



## POLITIIKKASUOSITUS

*Mika Kiela, Anna-Sofia Holappa & Aini Pehkonen*

# Paljon palveluja tarvitsevien palvelukäyttö Pohjois-Savossa – alueellinen tarkastelu

Tämän politiikkasuosituksen tavoitteena on kuvata runsaan palvelukäytön yleisyyttä ja luonnetta Pohjois-Savossa. Tutkimus toteutettiin osana valtion sosiaalityön tutkimusrahoituksella (sosiaalityön VTR) rahoitettua TUKI-hanketta, jossa tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden palvelutarpeita aikuissosiaalityössä.

Tulokset osoittavat, että palvelujen käyttö ja niistä aiheutuvat kustannukset kasautuvat voimakkaasti. Eniten palveluja käyttävä viidennes potilaista vastaa yli puolesta kokonaiskustannuksista. Tämä erityistä tukea tarvitseva potilasryhmä on kuitenkin heterogeeninen, eikä korkea kustannustaso johdu yksinomaan suuresta palvelutapahtumien määrästä. Ryhmässä korostuvat erityisesti mielenterveyden häiriöt sekä somaattinen monisairastavuus.

Alueellisia eroja havaittiin erityisesti korkean kustannusriskin potilaiden osuuksissa. Tulokset korostavat tarvetta tunnistaa runsas palvelukäyttö varhaisessa vaiheessa, kehittää monialaista ja ennakoivaa tukimallia sekä hyödyntää palvelukäyttöön liittyvää tietoa nykyistä systemaattisemmin päätöksenteon tukena.



## Suosituksemme ovat:

**1. Hyvinvointialueella tulee tunnistaa erityisen tuen tarpeessa olevat potilaat järjestelmällisesti ja ennakoivasti.**

Eniten palveluja käyttävä ylin 20 prosenttia potilaista aiheuttaa keskimäärin yli puolet palvelukäytön kokonaiskustannuksista. Tämän ryhmän tunnistaminen on mahdollista seuraamalla ja analysoimalla palvelukäyttöä kuvaavia keskeisiä indikaattoreita. Varhainen tunnistaminen mahdollistaa oikea-aikaisen tuen ja ehkäisee palvelutarpeen kasautumista.

**2. Erityisen tuen tarpeessa olevien potilaiden palvelutarve tulee kartoittaa ja koordinoita monialaisen toimintamallin avulla.**

Runsas palvelukäytön taustalla on usein terveysongelmien ohella sosiaalisia haasteita, jotka lisäävät terveyspalvelujen tarvetta. Palvelutarpeet on tarkoituksenmukaista kartoittaa kokonaisvaltaisesti yhdellä kertaa, jotta eri toimijoiden välinen työnjako selkeytyy ja potilaan tarpeisiin voidaan vastata vaikuttavasti ja koordinoitusti.

**3. Hyvinvointialueen tulee kehittää ennakoiva tukiprosessi paljon palveluja tarvitseville potilaille.**

Valtaosa palvelukäytöstä kohdistuu samoihin yksiköihin eli potilaat asioivat toistuvasti samoissa palveluympäristöissä. Toistuva asiointi voi viitata siihen, että palvelut eivät vastaa potilaiden tarpeisiin riittävän kokonaisvaltaisesti tai että palvelukokonaisuutta ei ole koordinoitu tarkoituksenmukaisesti. Ennakoiva tukiprosessi voi vähentää tarpeetonta palvelukiertoa ja parantaa hoidon jatkuvuutta.

**4. Hyvinvointialueen on perusteltua selvittää kehittyneiden data-analytiikan ja tekoälymenetelmien hyödyntämismahdollisuuksia palvelukäytön ennakoivassa seurannassa.**

Potilastietojärjestelmiin kertyy laajasti tietoa terveyspalvelujen käytöstä. Näitä aineistoja tulee hyödyntää nykyistä systemaattisemmin palvelukäytön ja kustannusten keskittymisen havaitsemisessa ja ennakoivassa seurannassa.





# Palvelukäyttö kohdistuu samoihin palveluihin

Tulosten perusteella kiireettömät perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut olivat selvästi käytetyin yksittäinen palveluluokka kaikilla palvelualueilla. Keskisellä alueella jopa 71 prosenttia kaikista palvelutapahtumista kohdistui kiireettömiin vastaanottopalveluihin. Tämä vastasi noin 76 000 palvelutapahtumaa vuoden 2023 aikana. Kun käyttö suhteutettiin kyseisen alueen paljon palveluja tarvitsevien potilaiden määrään (n = 2 659), vastasi se keskimäärin noin 29 palvelutapahtumaa potilasta kohden.

Pohjoisella alueella (n = 1 323) kiireettömien vastaanottopalvelujen käyttö oli keskimäärin 17 ja eteläisellä alueella (n = 1 018) 21 palvelutapahtumaa potilasta kohden. Käytetyimpien palveluluokkien tarkempi jakauma on esitetty taulukossa 1.

Pohjoisella ja eteläisellä palvelualueella palvelukäyttö painottui matalan kynnyksen vastaanottopalvelujen lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä akuuttivastaanoton palveluihin. Tämä viittaa siihen, että paljon palveluja tarvitsevien potilaiden palvelutarpeet ovat usein samanaikaisesti moninaisia ja kohdistuvat sekä suunnitelmallisiin että äkillisiin palveluihin.

Vaikka analyysi perustui terveydenhuollon rekisteritietoihin, tulokset ovat linjassa aiempien tutkimusten kanssa, jonka mukaan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelutarpeet ylittävät usein sektorirajat (1–3).



**Taulukko 1** Palvelukäyttö käytetyimmissä palveluyksiköissä potilaan (N = 5000) kotipalvelualueen mukaisesti, vuosi 2023 (*merkintä = potilastietomerkintä*).

Yksikköluokka	Eteläinen alue (merkintää, %)	Keskinen alue (merkintää, %)	Pohjoinen alue (merkintää, %)
Kiireetön vastaanotto- palvelu, PTH	21 675 (52,1)	76 266 (71,4)	22 180 (43,0)
Mielenterveys- ja päihde- palvelu, PTH	8 575 (20,6)	7 712 (7,2)	7 348 (14,3)
Akuuttivastaanotto	4 999 (12,0)	7 312 (6,8)	8 862 (17,2)
Neuvolapalvelu	1 910 (4,6)	4 355 (4,1)	2 567 (5,0)
Kotihoito	2 391 (5,7)	2 308 (2,1)	1 244 (2,4)
Avokuntoutus	1 301 (3,1)	2 257 (2,1)	1 291 (2,5)
Vuodeosastopalvelu, PTH	57 (0,1)	477 (0,4)	707 (1,4)
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>41 604 (100,0)</b>	<b>106 866 (100,0)</b>	<b>51 536 (100,0)</b>

## Palvelukäytön kustannusten kohdentumisen

Suurimmat absoluuttiset kustannukset kohdistuivat keskeisen alueen vastaanottopalveluihin (3,74 miljoonaa euroa), mikä vastasi keskimäärin noin 49 euroa palvelutapahtumaa kohden. Eteläisellä ja pohjoisella alueella merkittävimmät kustannukset muodostuivat perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluista: eteläisellä alueella kustannukset olivat yhteensä 1,21 miljoonaa euroa (noin 141 euroa palvelutapahtumaa kohden) ja pohjoisella alueella 1,14 miljoonaa euroa (noin 155 euroa palvelutapahtumaa kohden).

Palvelualueittaiset kokonaiskustannukset olivat tässä aineistossa keskeisellä alueella yhteensä 6,44 miljoonaa euroa, mikä vastasi keskimäärin noin 2 400 euroa tutkittavaa kohden. Pohjoisella alueella kokonaiskustannukset olivat 5,37 miljoonaa euroa (noin 4 000 euroa



tutkittavaa kohden) ja eteläisellä alueella 3,01 miljoonaa euroa (noin 2 950 euroa tutkittavaa kohden).

Vuonna 2023 tarkasteltujen palvelualueiden yhteenlasketut kokonaiskustannukset olivat noin 15 miljoonaa euroa, mikä vastasi keskimäärin noin 3 000 euroa tutkittavaa potilasta kohden.

## Palvelukäytössä ja -kustannuksissa keskittymistä

Sekä palvelukäyttö että siitä aiheutuvat kustannukset jakautuvat epätasaisesti palvelualueiden sisällä, kuten kuviossa 1 esitetään. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että suuri osa palvelukäytöstä kohdistuu paljon palveluja tarvitseville potilaille (4–7). Tutkimusaineistomme osoittaa, että sama ilmiö on selkeästi havaittavissa myös Pohjois-Savossa. Tulokset täsmentävät tätä kuvaa edelleen osoittamalla, että palvelukäyttö ja kustannukset jakautuvat epätasaisesti myös paljon palveluja tarvitsevien potilaiden ryhmän sisällä.

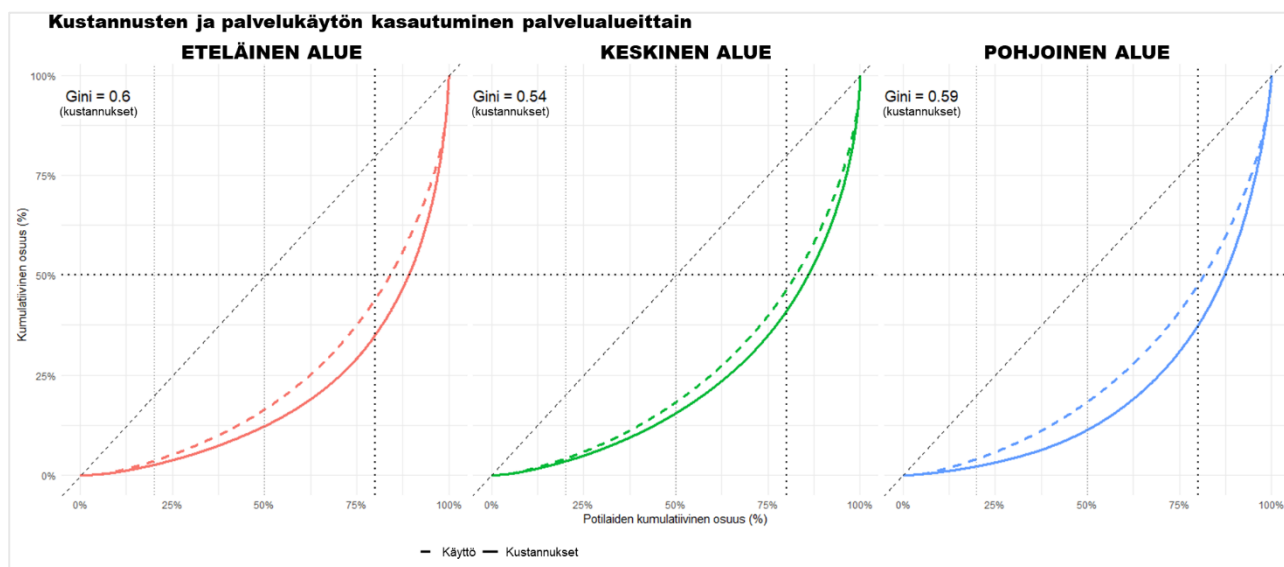
Kaikilla kolmella palvelualueella eniten palvelutapahtumia omaava ylin 20 prosenttia potilaista vastaa yli puolesta kokonaiskustannuksista (katso kuvio 1). Tätä ylintä viidennestä voidaan perustellusti kuvata erityisen tuen tarpeessa olevien potilaiden ryhmäksi. Ryhmän tunnistaminen on keskeistä sekä potilaiden palvelutarpeisiin vastaamisen että palvelujärjestelmän taloudellisen kestävyuden näkökulmasta. Kustannusten jakautuminen oli vähäisintä keskisellä palvelualueella (Gini-kerroin 0,54) ja voimakkainta eteläisellä palvelualueella (Gini-kerroin 0,60).

Palvelukäytön jakautuminen oli kauttaaltaan maltillisempaa kuin kustannusten jakautuminen, mutta niiden kehityssuunnat olivat samansuuntaiset. Palvelukäytön ja kustannusten eriytyminen viittaa siihen, etteivät korkeat kustannukset selity ainoastaan suurella palvelutapahtumien määrällä, vaan myös kustannuksiltaan kalliiden palvelujen käytöllä. Tämä tukee näkemystä, jonka mukaan paljon palveluja tarvitsevia potilaita on tarpeen tarkastella myös kustannusnäkökulmasta ja tunnistaa erikseen niin sanotut korkean kustannusriskin potilaat (high-cost patients).

Tällainen tunnistaminen voi mahdollistaa palvelujen tehokkaamman ja tarkoituksenmukaisemman kohdentamisen. Samalla siihen liittyy kuitenkin merkittäviä riskejä, kuten potilaiden



leimaantuminen, eettiset haasteet sekä liiallinen kustannusohjautuvuus päätöksenteossa. Onkin tärkeää korostaa, etteivät korkeat kustannukset ole potilaasta johtuva ominaisuus, vaan seurausta hoidon tarpeiden ja palvelurakenteen yhteisvaikutuksesta. Kustannusnäkökulmaa tulee siksi tarkastella ensisijaisesti palvelujen parempaa järjestämistä ja resurssien vaikuttavampaa kohdentamista varten, ei palvelujen rajaamisen perusteena.



**Kuvio 1.** Palvelukäyttökustannusten kumulatiivinen jakautuminen potilasosuuksien ja palvelualueiden mukaan.

## Runsaan palvelukäytön taustatekijät ja ennakoitavuus

Aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan (3,8) runsas palvelukäyttö on yleisempää erityisesti somaattisesti monisairailta potilailla sekä henkilöillä, joilla on mielenterveys- tai päihdeongelmia. Tämä havainto pätee myös Pohjois-Savon hyvinvointialueella. Aineistomme perusteella todennäköisyys kuulua erityisen tuen tarpeessa olevien potilaiden ryhmään oli 26 prosenttia suurempi monisairailta potilailla, 28 prosenttia suurempi päihderiippuvaisilla sekä 34 prosenttia suurempi mielenterveyshäiriöitä kokevilla verrattuna potilaisiin, joilla näitä hyvinvointivajeita ei havaittu. Sen sijaan potilaan iällä tai kotipalvelualueella ei ollut yhteyttä kuulumiseen erityisen tuen tarpeessa olevien potilaiden ryhmään.

Tarkasteltaessa erikseen korkean kustannusriskin potilaita asetelma muuttui jonkin verran. Tässä analyysissä kotipalvelualueella havaittiin olevan yhteys kustannusriskiryhmään



kuulumiseen. Mallin perusteella todennäköisyys kuulua korkean kustannusriskin ryhmään oli keskisellä alueella noin 10 prosenttia, eteläisellä alueella noin 14 prosenttia ja pohjoisella alueella noin 28 prosenttia, kun analyysissa huomioitiin keskeiset potilaiden taustatekijät, kuten ikä, mielenterveyshäiriöt, päihderiippuvuus ja monisairaus. Tulokset osoittavat, että pohjoisella palvelualueella korkean kustannusriskin potilaiden osuus on selvästi suurempi kuin muilla alueilla myös potilasrakenteen huomioivassa tarkastelussa. On kuitenkin huomionarvoista, etteivät tarkasteltujen erikoissairaanhoidon palvelujen tarjonta ole alueiden välillä täysin yhtenevä, mikä voi osaltaan selittää havaittuja eroja.

Tulokset viittaavat lisäksi siihen, että osa potilaista käyttää pääasiassa kustannuksiltaan kalliita palveluja, ja että tämä ilmiö jakautuu epätasaisesti palvelualueiden välillä. Vaikka palvelukustannukset syntyvätkin suoraan palvelukäytöstä, ei ainoastaan palvelukäytön arviointi ole perusteltua, mikäli pyritään arvioimaan palvelujärjestelmän resurssitehokkuutta.

Tarkastelimme myös aineiston kolmanneksi eniten palveluja käyttävää potilasryhmää. Tässä ryhmässä palvelukäyttö lisääntyi keskimäärin kalenterivuoden jälkimmäisellä puoliskolla verrattuna alkuvuoteen. Kyseisen kolmanneksi ylimmän desiilin potilaista noin 240 oli siirtymässä erityisen tuen tarpeessa olevien potilaiden ryhmään, mikä vastaa noin puolta kyseisen desiilin potilasmäärästä. Kustannuskehitystä tarkasteltaessa havaittiin lisäksi, että yli puolet tämän ryhmän potilaista oli potentiaalisesti siirtymässä erityisen tuen tarpeessa olevien potilaiden ryhmään.

Siirtymävaiheessa olevien potilaiden tunnistaminen on keskeinen havainto, sillä se viittaa siihen, että merkittävä osa erityisen tuen tarpeessa olevista potilaista olisi ollut mahdollista tunnistaa jo ennen heidän siirtymistään korkeimpaan riskiryhmään. Tämä ohjaa tarkastelua kohti potilaiden varhaista tunnistamista, ennaltaehkäiseviä toimia ja koordinoituja tukimalleja, joiden avulla voidaan saavuttaa merkittäviä hyötyjä sekä potilaiden hyvinvoinnin että palvelujärjestelmän kustannusten hallinnan näkökulmasta.

## Näin tutkimus tehtiin

Tutkimuksen aineistona käytettiin Euroopan Unionin (NextGenerationEU) rahoittamassa PALVA-hankkeessa (2024–2025) kerättyä rekisteriaineistoa. Aineisto koostui 5 000 paljon palveluja tarvitsevien työikäisen henkilön palvelukäyttötiedoista Pohjois-Savon



hyvinvointialueen perusterveydenhuollosta (PTH) ja erikoissairaanhoidosta (ESH). Erikoissairaanhoidon osalta tarkastelu rajattiin aistinelinten erikoisalojen poliklinikkapalveluihin, diagnostisiin ja toimenpidepalveluihin sekä valikoituihin somaattisen erikoissairaanhoidon poliklinikka- ja päiväsaaraalpalveluihin, joita tuotettiin sekä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa että muualla hyvinvointialueella.

Kustannustiedot johdettiin käyntipohjaisesti hyödyntämällä THL:n julkaisemia Mäklin & Kokko (2020) -yksikkökustannuksia (9). Palveluluokat muodostettiin perusterveydenhuollossa suorituspaikkatietojen ja erikoissairaanhoidossa kustannuspaikkatietojen perusteella. Tutkimuksen keskeinen rajoite oli sosiaalihuollon palvelukäyttötietojen puuttuminen, sillä aiemman tutkimuksen mukaan sosiaalihuollon palvelut muodostavat merkittävän osan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kokonaispalvelukokonaisuudesta (2). Tämä vahvistaa entisestään tarvetta tarkastella paljon palveluja tarvitsevia henkilöitä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkuuksina eikä yksittäisen sektorin palvelujen käyttäjinä.

Potilaat jaettiin kymmeneen yhtä suureen ryhmään heidän palvelutapahtumiensa määrän mukaan, joista yhdeksäs ja kymmenes desiili edustivat erityisen tuen tarpeessa olevia potilaita. Sama lähestymistapa sovellettiin kustannusaineistoon tunnistettaessa potilaita, joihin kohdistui erityisen paljon palvelukustannuksia. Palvelualuejako noudatti hyvinvointialueen virallista aluejaottelua (10). Lopulliset potilasmäärät olivat: Pohjoinen 1 323 potilasta (27 prosenttia), Keskinen 2 659 potilasta (53 prosenttia) ja Eteläinen 1 018 potilasta (20 prosenttia).

Palvelukäytöksi laskettiin kaikki potilaiden ja palvelujärjestelmän väliset kontaktit, ei ainoastaan fyysiset vastaanottokäynnit. Täten analyysiin sisällytettiin myös puhelinkontaktit, etä-vastaanotot sekä ammattilaisten väliset konsultaatiot, jotta palvelujen ja resurssien kohdentumista voitiin tarkastella mahdollisimman kattavasti. Palvelukäytön ja kustannusten jakautuneisuutta arvioitiin kuvioden lisäksi Gini-kertoimella (0 = täysin tasainen jakautuminen, 1 = kaikki käyttö kohdistuu yhdelle potilaalle).

Aineisto analysoitiin toisilain mukaisessa tietoturvalisessä käyttöympäristössä, ja se oli kolmannen osapuolen pseudonymisoima siten, ettei tutkijoilla ollut pääsyä tunnistesteellisiin tietoihin. Tutkimus perustui Pohjois-Savon hyvinvointialueen myöntämään tutkimuslupaun ja toteutettiin osana Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa TUKI-hanketta (sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaiden palvelutarpeet aikuissosiaalityössä).



# Lähteet

1. Hujala A, Lammintakanen J. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. 2018.
2. Kivelä K, Elo S, Kääriäinen M. Frequent attenders in primary health care: A concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2018;86:115–24. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.003
3. Kiela M, Holappa AS, Pehkonen A. Paljon palveluja käyttävät sosiaali- ja terveystalveluissa: Integroiva kirjallisuuskatsaus. *Sos Laaketiet Aikak* 2026;63. doi:10.23990/sa.152042
4. Wikström K, Linna M, Reissell E, Laatikainen T. Multimorbidity transitions and the associated healthcare cost among the Finnish adult population during a two-year follow-up. *J Multimorb Comorb* 2023;13:1–9. doi:10.1177/26335565231202325
5. Joynt KE, Figueroa JF, Beaulieu N, Wild RC, Orav EJ, Jha AK. Segmenting high-cost Medicare patients into potentially actionable cohorts. *Healthcare* 2017;5:62–7. doi:10.1016/j.hjdsi.2016.11.002
6. Thorpe KE, Howard DH. The Rise in Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role Of Chronic Disease Prevalence And Changes In Treatment Intensity. *Health Aff* 2006;25:W378–88. doi:10.1377/hlthaff.25.w378
7. The Congress of the United States - Congressional Budget Office. High-Cost Medicare Beneficiaries. Washington D.C.; 2005.
8. Shukla D, Faber E, Sick B. Defining and Characterizing Frequent Attenders: Systematic Literature Review and Recommendations. *J Patient Cent Res Rev* 2020;7:255–64. doi:10.17294/2330-0698.1747
9. Mäklin S, Kokko P. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Julkari (THL). 2020.
10. Pohjois-Savon hyvinvointialue kirjaamo. Pohjois-Savon hyvinvointialue [Internet]. 2023. Palvelualueet ja palvelupaikat. Saatavissa: <https://pshyvinvointialue.fi/palvelupaikat-ja-palvelualueet>



## Lisätietoja:

**Mika Kiela**, tutkija

044 717 2170

[mika.kiela@pshyvinvointialue.fi](mailto:mika.kiela@pshyvinvointialue.fi)

**Anna-Sofia Holappa**, tutkija

044 717 2171

[anna-sofia.holappa@pshyvinvointialue.fi](mailto:anna-sofia.holappa@pshyvinvointialue.fi)

**Aini Pehkonen**, tutkimusprofessori

040 775 3202

[aini.pehkonen@pshyvinvointialue.fi](mailto:aini.pehkonen@pshyvinvointialue.fi)

TUKI-hanke on rahoitettu Sosiaalityön VTR -tutkimusrahoituksella.