

**Digitaalinen muutos väestön
hyvinvoinnin ja terveyden
edistämisessä
– Tarmoa-palvelu toimintatapojen
uudistajana**

Sisällys

1. Tarmoa tiiviisti.....	2
2. Skenaarioanalyysin toteutus.....	2
3. Tarmoa-palvelun takaisinmaksuaika.....	4
4. Hyöty-kustannus-suhde (BCR) Tarmoa-palvelulle vuosille 2025–2030.....	6
5. Nettohyöty.....	7
6. Lääkärikäynnit	7
7. Yhteenveto	10
Lähteet	12

1. Tarmoa tiiviisti

Tarmoa on digitaalinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen verkkopalvelu, joka tukee sekä kansalaisten että ammattilaisten toimintaa. Palvelun tavoitteena on parantaa hyte palvelujen löydettävyyttä ja tukea muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettavaa palveluohjausta. Jotta digitaalisista palveluista voidaan saada todennettuja hyötyjä, tulee palvelujen integroitua osaksi toimintamalleja. Tarmoa tukee asukkaiden itsenäistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä tehostaa asiakas- ja palveluohjausta digitaalisen työvälineen avulla. Tarmoan avulla hyvinvointialueen, kuntien ja kolmannen sektorin hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut ja toiminnot ovat sekä kansalaisten että ammattilaisten helposti käytettävissä. Ammattilaiselle Tarmoa tuo työvälineen asiakas- ja palveluohjaukseen. Lisäksi palvelun toiminnallisuus ”Tarmontunnistin” auttaa löytämään potilaalle hänen mielenkiinnon kohteitaan tukevia mahdollisuuksia, tietoa, palveluja, tapahtumia ja vertaistukea. Tarmoan tavoitteena on tukea Suomen kestävä kasvun ohjelman pyrkimystä pysyvään toimintatapojen muutokseen eli painopisteen siirtämiseen ennaltaehkäiseviin ja hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin ja toimintaan.

2. Skenaarioanalyysin toteutus

Analyysissa säästöpotentiaalia arvioitiin perustuen erilaisiin oletuksiin, koska Tarmoa palvelu on käyttöönotettavissa tammikuussa 2025. Perusoletuksena oli, että palvelu vähentää elintapaneuvonnan asiakaskäyntien pituutta 15 minuuttia per käynti. Säästöjä arvioitiin erilaisten elintapaneuvonta kattavuusskenaarioiden perusteella (1 % - 5 %).

Arvioinnissa tapauksena oli alueiden diagnosoidut tyyppin 2 diabetesta sairastavat henkilöt ja osin alueen väestö, jolla on kohonnut riski sairastua tyyppin kaksi diabetekseen. Skenaarioita tarkasteltiin kansallisella tasolla. Analyysin aluksi selvitettiin diabetesriskissä olevien henkilöiden määrä. Tyyppin 2 diabeteksen riskissä olevien henkilöiden määrän laskeminen perustui Terve Suomi -tutkimukseen (2023), jonka mukaan henkilöistä, joilla ei ole todettu diabetesta, miehistä, joka viidennellä (20 %) ja naisista lähes joka kolmannella (30 %) todettiin olevan vähintään kohtalainen riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Koska sukupuolijakaumaa ei ollut tarkasti tiedossa, käytettiin keskimääräistä riskiprosenttia koko väestölle. Lisäksi laskettiin riskissä olevien henkilöiden määrä ja arvioitiin, kuinka suuri osa heistä saisi elintapaneuvontaa eri kattavuustasoilla. Alla olevassa taulukossa on esitetty DM2-riskissä olevien potilaiden määrät, mikä vastaa 25 % väestöstä. Elintapaneuvonnan skenaarioihin liittyvä henkilömäärä 1–5 % auttaa myöhemmin analyysissä arvioimaan, kuinka suuri osa väestöstä on liitettyä kuhunkin skenaarion elintapaohjauksen potentiaalisena kohderyhmänä.

Osuus DM2 sairastavista potilaista (25 % väestöstä)	Henkilöä	Henkilöt per alue
DM2 Riskissä oleva väestö 100 %	1393328	63333
1 % riskissä olevista henkilöistä	13933	633
2 % riskissä olevista henkilöistä	27867	1267
3 % riskissä olevista henkilöistä	41800	1900
4 % riskissä olevista henkilöistä	55733	2533
5 % riskissä olevista henkilöistä	69666	3167

Seuraavaksi mukaan analyysiin otettiin elintapaneuvonnan kustannukset. Oletuksena käytettiin Hyte kerroinindikaattorin tavoitetta siitä, että jokainen tunnistettu diabetesriskissä oleva henkilö saisi puolen vuoden kuluessa riskin tunnistamisesta elintapaneuvontaa. Analyysissa oletettiin, että kukin elintapaneuvontaa saava henkilö saisi keskimäärin kolme neuvontakäyntiä (vrt. Martiskainen 2024).

Martiskainen (2024) tutkimuksessaan määritteli yhden elintapaneuvontakäynnin kustannukseksi 85 euroa per käynti (Martiskainen 2024). Vuonna 2018 kuluttajahintaindeksi oli keskimäärin 102,2 ja vuoden 2024 indeksiarvo on noin 122,3. Laskettaessa elintapaneuvontakäynnin nykyhintaa vuoden 2018 arvon 83 euroa per käynti mukaan, nykyhintaa elintapaneuvontakäynnille olisi siis noin 101,70 euroa. Laskelma perustuu inflaatiotietoihin vuosilta 2018 ja 2024 kustannuksesta (85 euroa). Tämän perusteella laskettiin, kuinka paljon elintapaneuvontaa maksaisi, jos 1 %-5 % riskiryhmään kuuluvista henkilöistä saisi elintapaneuvontaa 3x 60 min (ks. populaatio taulukosta 1). Tämän jälkeen elintapaneuvontaa kuluva kokonaisaika arviointiin minuutteina. Jokaisen neuvontakäynnin pituudeksi määriteltiin 60 minuuttia (Martiskainen 2024). Kullekin henkilölle laskettiin kolme käyntiä. Tämän perusteella laskettiin, kuinka paljon aikaa kokonaisuudessaan kuluu elintapaneuvontaan eri kattavuustasoilla (1 %-5 %)

Säästöjen arvioimiseksi laskelmaan lisättiin Tarmoa-palvelun arvoitu vaikutus. Oletuksena käytettiin, että Tarmoa vähentäisi neuvontakäynnin pituutta käyntiä 15 minuuttia per käynti. Tämän perusteella arvoitiin sekä aika- että euromääräistä säästöpotentiaalia kansallisesti eri kattavuustasoilla (1 %-5 %).

Oletus 15 minuutin käyntikohtaisesta ajansäästöstä perustuu Tarmoa-palvelun toiminnallisuuksiin, jotka tehostavat palveluohjausta ja neuvontaa. Tarmoa kokoaa kattavasti yhteen alueelliset hyte palvelut, vastatakseen THL:n määrittelemään haasteeseen siitä, ettei sosiaali- ja terveydenhuollossa tunneta kattavasti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisia palveluja ja toimintaa (THL, 2024). Tarmoa tarjoaa myös välineen puheeksi oton tueksi, eli keskustelun käynnistämiseen ja tavoitteiden asettamiseen. Tarmoan toiminnallisuus, Tarmontunnistin, auttaa tehokkaasti tunnistamaan ne palvelut, jotka ovat potilaalle/asiakkaalle hyödyllisiä ja kiinnostavia. Tarmontunnistin analysoi potilaan tilanteen ja tarjoaa hänelle suosituksia, jotka auttavat häntä löytämään juuri ne palvelut, joista hän todennäköisimmin hyötyisi. Tämä vähentää manuaalisen

ohjauksen tarvetta ja nopeuttaa palveluohjauksen prosessia, koska potilaalle voidaan tarjota täsmällisiä ja kohdennettuja ehdotuksia heti vastaanotolla. Ajansäästö Tarmoa-palvelun avulla syntyy siis siitä, että sen avulla potilaan/asiakkaan tarpeet hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi voidaan kartoittaa nopeammin, jolloin terveydenhuollon ammattilaisen aikaa ei kulu perusteellisten tietojen etsimiseen. Tarmontunnistimien yksilökohtainen suosittelutoiminto auttaa huomioimaan potilaan/asiakkaan hyvinvoinnin perustan kaikilta hyvinvoinnin osa-alueilta, vähentäen ammattilaisen työkuormaa. Tarmoa myös kokoaa tiedot lähialueen palveluista helposti saataville vähentäen hyte palvelujen etsimiseen kuluva työaika. Analyysissa ajateltiin tämän johtavan siihen, että aikaa, joka normaalisti kuluisi potilaan tarpeiden kartoittamiseen ja erilaisten palveluvaihtoehtojen esittelyyn, lyhenee huomattavasti. Koska perinteinen elintapaneuvontakäynti kestää keskimäärin 60 minuuttia, arvioimme, että Tarmoa-palvelun tuottama ajansäästö voisi olla jopa 15 minuuttia per käynti. Tämä 25 % lyhennys perustuu siihen, että suuri osa prosessista voidaan hoitaa uuden digitaalisen työvälineen avulla. Tarmoaan 25 % säästöpotentiaalilla hinta per elintapaneuvontakäynti olisi tällöin 76,28 euroa käynti.

Tässä analyysissä tarkasteltiin hyvinvointialueiden kustannuksia liittyen Tarmoaan käyttöönottoon sekä kustannusten kehitystä vuosina 2025–2030. Tarmoa hankkeen kehityskustannukset vuosina 2022–2025 katetaan kokonaisuudessaan EU:n kestävän kasvun ohjelmasta. Kun palvelun kehityskustannukset on katettu, hyvinvointialueille jää kertaluontoinen käyttöönottokustannus 14800 euroa, sekä palvelun kehitys- ja ylläpitokustannukset kattava alueen väestömäärään perustuva per capita kustannus (2025: 0,25eur/hlö), joita tarkastellaan osana analyysia. Kehitysvaiheen kustannukset otetaan laskelmassa huomioon, jotta nähdään, tuottavatko alueelle koituvat ylläpitokustannukset riittävästi hyötyä suhteessa hankkeen kokonaiskustannuksiin.

3. Tarmoa-palvelun takaisinmaksuaika

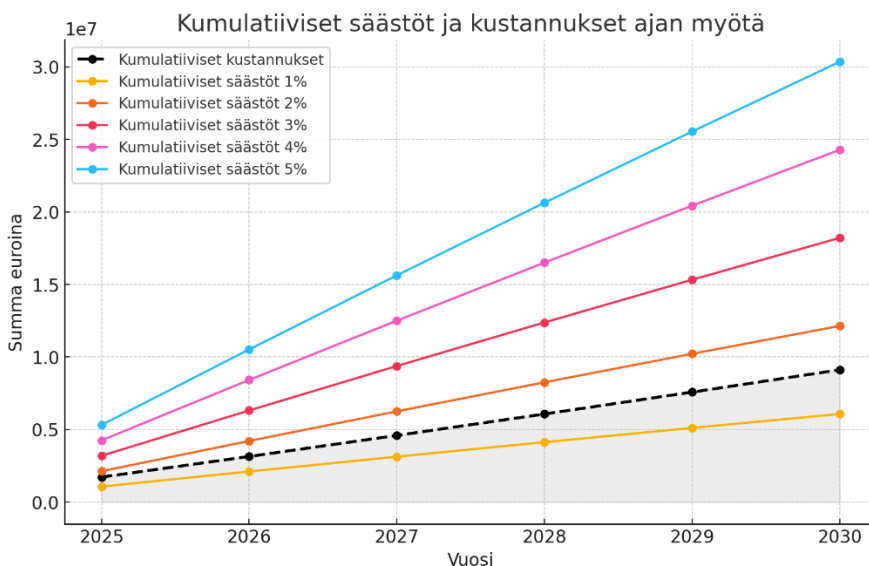
Laskelma perustui palvelun käyttöönotto- ja ylläpitokustannuksiin, joita verrattiin eri skenaarioissa saavutettuihin eurosäästöihin. Laskelmassa huomioitiin kiinteä käyttöönottokustannus, joka oli 14 800 euroa per alue, sekä per capita -maksu 0,25 euroa per asukas. Lisäksi arvioitiin takaisinmaksuaikaa eri skenaarioissa, joissa 1–5 % DM2-riskissä olevista potilaista osallistuisi elintapaneuvontaan.

Skenaarioissa DM2-riskissä olevat potilaat saisivat elintapaneuvontaa (3 x 45 minuuttia) Tarmoa-palvelua hyödyntäen palveluohjauksen välineenä. Näiden skenaarioiden perusteella (1–5 %) analysoitiin, milloin kumulatiiviset säästöt ylittävät kumulatiiviset kustannukset ja investointi alkaa tuottaa taloudellista hyötyä.

Vuosi	Kumulatiivinen säästö-kustannukset 1%	Kumulatiivinen säästö-kustannukset 2%	Kumulatiivinen säästö-kustannukset 3%	Kumulatiivinen säästö-kustannukset 4%	Kumulatiivinen säästö-kustannukset 5%
2025	-656376	406176	1468727	2531279	3593830
2026	-1035853	1068416	3172685	5276953	7381222
2027	-1464179	1661381	4786941	7912501	11038061
2028	-1941524	2185303	6312129	10438955	14565781
2029	-2468073	2640387	7748846	12857306	17965766
2030	-3044033	3026812	9097657	15168503	21239348

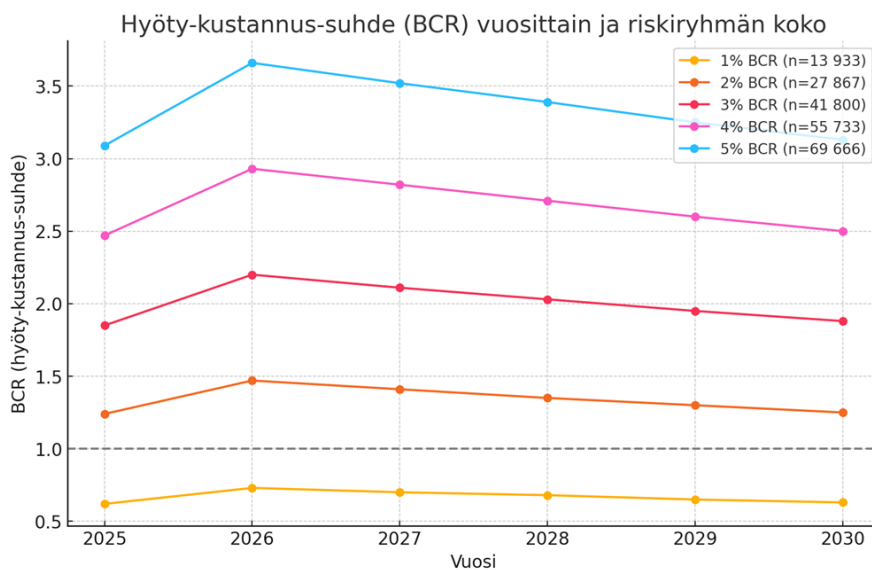
Taulukon perustella voidaan todeta, että 1 % skenaario ei ole taloudellisesti kannattava, sillä kumulatiiviset säästöt eivät kata kustannuksia. Sen sijaan 2 %–5 % skenaariot tuottavat merkittäviä säästöjä, ja takaisinmaksuaika saavutetaan nopeasti. Luonnollisesti suurimmat skenaariot tuottavat huomattavia taloudellisia hyötyjä, mikä tekee investoinnista kannattavan. Tämä analyysi osoittaa, että Tarmoa-palveluun investointi maksaa itsensä takaisin, mikäli >2 % DM2-riskiryhmän potilaista saisi elintapaneuvontaa ja palveluohjausta Tarmoa palvelua hyödyntäen osana prosessia.

Mikäli Tarmoa tuottaisi 15 minuutin säästön per potilasohjaus/neuvontakäynti, palvelulla on potentiaalia tuottaa säästöjä, mutta vain integroitua pisyväksi osaksi palveluohjauksen käytäntöjä. Palvelun takaisinmaksuaika on siten varsin lyhyt. Analyysi osoittaa, että Tarmoa-palvelu voi olla kannattava investointi sen tuottaessa sekä taloudellisia säästöjä että resurssisäästöä.



4. Hyöty-kustannus-suhde (BCR) Tarmoa-palvelulle vuosille 2025–2030

Alla olevassa kuvaajassa esitetään hyöty-kustannus-suhteen (BCR) kehitys 2025–2030 eri DM2-riskiryhmiin kuuluvan populaation osalta. Skenaariossa siis laskettiin, kuinka monen DM riskissä olevan potilaan tulisi saada elintapaohjausta, jotta Tarmoa investointina olisi kannattava (1 % (n=13 993)–5 % (n=69 666)). BCR mittaa investoinnin kannattavuutta: jos BCR-arvo on suurempi kuin 1, investointi on kannattava, koska säästöt ylittävät kustannukset.



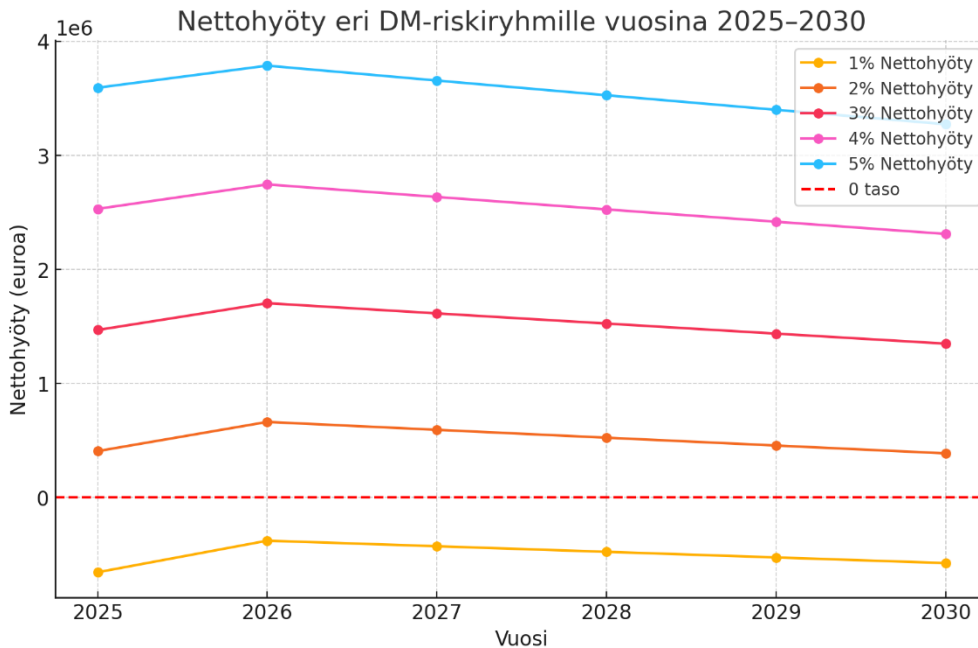
Katkoviiva (BCR = 1) toimii vertailukohtana, osoittaen, milloin investointi saavuttaa pisteen, jossa säästöt ovat yhtä suuret kuin kustannukset. Kun BCR on > 1, investointi on kannattava, Kun BCR on < 1, investointi ei ole kannattava, ja kustannukset ylittävät säästöt.

Mikäli DM2 riskissä olevista potilaista 1 % (n=13 933) saisi elintapaohjausta, jossa hyödynnettäisiin Tarmoa palvelua palveluohjauksen tukena BCR pysyy alle 1 koko tarkastelujakson vuosina 2025–2030. Tämä tarkoittaa, että tässä skenaariossa säästöt eivät riitä kattamaan kustannuksia missään vaiheessa. Mikäli riskissä olevista potilaista 2 % riskiryhmä (n=27 867) saisi elintapaohjausta, ylittää BCR arvon 1 vuonna 2025 (BCR 1,24) tarkoittaen, että investointi muuttuu kannattavaksi tässä vaiheessa. Jos 3 % riskiryhmän potilaista (n=41 800) saisi elintapaohjausta BCR vuonna 2025 on 1,85 vuonna ja pysyy koko ajan yli 1, mikä osoittaa investoinnin selkeän kannattavuuden. Vuoteen 2030 mennessä BCR-arvo on edelleen 1,88, mikä osoittaa, että investointi tuottaa vakaasti suuremmat säästöt kuin kustannukset. 4 % n=55 733) riskiryhmäskenaariosta alkaen (n=55 733) investointi tuottaa merkittäviä hyötyjä, tarkoittaen, että investoinnista saadaan yli kaksinkertaiset säästöt suhteessa kustannuksiin koko tarkastelujakson ajan.

5. Nettohyöty

Nettonykyarvo (NPV) laskettiin kumuloimalla vuosittaiset nettohyödyt ja diskonttaamalla (2 %) ne nykyhetkeen. Alla oleva kaava, perustuu diskontattujen hyötyjen ja kustannusten erotukseen jokaiselle vuodelle.

$$NPV = \sum_{t=2025}^{2030} (\text{hyödyt}_t - \text{kustannukset}_t)$$



Nettohyödyt ovat positiivisia 2 % skenaariosta alkaen. Tällä skenaariolla Tarmoaan investointi on kannattavaa, mutta nettohyödyt laskevat ajan myötä, tarkoittaen että säästöjä syntyy, mutta hyötyjen kasvu hidastuu. 3 % elintapaneuvontaskenaariosta alkaen nettohyödyt ovat merkittävästi suuremmat (2025: 1 468 727 euroa - 2030: 1 348 811 euroa). Kuitenkin jo 3 % osallistumisasteella investointi on vakaasti kannattava koko tarkastelujakson ajan.

6. Lääkärikäynnit

Kolu ym. (2022) mukaan tyyppin 2 diabetes, joka on yleinen liikunnan puutteeseen liittyvä sairaus, aiheuttaa noin 153 miljoonan euron vuotuiset suorat kustannukset. Tuula Martiskainen (2024) tutki väitöskirjassaan perusterveydenhuollossa toteutetun liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta tyyppin 2 diabetesta sairastavien potilaiden liikunta-aktiivisuuteen ja diabeteksen hoitotasapainoon. Martiskainen arvio liikuntaneuvonnan vaikutusta myös perus- ja erikoissairaanhoidon kontaktien määrään ja niihin liittyviin kustannuksiin tyyppin 2 diabetesta sairastavilla potilailla. Liikuntaneuvontaan osallistuneilla potilailla oli keskimäärin kolme elintapaneuvontakontaktia, joko

vastaanottokäyntien tai muiden yhteydenottojen muodossa. Tutkimuksessa elintapaneuvonta interventiona saavilla potilailla lääkärikäynnit T2D vuoksi vähenivät interventioryhmässä 11 % (Martiskainen 2024). Tämä vähennys oli tilastollisesti merkitsevä verrattuna kontrolliryhmään, jossa lääkärikäyntien määrä kasvoi. Neuvonnalla oli näin ollen merkittävä vaikutus potilaiden hoitokustannuksiin ja terveydenhuollon resurssien käyttöön.

Tässä analyysissä sovellettiin samaa 11 % vähennystä lääkärikäynneissä. Analyysin pohjana käytettiin Martiskaisen (2024) tutkimuksen interventioryhmän tietoja, joiden mukaan perusterveydenhuollon lääkärikäynnit TD2 käyntisyynä vähenivät 11 %. Tähän perustuen arvioitiin, kuinka paljon säästöjä syntyisi, jos lääkärikäyntien määrä vähenisi samalla prosenttimäärällä (11 %) jokaisella alueella.

Lähtökohtana olivat alueelliset diabetekseen liittyvät lääkärikäyntien määrät (sotka.net). Analyysissa arvioitiin käyntimäärien 11 % vähennys, jonka perusteella laskettiin, kuinka monta käyntiä jäisi jäljelle.

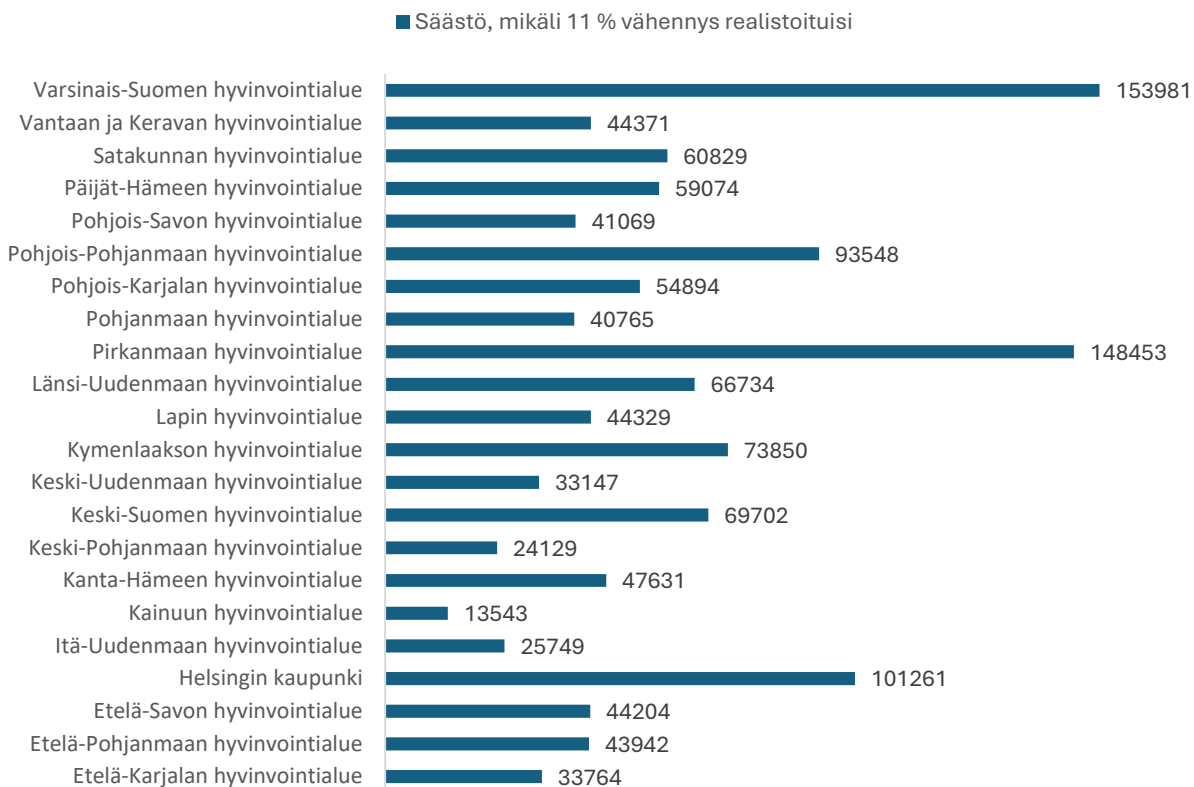
Diabetes perusterveydenhuollon lääkärin avosairaanhoidon vastaanoton käyntisyynä	2023	11 % vähennys	Käynnit N 11 % laskulla
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	3231	355	2876
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	4205	463	3742
Etelä-Savon hyvinvointialue	4230	465	3765
Helsingin kaupunki	9690	1066	8624
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	2464	271	2193
Kainuun hyvinvointialue	1296	143	1153
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	4558	501	4057
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	2309	254	2055
Keski-Suomen hyvinvointialue	6670	734	5936
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	3172	349	2823
Kymenlaakson hyvinvointialue	7067	777	6290
Lapin hyvinvointialue	4242	467	3775
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	6386	702	5684
Pirkanmaan hyvinvointialue	14206	1563	12643
Pohjanmaan hyvinvointialue	3901	429	3472
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	5253	578	4675
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	8952	985	7967
Pohjois-Savon hyvinvointialue	3930	432	3498
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	5653	622	5031
Satakunnan hyvinvointialue	5821	640	5181
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	4246	467	3779
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	14735	1621	13114

Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2024

Tämän jälkeen arvioitiin, kuinka paljon säästöä syntyisi, jos lääkärikäyntien yksikkökustannukset laskisivat Martiskaisen tuloksia vastaavasti. Alla olevassa kuvaajassa on esitetty perusterveydenhuollon lääkärikäyntien 11 % vähennykseen liittyvät euromääräiset kustannussäästöt hyvinvointialueilla. Pylväät kuvaavat vähentyneiden lääkärikäyntien määrää

alueittain. Kustannussäästö vaihtelee alueittain riippuen alueen alkuperäisestä lääkärikäyntien määrästä. Visualisoitu säästöpotentiaali perustuu Martiskaisen (2024) tutkimuksessa esitettyyn tietoon, jossa interventioryhmän lääkärikäynnit vähenivät 11 % ja sen perusteella laskettiin potentiaaliset säästöt. Vuoden 2017 avohoidon lääkärikäynnin yksikköhinta, oli 83 euroa. 2 % oletettua vuosittaista inflaatiovauhtia käyttäen käynnin nykyarvoksi laskettiin pyöristettynä noin 95 euroa per lääkärikäynti.

Euromääräinen säästö, mikäli 11 % vähennys realisoituisi



Laskelmat osoittavat, kuinka paljon tämä vähennys voisi tuoda säästöjä jokaiselle hyvinvointialueelle. Esimerkiksi Helsingin kaupungin alueella säästö olisi suurin, noin 101 261 euroa. Tämä viittaa siihen, että diabeteksen hallinnalla olisi merkittävä kustannusvaikutus alueilla, joilla käyntimäärät ovat suuria. Vastaavasti pienemmät säästöt näkyvät alueilla, joilla käyntimäärät ovat jo alhaisempia, kuten Kainuun hyvinvointialueella, jossa säästö olisi noin 13 543 euroa.

Alueelliset erot säästöissä ovat merkittäviä. Suurimmat säästöt saavutettaisiin Helsingin (101 261 €), Pirkanmaan (148 453 €) ja Varsinais-Suomen (153 981 €) hyvinvointialueilla. Pienemmällä alueilla, kuten Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla, säästöpotentiaali on selvästi vähäisempi. Tämä johtuu sekä lähtötilanteen matalammista käyntimääristä että alhaisemmasta diabeteksen esiintyvyydestä.

7. Yhteenveto

Analyysi osoittaa, että panostamalla diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon voidaan saavuttaa merkittäviä säästöjä erityisesti suurten kaupunkien ja väkirikkaiden hyvinvointialueiden perusterveydenhuollossa. Toimenpiteet, kuten elintapaohjaus, ja potilaiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen itse- ja omahoidon keinoin tai kolmannen sektorin hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen turvin voisivat vähentää diabetekseen liittyvien käyntien tarvetta ja siten terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Ennaltaehkäiseviin palveluihin panostaminen erityisesti suurilla alueilla voi siis vähentää diabeteksen aiheuttamaa kuormitusta perusterveydenhuollossa ja tuoda huomattavia suoria säästöjä.

Tarmoa-palvelun käyttöönotolla on potentiaalia tuottaa merkittäviä säästöjä kansallisesti, erityisesti suurilla ja väkirikkailla hyvinvointialueilla, joissa terveystalouden kuormitus on korkea. Analyysi osoittaa, että vähintään 2 % diabeteksen riskiryhmään kuuluvien osallistuminen elintapaneuvontaan, jossa hyödynnetään Tarmoa-palvelua, riittää tuottamaan säästöjä, jotka kattavat investoinnin kustannukset. Tämä tekee investoinnista taloudellisesti kannattavan.

Tarmoa-palvelun keskeinen tavoite on parantaa potilaiden ohjausta hyvinvointia ja terveyttä edistäviin (hyte) palveluihin. Kolmas sektori, kuten potilasjärjestöt, liikuntaseurat ja muut järjestöt, tarjoavat monipuolisia palveluita, jotka voivat sekä tukea potilaiden terveyttä ja hyvinvointia, mutta samalla vähentäen tarvetta sote-palveluille. Analyysissa esimerkkikohderyhmänä oli tyyppin kaksi diabetesta sairastavat ja sairastumisriskissä olevat asukkaat. Kolmannen sektorin tarjoamat hyte-palvelut, kuten liikuntaneuvonta, vertaistuki ja muut elintapainterventiot, ovat tutkitusti tehokkaita terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä. Esimerkiksi liikuntainterventiot voivat merkittävästi vähentää tyyppin 2 diabeteksen komplikaatioita, parantaa elämänlaatua ja vähentää terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Sitoutumalla näihin palveluihin potilaat voivat vähentää lääkityksen ja hoidon tarvetta, mikä vaikuttaa suoraan hoitokustannuksiin. Nykyhaasteena on, että potilaat eivät aina löydä tarjolla olevia palveluja tai sitoudu niiden käyttöön. Ammattilaisen näkökulmasta haasteena on niukat resurssit ja ajanpuute sopien palvelujen etsimiseksi.

Tässä arvioinnissa esitetyt skenaarioihin perustuvat hyödyt on saavutettavissa vain, jos potilaat onnistutaan ohjaamaan tehokkaasti Tarmoa avulla näihin hyte-palveluihin ja he sitoutuvat pitkäjänteisesti näiden palveluiden käyttöön. Mikäli potilaat/asiakkaat saadaan sitoutumaan kolmannen sektorin tarjoamiin palveluihin, voidaan vähentää julkisten terveystalouden kuormitusta. Tarmoa-palvelu toimii puheeksi oton välineenä ja tarjoaa helpon kanavan löytää sekä käyttää hyte-palveluita. Tarmontunnistin voi analysoida potilaan tarpeita ja tarjota räätälöityjä suosituksia kolmannen sektorin palveluista, joista potilas todennäköisimmin hyötyisi. Tämä yksilöllinen ohjaus voi parantaa sitoutumista, koska potilaalle tarjotaan juuri hänen tarpeisiinsa sopivia palveluja. Potilaiden sitoutuminen kolmannen sektorin palveluihin voi johtaa pysyviin elämäntapamuutoksiin. Esimerkiksi jatkuva osallistuminen liikuntaryhmiin tai vertaistukiryhmiin voi

luoda sosiaalisia verkostoja, jotka kannustavat potilaita jatkamaan terveyttä edistävää käyttäytymistä. Tämä pitkäaikainen sitoutuminen voi vähentää tarvetta kalliimmille interventioille.

Jos Tarmoa-palvelun avulla potilaat onnistutaan ohjaamaan kolmannen sektorin hyte-palveluihin ja potilaat sitoutuvat näiden palveluiden pitkäaikaiseen käyttöön, voidaan saavuttaa merkittäviä terveys- ja kustannussäästöjä. Sitoutuminen vähentää julkisten terveyspalveluiden tarvetta, pienentää lääkärikäyntejä ja tuo pitkäaikaisia säästöjä sekä parantaa potilaiden elämänlaatua. Tarmoa-palvelu toimii keskeisenä työkaluna, joka auttaa potilaita löytämään sopivia palveluita ja sitoutumaan niihin, mikä tekee siitä tärkeän välineen terveyden edistämisessä ja kustannusten hallinnassa.

Tarmoa-palvelu on kehitetty tukemaan pysyvää toimintatapojen muutosta. Tämä on keskeinen tavoite RRP-hankekokonaisuudessa, sillä palvelun vaikuttavuus ja taloudelliset hyödyt saavutetaan vain, jos Tarmoa integroidaan osaksi arkipäiväistä palveluohjausta ja terveydenedistämistä. Digitaalinen työväline on luotu vastaamaan tähän haasteeseen – tarjoamaan helppokäyttöinen ja systemaattinen ratkaisu, joka mahdollistaa ohjauksen nopeuttamisen ja kohdentamisen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. On kriittistä, että RRP-hankeessa panostetaan erityisesti siihen, että Tarmoa juurtuu osaksi toimintakäytäntöjä, jotta saavutetaan kestäviä muutoksia ja hyödyt moninkertaistuvat.

Lisätiedot:

DigiFinland Oy

Hanna Vainio, projektipäällikkö

hanna.vainio@digifinland.fi

Lähteet

Kolu P, Kari JT, Raitanen J, et al. Economic burden of low physical activity and high sedentary behaviour in FinlandJ Epidemiol Community Health 2022;76:677-684

Martiskaisen T. 2024. Terveysthuollossa toteutetun yksilöllisen liikuntaneuvonnan vaikuttavuus tyyppiin 2 diabetesta sairastavien fyysisen aktiivisuuden edistämiseen ja hoitotasapainoon <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-5309-4>

Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022: Lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi – työikäisten psyykinen kuormittuneisuus lisääntynyt. THL 31.05.2023 Tilastoraportti : 31/2023 <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023052547866>

Sotkanet.<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYsCQUA®ion=s07LtNY1NbA2cbd00jOMN7LWNYw3B4pYm4B4hta6RibxhmA63hgoF2ytm1QIFDcxsjYCKTC2NtczBAA=&year=sy5zAQA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202407081245>

Diabetesrekisteri <https://repo.thl.fi/sites/nqrdm/viimeisin/>

Mäklin & Kokko (2020). Terveysthuol- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017https://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/142882/URN_ISBN_978-952-343-493-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hakamäki et al. (2024) Hyvinvointia edistävä toiminta helposti löydettäväksi -hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kansallisen palvelukonseptin määrittelyä <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULHTPK?preview=/125246646/165389961/Hyvinvointia%20edist%C3%A4v%C3%A4%20toiminta%20helposti%20%C3%B6ydett%C3%A4v%C3%A4ksi%201.1.pdf>