</p>
	<p>Taso 4: Päivystystoiminta keskitetään KYSiin, päiväaikaiset resurssit siirtyy</p> <p>Kuvaus: Yöpäivystys loppuu eikä Iisalmissa ja Varkaudessa jatketa perusterveydenhuollon päivystystoimintaa ilta-aikaan ja viikonloppuisin vaan päivystystoiminta keskitetään kokonaisuudessa KYSin päivystykseen, jonne myös henkilöstöresurssit siirtyvät. Kiirevastaanottotoimintaa voidaan jatkaa Iisalmissa ja Varkaudessa sote-keskusten ylläpitämänä myös iltaisin ja viikonloppuisin.</p> <p>Kustannusvaikutus: Ei vähennä henkilöstökuluja, matkakorvauksien määrä voi hieman nousta. Päivystystoiminnan vapautuvia tiloja on mahdollista käyttää muuhun toimintaan. Matkakorvauksien ja tilakustannusten kustannusvaikutukset oletettavasti toisensa kumoavia (arvioita tarkemmin).</p>
Skenaario 3	<p>Taso 5: Tehostetaan toimintaa ja vähennetään päiväaikaisia resursseja</p> <p>Kuvaus: Päivystystoiminta on keskitetty KYSiin. Yksikön sisäistä toimintaa ja prosesseja uudelleen järjestellään, kehitetään ja tehostetaan niin, että Iisalimesta ja Varkaudesta siirtyvät potilaat voidaan hoitaa KYSin nykyistä toimintaa vastaavilla resursseilla.</p> <p>Kustannusvaikutus: Vähentää henkilöstökuluja, jos päivystystoimintaan sidottuja henkilöstöresursseja voidaan vähentää. Jatkotarkastelussa arvioitava tarkemmin, mistä henkilöstöresursseista voitaisiin luopua. Kustannusvaikutusarvio pohjautuu nyt suoraan vain Iisalmen ja Varkauden henkilöstökustannuksiin, mutta todennäköisesti vähennykset toteutettaisiin hoitolinjojen ja erikoisalapäivystyksen uudelleen järjestelyiden avulla.</p>

Päivystystoiminnan kustannusvertailu: Päivystystoiminnan palveluverkon muutosten kokonaissästöpotentiaali on noin 5 miljoonaa euroa

Arviot ovat alustavia, analyysit ja laskelmat tarkentuvat kevään 2025 jatkotyöskentelyn ja aluevaltuuston päätöksenteon jälkeisen toimeenpanon aikana.

Muutokset päivystystoiminnan palveluverkossa	lisalmi	Varkaus	Muut	Kokonaisarvio
Taso 1: Yöpäivystyksen loppuminen, lääkäri jää	300 000 €	300 000 €	Ei vaikutusta nykyiseen toimintaan tai kustannuksiin	0,6 M€
<u>Vaikutus henkilöstökustannuksiin</u>				
- Hoitajahenkilöstö	260 000 €	260 000 €		0,5 M€
- Kuvantamisen varallaolo		60 000 €		0,1 M€
Taso 2: Yöaikaan ei paikalla olevaa lääkäritukea	500 000 €	470 000 €		1 M€
<u>Vaikutus henkilöstökustannuksiin</u>				
- Lääkärihenkilöstö	500 000 €	470 000 €		1 M€
Taso 3: Päivystystoiminta keskitetään KYS (24/7), lisalmi ja Varkaus			100 000 €	0,1 M€
<u>Vaikutus henkilöstökustannuksiin</u>		Ei vaikutusta		
- Lääkärihenkilöstö			100 000 €	0,1 M€
Taso 4: Päivystystoiminta keskitetään KYSiin, päiväaikaiset resurssit siirtyy			Ei merkittävää vaikutusta	
Taso 5: Tehostetaan toimintaa ja vähennetään päiväaikaisia resursseja	1 960 000 €	1 590 000 €	Ei vaikutusta	3,5 M€
<u>Vaikutus henkilöstökustannuksiin</u>				
- Lääkärihenkilöstö	700 000 €	830 000 €		1,5 M€
- Hoitajahenkilöstö	590 000 €	340 000 €		0,9 M€
- Muut henkilöstökulut	670 000 €	420 000 €	1,1 M€	
	2,8 M€	2,4 M€	0,1 M€	5,2 M€

Kiirevastaanoton vahvistaminen päivystystoiminnan loputtua lisalmessa ja Varkaudessa kasvattaa alueen kuluja arviolta 1,0 M€. Tätä ei kuitenkaan ole huomioitu säästölukujen kokonaisarviossa, sillä tarkkaa summaa ei voida vielä laskea.

Yli 75-vuotiaiden potilaiden päivystyskäyntien ja osastohoidon vähentämisen säästöpotentiaali on n. 1 M€

Säästö syntyy kotiutusprosessia parantamalla ja/tai avohoidon vaikuttavuutta parantamalla

Yli 75-vuotiaiden jatkohoidossa saavutettava säästöpotentiaali:

Päivystysosastolta sairaalassa tai terveyskeskuksessa jatkohoidettavat:

Sujuvoittamalla päivystysosastolta jatkohoitoon pääsyä	Yli 24h hoitajakset, jotka myöhemmin päätyvät sairaala- tai tk-osastoille	Ensimmäisen hoitopäivän ylittävät osastotunnit	Ensimmäisen vuorokauden ylittävien osastopäivien kustannus
	705	19 135	277 000€

Päivystysosastolta kotiin tai laitokseen päätyvät:

Osastojakson lyhentäminen vain yön yli kestäväksi	Yli 24h hoitajakset jotka päätyvät kotiin tai laitokseen	Ensimmäisen hoitopäivän ylittävät osastotunnit	Ensimmäisen vuorokauden ylittävien osastopäivien kustannus
	1 100	32 245	510 000 €

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

- NHG:n näkemyksen mukaan toiminnan kehittämistä kannattaa edistää ainakin päivystyksen sisäisenä kehitysprojektina, koska iso osa (arviolta 10 %:a) päivystyksen ikääntyneistä potilaista päätyy osastohoitoon liian kevyin tai väärin perustein aiemmin esitetyistä syistä johtuen (mm. gerastenian tunnistaminen ja kotiutusprosessin toimimattomuus) ja/tai avohoidon haasteiden takia (mm. hoidon jatkuvuuden ongelmat)
- Jos kaikki yli 24h odottaneet yli 75-vuotiaat päivystysosastolta sairaalassa tai terveyskeskuksessa jatkohoidettavat potilaat saadaan siirrettyä eteenpäin vuorokauden sisällä, **kustannussäästöt ovat vuositason arviolta puolet nykyisellään toteutuvista kustannuksista → ~0,15M€**
- Jos kaikki yli 24h odottaneet yli 75-vuotiaat päivystysosastolta kotiin tai laitoshuoltoon siirtyvät potilaat kotiutuvat vuorokauden sisällä, **kustannussäästöt arviolta 0,5M€**
- Yli 75-vuotiaiden avohoidon keinoin vältettävissä olevista, päivystyksellisesti alkaneista sairaalajaksoista (VOS) ja niitä edeltäneistä päivystyskäynneistä muodostuu vuositason kustannuksia arviolta noin 0,8 M€. Hoidon jatkuvuutta ja avohoidon toimintaa parantamalla voidaan vähentää näitä käyntejä ja hoitajaksoja - **säästöpotentiaali arviolta puolet nykyisistä kustannuksista → ~0,4M€**

Yli 75-vuotiaiden potilaiden määriä vähentämällä saavutettava säästöpotentiaali:

VOS-diagnoseihin^{1,2} linkittyvien yhteispäivystyskäyntien ja päivystysosastojaksojen määrä:

Vältettävissä olevat, päivystyksellisesti alkaneet sairaalajakset ja näitä edeltäneet päivystyskäynnit:	Päivystyskäyntien määrä:	Osastopäivien määrä:	Käynneistä ja osastojaksoista muodostuva kustannus
	1 400	1 075	790 000€

Laskelmat kattavat vain päivystysosaston osastopäivät, vaikka yli 75-vuotiaista keskiarvoisesti 30 % siirtyy muille esh-vuodeosastoille ja 20 % jää päivystysosastolle. Siksi todellinen säästöpotentiaali voi olla esitettyä huomattavasti suurempi.

Laskelmat ovat alustavia arvioita, jotka tarkentuvat toimeenpanovaiheessa.

1) VOS = Vältettävissä oleva, päivystyksellisesti alkava sairaalajakso

2) Käynti luokitellaan vältettävissä olevaksi, jos sen päädiagnoosi kuuluu THL:n ennalta määrittelämään ICD-koodilistaan, joka sisältää hengitystie-, sydän-, aineenvaihdunta-, munuais-, infektiio-, ruoansulatus- ja verenkiertoelimistön sairauksia sekä muita tietyille erikoisalueille kuuluvia diagnooseja.

Lähde: THL, NHG analyysi

Päivystysosaston muiden kuin yli 75-vuotiaiden potilasvirtauksen sujuvoittamisen säästöpotentiaali on n. 220 000 € vuodessa

Säästö syntyy toimintaa kehittämällä, joka mahdollistaa nopeamman jatkohoitoon siirron tai kotiutuksen

Alle 75-vuotiaiden päivystysosaston kustannukset:

Päivystysosastolta sairaalassa jatkohoidettavat alle 75-vuotiaat:

• Sujuvoittamalla päivystysosastolta jatkohoitoon pääsyä	Yli 24h hoitajakset, jotka myöhemmin päätyvät sairaalaosastoille	Ensimmäisen hoitopäivän ylittävät osastotunnit	Ensimmäisen vuorokauden ylittävien osastopäivien kustannus
	300	5720	83 000 €

Päivystysosastolta kotiin tai laitokseen päätyvät alle 75-vuotiaat:

• Osastojakson lyhentäminen vain yön yli kestäväksi	Yli 24h hoitajakset jotka päätyvät kotiin tai laitokseen	Ensimmäisen osastopäivän ylittävät osastotunnit	Ensimmäisen vuorokauden ylittävien osastopäivien kustannus
	550	12 550	181 000 €

Kustannukset ja saavutetut säästöt:

Sairaalaan jatkohoitoon päätyvät potilaat tulisi saada oman erikoisalan tai perustason osastoille yhden osastoyön jälkeen

- Mikäli toimintaa sujuvoitettaisiin niin, että potilaiden ei tarvitse odottaa päivystysosastolla jatkohoitoa, voitaisiin säästää noin puolet vuorokauden ylittävistä hoitopäivien kustannuksista
- **Kokonaissäästö n. 40 000 € vuodessa**

Päivystysosastolla pidetään liian pitkään kotiutuvia potilaita

- Jos yli 24h päivystysosastolla viettävät potilaat saataisiin kotiutettua alle vuorokaudessa, **voitaisiin säästää noin 180 000 € vuodessa**

Laskelmat ovat alustavia arvioita, jotka tarkentuvat toimeenpanovaiheessa.

