



Monialainen perhekeskus tuottaa kustannusvaikuttavia palveluja – lapsiperhepalvelujen taloudellinen arviointi

Päälöydökset

- Monialaisen perhekeskuksen tarjoama lähipalvelujen kokonaisuus vähensi korjaavien lapsiperhepalvelujen tarvetta.
- Ehkäisevän perhetyön interventio oli kustannusvaikuttava verrattuna tavanomaisiin lapsiperhepalveluihin.
- Suuntaamalla taloudellisia voimavaroja ehkäisevään perhetyöhön sekä asiakas-suhteen laatuun ja keston saadaan suhteellisen pienellä rahallisella panostuksella tuotettua vaikuttavaksi osoitettuja lapsiperhepalveluja.
- Sosiaalipalvelujen nykyisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä voidaan käyttää kustannusvaikuttavuuden arviointiin..

Kirjoittajat:

Jan Klavus

Tutkijatohtori, Tampereen yliopisto

Arja Hastrup

Johtava asiantuntija, THL

Tiina Jarvala

Projektipäällikkö, Fimlab

Anna-Kaisa Pusa

Kaupunginjohtaja, Kurikan kaupunki

Pekka Rissanen

Professori, Tampereen yliopisto

Tausta

Perhekeskus on lähipalvelujen kokonaisuus, joka sisältää lapsille ja perheille suunnatut hyvinvointia ja terveyttä sekä kasvua ja kehitystä edistävät sekä varhaisen tuen ja hoidon palvelut. Se verkostoi ja sovittaa yhteen lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelut sekä järjestöjen ja seurakuntien toiminnan siten, että jokainen lapsi ja perhe saa tarvitsemansa tuen ja avun (Pelkonen ja Hastrup 2016). Perhekeskuksen palvelutoiminnan lähtökohtana on, että palvelut järjestetään hallintorajat ylittävästi, monialaisesti ja yhteistoiminnassa kolmannen sektorin kanssa. Suomessa perhekeskusten toimintamallit ja niiden sisältämät palvelut ovat aiemmin vaihdelleet kunnittain. Perhekeskukset voitiin jaotella vuonna 2012 seuraavasti: monialainen perhekeskus, hyvinvointineuvolatyypinen perhekeskus, avoimen varhaiskasvatuksen perhekeskus ja erikoistunut perhetukikeskus (Halme ym. 2012). Monialainen perhekeskus toimii nykyisen kehittämistyön pohjana.

Kansallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa 2008–2011 ja sen toisella ohjelmakaudella 2012–2015 (Kaste) koottiin yhteen terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittämistoimet yhtenäiseksi kokonaisuudeksi (STM 2008,2012a, 2012b). Yksi Kaste 2012–2015 -ohjelman kuudesta osaohjelmasta koski lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistamista (Lasten Kaste). Lasten Kaste -osaohjelman tavoitteena oli vahvistaa ehkäiseviä ja varhaisen tuen palveluja laajentamalla ja kehittämällä perhekeskustoimintamallia yhteistyössä perheiden, kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa. Ohjelmanjauksen mukaan perhekeskuksessa ovat mukana neuvola, varhaiskasvatus, perhetyö, järjestöt, seurakunnat, lastensuojelu, erityistyöntekijät sekä kasvatus- ja perheneuvola. Perhekeskus toimii monialaisesti ja perustuu eri toimijoiden yhteistyöhön ja monialaiseen johtamiseen (Hastrup ym. 2016).

Tässä tutkimuksessa verrattiin monialaisen perhekeskuksen palvelutoiminnan vaikuttavuutta, kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta ”hajautettuja” lapsiperhepalveluja tarjoavaan palvelutoimintaan. Monialaisen perhekeskuksen toiminta koostui tiheistä neuvola- ja kotikäynneistä, ennaltaehkäisevästä perhetyöstä sekä perheneuvolojen ja psykiatrien tehostetuista palveluista. Lisäksi käytössä oli alkukartoitus perheiden pulmatilanteiden varhaiseen tunnistamiseen. Vertailun kohteena olevassa palvelutoiminnassa järjestämisestä vastasi lapsiperhepalvelujen yhteen sovitettu johtamisorganisaatio, mutta lapsiperhepalveluja ei vielä ollut organisoitu monialaiseksi perhekeskukseksi. Tutkimus toteutettiin kahdessa väestöpohjaltaan toisiaan vastaavassa kuntayhtymässä.

Tutkimuksessa vertailtujen palvelutoimintamallien sisältöä, tavoitteita ja toimintakäytäntöjä on kuvattu tarkemmin Taulukossa 1.

Taulukko 1. Palvelutoimintamallien ominaispiirteet

	KOERYHMÄ: monialainen perhekeskus	KONTROLLIRYHMÄ
Lapsiperhe- palvelut	<p>Äitiys- ja perhesuunnitteluneuvola Lastenneuvola Perheneuvola Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto Lapsiperheiden kotipalvelu Ehkäisevä perhetyö Aikuisten terveysneuvonta Terveyden edistäminen ja hyvinvointityö Terveyskeskuspsykologi Puheterapia Toimintaterapia Mielenterveys- ja päihdeyksikkö (yhden kunnan alueella) Sosiaalipalvelut (2/3 alueesta mukana)</p> <p>Kohtaamispaikkatoiminnassa mukana varhaiskasvatus, järjestöt ja yksityiset</p>	<p>Äitiys- ja lastenneuvola Perhesuunnitteluneuvola Perheneuvola Lapsiperheiden kotipalvelu Neuvokas perhetyö Sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö * Lastensuojelun tehostettu perhetyö Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto Aikuisten terveysneuvonta Terveyden edistäminen ja hyvinvointityö Terveyskeskuspsykologi Psykiatriset sairaanhoitajat Puhe – ja toimintaterapia sekä lasten fysioterapia Sosiaalipalvelut ** Varhaiskasvatus Etsivä nuorisotyö ja nuorten työpajat</p>
Tavoitteet	<p>Tavoitteena oli saada palvelut entistä paremmin vastaamaan perheiden nykypäivän tarpeita muuttuvassa ympäristössä.</p> <p>Tavoitteena oli entistä selkeämpi ja laajempi palveluiden kokonaisuus sosiaali- ja terveystoimen, varhaiskasvatuksen, koulu- ja vapaa-aikatoimen, seurakuntien ja kolmannen sektorin yhteistoimintana.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisaatiolähtöisyydestä kohti asiakaslähtöisyyttä - Ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen - Asiakkaan ja perheen osallisuus ja aktiivinen toimijuus omassa elämässään 	<p>Kehittää lapsille, nuorille ja lapsiperheille suunnattujen palvelujen kokonaisuutta.</p> <p>Valmistella lapsia, nuoria ja lapsiperheitä koskeva palvelustrategia ja edistää palvelujen järjestämiseen liittyvän tietojen vaihdon sujuvuutta viranomaisten kesken.</p>
Työtavat ja aktiiviset toimenpiteet	<p>Moniammatillinen tiimityö. Perhetyön laatuun panostettu ja tapaamisten määrää lisätty. Vahvistettu työntekijöiden ja esimiesten osaamista varhaisesta avoimesta yhteistyöstä. Kohtaamispaikkatoiminnan aloitus (avoim varhaiskasvatustoiminta) Otettu käyttöön Alpaka-alkukartoitusmalli ja Ponnari-palveluohjaus.</p>	<p>Lapsiperhepalvelujen toiminnan kehittämässä lähtökohtana palvelujen integrointi ja verkoston johtaminen (monialainen johtamisverkosto).</p> <p>Vuonna 2014 alkoi lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitetun monialaisen perhekeskuksen valmistelu (kirjaus kuntayhtymän hyvinvointisuunnitelmassa).</p>

*1.4.2015 lähtien ** Sosiaalihuoltolaki voimaan 1.4.2015

Lapsiperhepalvelujen taloudellisen arvioinnin lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, voidaanko asiakas- ja potilastietojärjestelmien tuottamaa tietoa hyödyntää lapsiperhepalveluja kuvaavien tunnuslukujen ja seurantaindikaattoreiden muodostamisessa. Nämä tietojärjestelmät muodostavat kattavan ja suhteellisen helposti saatavilla olevan tietopohjan, jota voitaisiin tulevaisuudessa soveltaa yleisemminkin sosiaalipalvelujen kustannusvaikuttavuuden arviointiin.

Aineisto ja menetelmät

Näin tutkimus tehtiin

Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin tutkimusryhmien välisellä lisäkustannussuhteella (ICER). Lisäkustannussuhde osoittaa paljonko koeryhmässä tuotettu vaikuttavuusyksikkö maksoi suhteessa verrokkiryhmään, ja se vastaa kysymykseen: ”Kuinka paljon interventiolla aikaansaatu vaikuttavuusyksikkö (esimerkiksi korjaavien lapsiperhepalvelujen tarpeen väheneminen) maksaa vaihtoehtoiseen toimintatapaan verrattuna?”

Interventiota voidaan pitää kustannusvaikuttavana, kun se on edullisempi ja vähintään yhtä vaikuttava kuin vaihtoehtoinen toimintatapa, tai sekä vaihtoehtoaan kalliimpi että vaikuttavampi, mutta lisähyödyn katsotaan olevan lisäkustannusten arvoista. Kustannusvaikuttavuustutkimukseen liittyvä tilastollinen epävarmuus laskettiin simuloitimenetelmällä, jossa alkuperäisestä aineistosta muodostettiin 5 000 uusintaotosta. Kustannusvaikuttavuuden ”hintaa” arvioitiin laske- malla kuinka suuri rahallinen panostus asiakasta kohden tarvittaisiin, jotta palvelu tuottaisi kustannusvaikuttavan lopputuloksen.

Tutkimusaineiston muodostivat kuntayhtymien alueella asuvat lapsiperheet (alle kouluikäiset lapset), joiden ehkäisevän perhetyön interventio oli tullut ensimmäistä kertaa käsittelyyn aikavälillä 1.1.2013–30.9.2014. Lapsiperheet olivat asuneet alueella vähintään 365 päivää ennen ensimmäisen intervention alkamista. Tutkimus toteutettiin kontrolloituna koeasetelmana, jossa monialainen perhekeskus muodosti koeryhmän ja yhteen sovitettun johtamismallin perhekeskus verrokkiryhmän. Tutkimusryhmät koottiin siten, että koe- ja verrokkiryhmien nuorin lapsi kuuluivat samaan ikäluokkaan. Ikäluokkia oli kolme: alle 2-vuotiaat, 2–4-vuotiaat ja 4–6-vuotiaat. Tutkimukseen osallistuneiden perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä seurattiin 365 päivää ennen ja jälkeen intervention alkamisen. Lopullisessa aineistossa koeryhmässä oli 61 ja verrokkiryhmässä 67 lapsiperhettä. Vastaavat henkilömäärät ryhmissä olivat 263 ja 331.

Kuntayhtymien oman perhepalvelutuotannon ja interventioiden tiedot kerättiin takautuvasti syksyllä 2016. Lisäksi kerättiin yksilötason asiakastietoja potilastietojärjestelmistä (Effica, EPPOTTI ja Pro Consona) sekä kunta- ja aluetason tietoja SOTKANet -tietokannasta.

Tutkimusryhmien käyttämien terveys- ja sosiaalipalvelujen kustannukset laskettiin sosiaalipalvelujen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttömäärätietojen perusteella. Käyttömäärätiedot muunnettiin rahamääräisiksi palvelujen valtakunnallisilla yksikkökustannuksilla (Kapiainen ym. 2014). Kustannukset diskontattiin vuoden 2014 tasoon julkisten palvelujen hintaindeksillä (Tilastokeskus 2015). Kustannusten muutosta tarkasteltiin vertailemalla intervention jälkeisten kustannusten tasoa kustannusten tasoon ennen interventiota.

Kuntayhtymien lapsiperhepalvelujen toiminnan vaikuttavuutta arvioitiin seuraavilla indikaattoreilla: 1) psykiatrian läheteiden määrän muutos 2) korjaavien lapsiperhepalvelujen käyntimäärän muutos 3) korjaavien lapsiperhepalvelujen kustannusten muutos ja 4) intervention kesto koe- ja verrokkiryhmässä.

Tulokset

Psykiatrian läheteiden määrä kasvoi intervention aikana sekä koe- että verrokkiryhmässä, mutta koeryhmässä kasvu oli keskimäärin vähäisempää (Taulukko 2a). Näin arvioituna perhekeskuspalvelut olivat koeryhmässä 2,9 yksikköä vaikuttavampia kuin verrokkiryhmässä. Koeryhmän lisäkustannukset suhteessa verrokkiryhmään olivat 1 722 euroa, jolloin yhden vaikuttavuusyksikön kustannukseksi muodostui 592 euroa. Interventioilla oli vähäinen vaikutus psykiatrian läheteiden määrään ja vaikuttavuuden saavuttamisen kustannukset olivat korkeat. Psykiatrian läheteiden määrällä arvioituna kustannusvaikuttavuutta ei todennäköisesti saavuteta millään taloudellisesti kannattavalla kustannusten tasolla.

Korjaavien lapsiperhepalvelujen käynnit vähenivät intervention aikana koeryhmässä keskimäärin kahdella käynnillä ja lisääntyivät verrokkiryhmässä keskimäärin kahdellakymmenellä käynnillä (Taulukko 2b). Tuotantokustannuksilla arvioituna kustannukset kasvoivat verrokkiryhmässä noin 1 300 eurola ja pienenevät koeryhmässä noin 100 eurolla (Taulukko 2c). Koeryhmän lisäkustannukset (sisältäen myös muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset) olivat noin 1 900 euroa. Yhden käynnin vähentämisen kustannukseksi muodostui siten noin 90 euroa. Tämän vaikuttavuusindikaattorin suhteen monialaisen perhekeskuksen palvelutoiminta oli kustannusvaikuttavaa noin 300 euron lisäkustannuksella lapsiperhettä kohti, kun tilastollisen erehtymisriskin suuruus oli alle yhden prosentin.

Intervention kesto koeryhmässä oli keskimäärin 185 päivää ja verrokkiryhmässä 137 päivää (Taulukko 2d). Koko tutkimusaineiston tasolla arvioituna intervention lisäkustannukset koeryhmässä olivat noin 350 euroa, jolloin yhden lisäinterventiopäivän kustannukseksi muodostui seitsemän euroa. Tilastollinen epävarmuus mukaan lukien intervention kestoa saatiin koeryhmässä pidennettyä yhdellä päivällä keskimäärin 50 euron suuruisella lisäkustannuksella (erehtymisriski alle yhden prosentin).

Taulukko 2. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus (n = havaintojen määrä)

Vaikuttavuusmittari	Koe-ryhmä	Verrokki-ryhmä	Lisäkustannukset	Lisävaikuttavuus	ICER
a) Psykiatrian lähetteet					
Muutos läheteiden määrässä intervention jälkeen	10,9 (n=30)	13,8 (n=15)	1722	2,9	592
b) Korjaavat lapsiperhepalvelut					
Muutos käyntimäärässä intervention jälkeen	-1,8 (n=21)	20,4 (n=44)	1 903	22,2	85,7
c) Korjaavat lapsiperhepalvelut					
Muutos kustannuksissa intervention jälkeen	-112 (n=21)	1312 (n=44)	1 903	1 422	1,3
d) Intervention kesto (päivää)					
Intervention keston ero tutkimusryhmissä	185 (n=236)	137 (n=249)	344	48	7,2

Kirjallisuutta

Halme, N., Kekkonen, M. ja Perälä M.-L. (2012) Perhekeskukset Suomessa: palvelut, yhteistoiminta ja johtaminen. Raportti 62/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Hastrup, A., Paavilainen, E., Kekkonen, M., Leikas, T., Kivineva, E., Pihlajamäki, V. ja Lepistö, E. (2016) Perhekeskus lasten ja perheiden palveluiden tarjoajana: kehittämisprosessi JIK-kuntayhtymä. Työpaperi 25/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Pelkonen, M. ja Hastrup, A. (2016) [Matalan kynnyksen palvelujen verkostoiminen: perhekeskustoiminta-malli](#). Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Selvityksiä 2008:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Toimienpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Helsinki.

Tilastokeskus (2018). Suomen virallinen tilasto (SVT): [Julkisten menojen hintaindeksi](#) Helsinki: Tilastokeskus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-343-349-6 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-349-6>

www.thl.fi

Yhteenveto

Tutkimuksessa tarkasteltiin kahden lapsiväestöltään samankokoisen kuntayhtymän lapsiperheiden palvelujen kustannuksia, toiminnan vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Tutkimus toteutettiin kontrolloituna koeasetelmana, jossa monialainen perhekeskus muodosti koeryhmän ja lapsiperheväestöltään vastaavan kokoinen palvelun tuottaja verrokkiryhmän. Vaikuttavuusindikaattoreina käytettiin psykiatrian läheteiden määrää, korjaavien lapsiperhepalvelujen käyntimäärää ja kustannuksia sekä intervention kokonaiskesto.

Psykiatrian läheteiden määrällä arvioituna monialaisen perhekeskuksen palvelukokonaisuus ei ollut kustannusvaikuttavaa. Intervention aikana psykiatrian läheteiden määrä lisääntyi kummassakin tutkimusryhmässä, mutta monialaisessa perhekeskuksessa läheteiden määrän kasvu oli jonkin verran vähäisempää. Tutkimuksen seuranta-aika oli tämän vaikuttavuusindikaattorin osalta suhteellisen lyhyt. Koska psykiatrinen erikoissairaanhoito on yleensä pitkäkestoista, hoidon pitkän aikavälin kustannukset saattavat muodostua korkeiksi. Tästä näkökulmasta varhaisella ongelmien puuttumisella ja muilla ehkäisevillä perhetyön palveluilla saattaa kustannusten näkökulmasta olla merkittävä vaikutus, jos näillä toimintamalleilla voidaan välttää yksittäinenkin psykiatrian lähete.

Monialaisen perhekeskuksen tavoite vähentää korjaavien lapsiperhepalvelujen tarvetta panostamalla ennaltaehkäisevään perhetyöhön osoittautui vaikuttavaksi toimintamalliksi. Intervention aikana korjaavien lapsiperhepalvelujen käyntejä tehtiin koeryhmässä keskimäärin kaksikymmentä vähemmän kuin verrokkiryhmässä. Tällä vaikuttavuusindikaattorilla arvioituna palvelutoiminta oli myös kustannusvaikuttavaa noin 300 euron lisäkustannuksella lapsiperhettä kohti. Pyrkimystä siirtää toiminnan painopistettä määrällisestä palvelutarjonasta asiakassuhteen laatua ja jatkuvuutta korostavaan suuntaan tuki myös koeryhmän interventioiden pidempi kesto; ero verrokkiryhmään oli keskimäärin 50 päivää. Tutkimustulosten mukaan noin 500 euron rahallisella panostuksella saatiin intervention kesto pidennettyä kymmenellä päivällä.

Tutkimus osoitti, että suuntaamalla taloudellisia voimavaroja ennaltaehkäiseviin palveluihin, asiakaslähtöisyyteen ja selkeisiin palveluprosesseihin voidaan kohtuullisen pienellä rahallisella panostuksella saavuttaa vaikuttavuutta, joka pidemmällä aikavälillä tuottaa säästöä terveys- ja sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksissa. Lisäksi osoitettiin, että terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden mittaamiseen kehitetyt menetelmät voidaan nykyisiä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä hyödyntäen soveltaa sosiaalipalvelujen, ja myös perhekeskustoiminnan, taloudelliseen arviointiin. Keskenään erilaisten tietojärjestelmien yhdenmukaistaminen edesauttaisi sosiaalipalvelujen kustannusvaikuttavuustutkimuksen yleistymistä, sillä tietojen saantiin liittyvät hallinnolliset käytännöt ja hajanaisten tietojen yhteensovittaminen osoittautui vielä varsin työlääksi. Lisäksi on huomattava, että sosiaalipalvelujen nykyiset tietojärjestelmät mahdollistavat palvelujen vaikuttavuuden arvioinnin vain niiltä osin mitä tietoja järjestelmiin kerätään. Tutkimukselliseen näyttöön perustuvan sosiaalipalvelujen kehittämistyön tueksi olisi tarpeellista kerätä yksilökohtaisia tietoja terveys- ja sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden arviointiin kehitetyillä elämänlaatu- ja toimintakykyarvioilla ja arvioida kustannusvaikuttavuutta myös satunnaisesti tutkimusasetelmassa.