

Suomen kestävän kasvun ohjelma

HUSin kustannusvaikuttavuuden kehittäminen

Loppuraportti

HUS-yhtymä
28.11.2025



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

Sisällysluettelo

1 Tiivistelmä hankkeen tuloksista.....	3
6.4 Kansallisen vaikuttavuuskeskuksen pilotointi	4
6.4.1 Miten vaikuttavuuskeskuksen pilotointi ja hankkeen osatoteuttajien pilotit ovat kehittäneet sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuusperusteisuutta hyvinvointialueella?	4
6.4.2 Miten vaikuttavuuskeskuksen pilotointi ja hankkeen osatoteuttajien pilotit ovat vahvistaneet vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevan tiedon hyödyntämistä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvässä päätöksenteossa, suunnittelussa, ohjauksessa sekä palvelutuotannossa?	9
6.4.3 Miten kansallisen vaikuttavuuskeskuksen pilotointi ja hankkeen osatoteuttajien pilotit ovat kehittäneet hyvinvointialueiden järjestämistehtävään liittyvää saatavuus-, laatu- ja vaikuttavuustietoa hyödyntävää johtamista?	9
6.4.4 Miten kansallisen vaikuttavuuskeskuksen toimintamallia on pilotoitu?	10
6.4.5 Millaista yhteistyötä on tehty kustannusvaikuttavuus osaksi suosituksia -toimenpiteen kanssa?	10

1 Tiivistelmä hankkeen tuloksista

RRP2-hankkeen pilotit HUSissa ovat merkittävästi edistäneet sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuusperusteista johtamista ja kustannusvaikuttavuustiedon hyödyntämistä. Hankkeen keskeisenä saavutuksena on ollut kolmen pilottiprojektin (LVAD, T1DM, lonkkamurtuma) kautta toteutettu hoitopolkujen kustannusvaikuttavuuden mallintaminen ja reaaliaikainen raportointi. Piloteissa on yhdistetty potilaskohtaiset kustannukset, kliiniset tulokset, elämänlaatutiedot (15D) ja rekisteripohjaiset vaikuttavuusmittarit, mikä mahdollistaa hoitojen oikea-aikaisuuden, resurssien kohdentumisen ja vähähyötyisten hoitojen tunnistamisen.

LVAD-pilotti osoitti, että oikea-aikainen LVAD-hoito vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa tuottaa sydämensiirtoon verrattavia eloonjäämistuloksia kohtuullisin kustannuksin ja tukee ennakoivaa potilasvalintaa. **T1DM-pilotti** paljasti, että älypumppuhoito tarjoaa parhaan hoitotasapainon ja vähiten hypoglykemiaepisodeja kustannustehokkaasti, kun taas monipistohoito on kalleinta ja vähemmän vaikuttavaa. **Lonkkamurtumien hoitopolkujen mallinnus** mahdollisti yhteistyön Vantaa-Keravan ja Helsingin hyvinvointialueiden kanssa ja kehitti käytäntöjä rekisteritiedon jakamiseen.

Pilotit ovat tuoneet vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon näkyväksi moniammatillisille hoitotiimeille, lisänneet tietoisuutta hoitolinjojen vaikutuksista potilastuloksiin ja resurssien käyttöön sekä mahdollistaneet systemaattisen vertailun HUSin suoritettietoon. Tulokset tukevat päätöksentekoa, hoitopolkujen optimointia ja resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista hyvinvointialueella.

HUSissa on vuoden 2025 alusta perustettu vaikuttavuusyksikkö, joka vakiinnuttaa vaikuttavuustiedon tuottamisen ja hyödyntämisen osaksi organisaation johtamista. Yksikkö kehittää mittareita, potilaskohtaisia tietoja ja skaalautuvia raportointimalleja, erityisesti elämänlaatutiedon hyödyntämistä, ja tukee siirtymää suoriteperusteisesta vaikuttavuusperustaiseen terveydenhuoltoon.

Pilotointi on myös vahvistanut yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa ja mahdollistanut kustannusvaikuttavuustiedon linkittämisen suosituksiin (KVA-hanke). Verkostomainen toimintamalli, osallistava pilotointi ja HUSin erillisrekisterinpitäjän rooli ovat olleet vahvuuksia, vaikka datan harmonisointi ja resurssien kohdentaminen ovat tuoneet haasteita.

Hanke on siis konkreettisesti lisännyt tiedolla johtamisen kyvykkyyttä, mahdollistanut hoitojen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden arvioinnin käytännön tasolla ja tukenut vaikuttavuusperustaista johtamista sekä resurssien järkevää kohdentamista hyvinvointialueella.

6.4 Kansallisen vaikuttavuuskeskuksen pilotointi

6.4.1 Miten vaikuttavuuskeskuksen pilotointi ja hankkeen osatoteuttajien pilotit ovat kehittäneet sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuusperusteisuutta hyvinvointialueella?

Terveydenhuollossa on yhä tärkeämpää tunnistaa niin hyödylliset kuten myös vähähyötyiset toimintatavat ja mitata toiminnan kustannusvaikuttavuutta. Palvelujen kustannusvaikuttavuudesta tulee tuottaa enemmän tietoa ja hyödyntää sitä päätöksenteossa. HUSissa sitä arvioidaan vertaamalla hoidon kustannuksia terveyteen liittyvän elämänlaadun kehittymiseen.

HUSin strategiassa hoidon vaikuttavuus on nostettu keskeiseen asemaan. Myös muuttunut taloustilanne vaikuttaa kustannusvaikuttavuuden arvioinnin tarpeeseen: HUSin, kuten muunkin erikoissairaanhoidon, rahoitus määräytyy raamibudjetissa eli kustannusten on pysyttävä tietyissä rajoissa käynti- ja toimenpidemääristä riippumatta.

Kustannusvaikuttavuuden avulla voidaan konkreettisesti arvioida mitkä hoidot ovat vaikuttavia ja mitkä vähähyötyisiä. Kustannusvaikuttavuus tarkoittaa nimensä mukaisesti sitä, että hoitoon kuluvia kustannuksia peilataan hoidosta saatuihin terveyshyötyihin eli sen vaikuttavuuteen.

HUSissa hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida terveyteen liittyvän elämänlaadun 15D-kyselyillä, jotka mittaavat potilaan terveyteen liittyvän elämänlaadun kehittymistä hoidon aikana. Kustannukset voidaan puolestaan tarkistaa HUSin tietoaalta, joka kerää koko ajan tietoa hoidon todellisista kustannuksista potilasta kohden.

RRP2 Vaikuttavuuskeskus -hankkeen tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedolla johtamista kehittämällä rakenteita, menetelmiä ja tietopohjaa, joiden avulla palveluiden vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta voidaan arvioida systemaattisesti. Tämä raportti kokoaa HUSissa toteutettujen osapilottien tulokset ja analysoi niiden perusteella HUSin kustannusvaikuttavuutta keskeisillä hoitoalueilla.

Osapilottien valinnassa painotettiin hoitokokonaisuuksia, joissa

- potilasvolyymi on merkittävä
- kustannukset ovat korkeat tai vaihtelevat
- hoidon vaikuttavuus on mitattavissa standardoiduilla mittareilla (HR QOL 15D, kliiniset mittarit, hoidon kustannukset)
- digitaaliset ja tiedolliset valmiudet ovat riittävät

Kussakin osapilotissa tarkasteltiin

- hoitopolun nykyisiä kustannusrakenteita
- potilaskohtaisia kokonaiskustannuksia
- hoitotuloksia ja vaikuttavuutta
- hoidon oikea-aikaisuutta
- resurssien kohdentumista

- mahdollisia säästö-, tehostamis- ja vaikuttavuusparannuksia.

Kustannusten ja vaikuttavuuden analytiikka perustui seuraaviin tietolähteisiin:

- HUSin kustannuslaskenta
- Potilasrekisteridata (hoitotapahtumat, toimenpiteet, diagnoosit)
- PROM-mittari (15D)
- Rekisteripohjaiset vaikuttavuusmittarit (esim. kuolleisuus, uusintakäynnit, hoitotasapaino)

Hankkeessa toteutettiin kolme HUS-pilottia:

1. LVAD eli sydämen apupumpun kustannusvaikuttavuuden raportointimalli
2. T1DM eli 1. tyypin diabeteksen kustannusvaikuttavuuden raportointimalli
3. Lonkkamurtuma koko hoitopolun kustannusvaikuttavuuden mallinnus
4. Kustannusvaikuttavuuden arvioinnin raportointimallien skaalaus eri hoito- ja sairausryhmiin näiden kolmen eri kehittämisprojektin kautta

Sairausryhmille määriteltiin mittarit, jotka kuvaavat vaikuttavuutta ja ovat saatavissa tietoaalta rakenteisessa muodossa. Kullekin sairausryhmälle tehtiin geneerisen kustannusvaikuttavuusraporttien (Power BI) lisäksi omia sairausryhmäkohtaisia näkymiä. Seuranta toteutuu hoidon kokonaiskustannuksia ja vaikuttavuutta visualisoivassa reaaliaikaisessa raportoinnissa. Raportointitietoja validoidaan myös tutkimuskontekstissa.

Kuvassa (alla) esitetään HUSin kustannusvaikuttavuuden raportoinnin kehittämismalli.

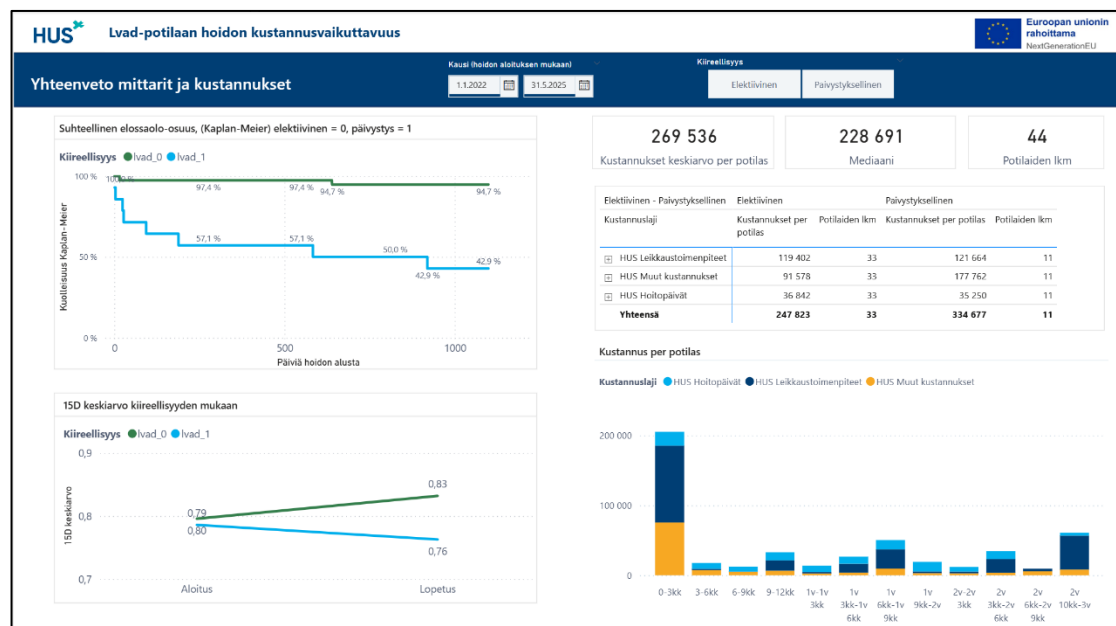


Pilotti LVAD; sydämen apupumpun kustannusvaikuttavuuden raportointimalli

- Oikea aikainen LVAD-hoito pitkälle edenneestä sydämen vajaatoiminnasta kärsivillä potilailla tarjoaa sydämensiirtoon verrattavissa olevat eloonjäämistulokset ja aiheuttaa samankaltaiset kustannukset.
- Se on myös suotuisampi vaihtoehto kuin kiireellinen LVAD-hoito, johon liittyy suurempia kustannuksia ja mahdollisesti heikompia hoitotuloksia.
- Sekä kuolleisuuden että terveyteen liittyvän elämänlaadun suhteen oikea aikainen LVAD-hoito toi suotuisemman hoitotuloksen
- Tulokset tukevat ennakoivampaa potilasvalintaa ja hoitopolkujen optimointia vaikean sydämen vajaatoiminnan hoidossa.
- Toimintamalli on kuvattu artikkelissa *Costs and outcomes in Finnish heart failure patients treated with left ventricular assist device or heart transplant* (ESCHF, 2025 submitted).

Keskeisimmät mittarit:

- keskimääräiset kustannukset per potilas
- suhteellinen elossaolo-osuus (Kaplan-Meier)
- 15D-mittausindeksi
- kuolleisuus

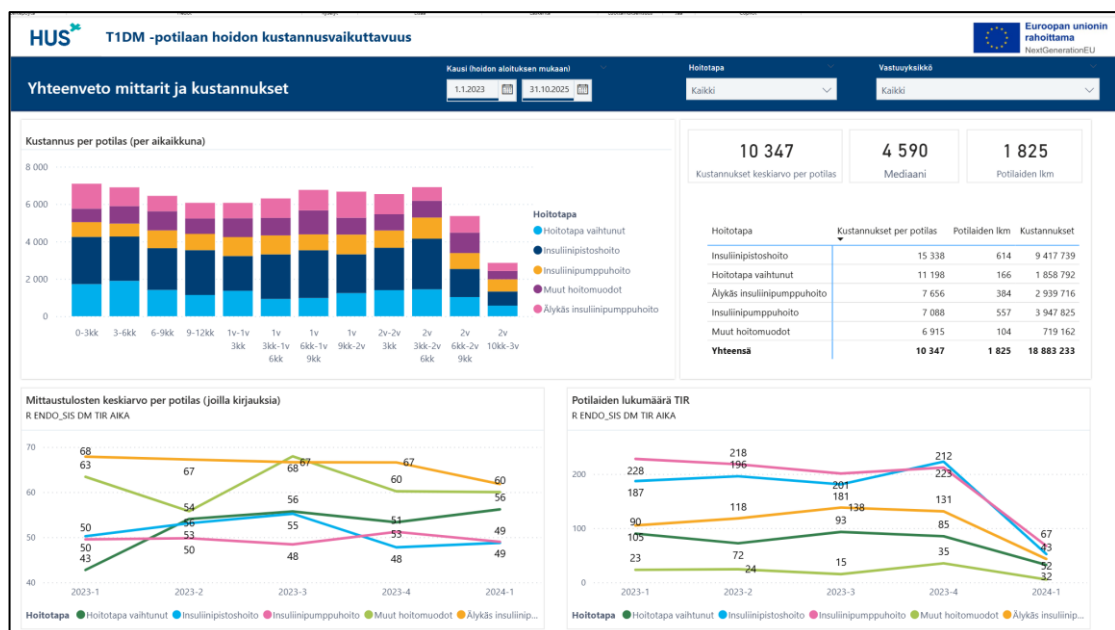


Pilotti T1DM; 1. tyypin diabeteksen kustannusvaikuttavuuden raportointimalli

- Raporttiin tulevat kaikki HUSin T1DM aikuispotilaat (> 16 v), jotka ovat olleet T1DM:n vuoksi HUSin poliklinikkaseurannassa vuodesta 2023 alusta lähtien
- Tietosisältö tehty klinikoiden toiveet huomioiden
- Merkintäpohjana Apotti-potilastietojärjestelmä ja datankeruu HUS tietoaalta
- PowerBI-raportointipohja, johon on klinikoille luvitetut käyttöoikeudet
- 1/2023 jälkeen reaaliaikainen esh:n kustannusten ja hoidon vaikuttavuuden raportointi vuosikvartaaleittain ja hoitosegmenteittäin (esim. älypumpppuhoito)
- Jos potilaan seurannassa > 12 kk:n katko, poistuu tämä jakso datakeräyksestä
- Suodatusmahdollisuutena myös eri HUS T1DM-hoitoa tarjoavat yksiköt
- Älypumpppuhoidossa olevat potilaat saavat parhaan hoitotasapainon ja heillä vähiten hypoglykemiaepisodeja
- Kustannuksiltaan kalleinta hoito on monipistohoito ilmeisesti johtuen pääosin huonosta hoitotasapainosta
- HUSin T1DM-raportointimalli on kuvattuna Suomen lääkarilehdessä 2025 (<https://www.laakarilehti.fi/mielipide/uusi-malli-romuttaa-kasityksia-diabeteksen-kustannuksista/>)

Keskeisimmät mittarit:

- keskimääräiset erikoissairaanhoidon kustannukset per potilas
- kustannukset hoitotavoittain
- TIR (time in range eli aika glukoositavoitteessa)
- Ketoasidoosi episodit
- Hypoglykemia episodit
- 15D-mittauskeskiarvo

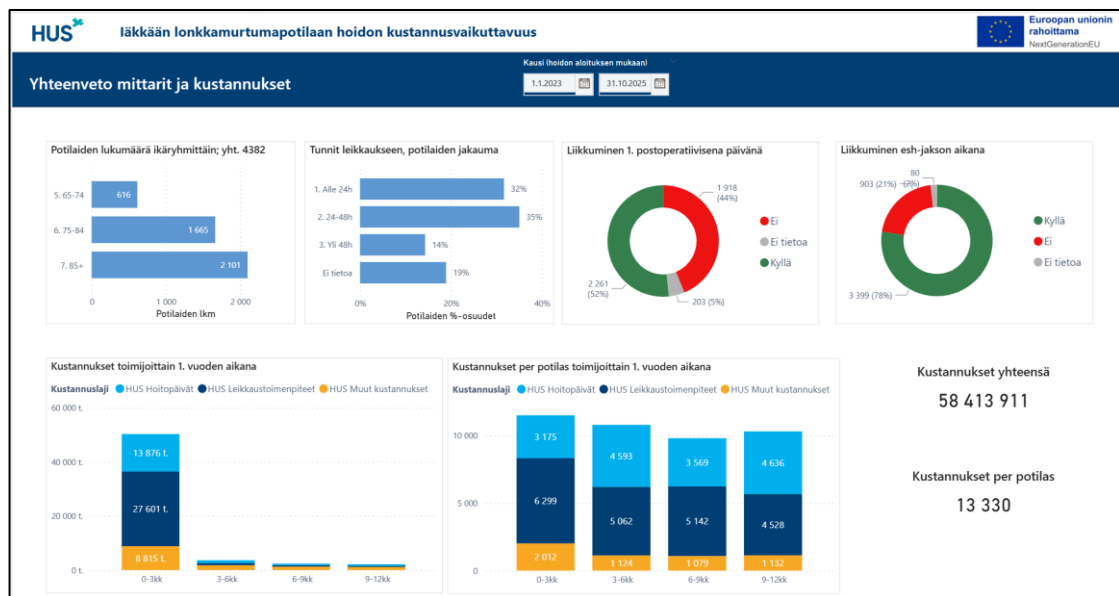


Pilotti Lonkkamurtuma (65+ -vuotiaat):

- Valtaosa potilaista (67 %) pääsee leikkaukseen tavoitellun 48 h sisällä, mikä on kansainvälisten tulosten mukaista.
- Joka toisen potilaan (52 %) kohdalla toteutui liikkuminen (seisomaan/istumaan) leikkausta seuraavana päivänä, mikä on selvästi tavoitetasoa pienempi osuus.
- Koko esh-jakson aikana liikkeelle päässeiden osuus oli kuitenkin suurempi (78 %).
- HUSin hoitojakson aikaisissa kustannuksissa korostuvat odotetusti sekä hoitopäivistä että itse leikkaustoimenpiteestä koituneet kustannukset.
- Poster *Defining normal range for continuous monitoring of hip fracture outcomes* (European Geriatric Medicine Society Congress, 2024).

Keskeisimmät mittarit:

- keskimääräiset kustannukset per potilas
- odotusaika päivystyksestä leikkaukseen tunteina
- potilaan liikkuminen 1. postoperatiivisena päivänä
- potilaan liikkuminen erikoissairaanhoidon hoitojakson aikana
- 15D-mittauskeskiarvo
- kuolleisuus



Vastaavat tietotuotteet ja analyysit tehtiin yhteistyössä klinikoiden kanssa skaalaksina seuraaviin hoito- ja sairausryhmiin kolmen eri kehittämisprojektin kautta:

- Sydämensiirto
- Vatsanalueen tyräkirurgia
- Prostatasyövän HIFU-hoito
- Multippelin myelooman lääkehoito
- ECMO-avusteinen elvytys sydäninfarkti pallolaajennuksen yhteydessä

6.4.2 Miten vaikuttavuuskeskuksen pilotointi ja hankkeen osatoteuttajien pilotit ovat vahvistaneet vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskevan tiedon hyödyntämistä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvässä päätöksenteossa, suunnittelussa, ohjauksessa sekä palvelutuotannossa?

Osapilotit ovat tuoneet klinikoiden tarvitsemat tiedot näkyviksi kokonaan uudella tavalla. Sen sijaan, että vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustieto jäisi hallinnon tai analyttikoiden käyttöön, dataa on viety suoraan moniammatillisille hoitotiimeille heidän omien hoitomuotojensa tueksi. Tämä on lisännyt tietoisuutta siitä, miten valitut hoitolinjat vaikuttavat potilastuloksiin, resurssien käyttöön ja kustannuksiin.

Lisäksi osapilotit ovat mahdollistaneet systemaattisen vertailun HUSin muun, lähinnä suoritettuihin perustuvan tietotuotannon kanssa, mikä on auttanut tunnistamaan eroja hoitokäytännöissä ja havaitsemaan kehityskohteita. Tieto ei ole enää irrallista, vaan sidottu suoraan käytännön työhön.

6.4.3 Miten kansallisen vaikuttavuuskeskuksen pilotointi ja hankkeen osatoteuttajien pilotit ovat kehittäneet hyvinvointialueiden järjestämistehtävään liittyvää saatavuus-, laatu- ja vaikuttavuustietoa hyödyntävää johtamista?

Etelä-Suomen yhteistyöalueen (YT-alueen) järjestämistehtävässä viitataan hyvinvointialueiden laissa määriteltyyn vastuuseen suunnitella, yhteensovittaa ja varmistaa erikoissairaanhoidon ja vaativien palveluiden järjestäminen alueen hyvinvointialueille. Sen mukaan tulee seurata hoidon vaikuttavuutta ja laatua yli hyvinvointialuerajojen tavoitteena kustannustehokkuus ja resurssien järkevä kohdentaminen. Siirrytään suoriteperusteisesta tiedolla johtamisesta kohti vaikuttavuusperusteista terveydenhuollon johtamista.

Hankkeen myötä HUSissa saatiin käynnistettyä vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuustiedon mallintaminen ja raportointi. Tämän kehityksen tueksi HUSiin perustettiin vuoden 2025 alussa vaikuttavuusyksikkö, joka käynnisti toimintansa data-analytiikan osalta tällä hankerahoituksella. Vuodesta 2026 eteenpäin yksikkö tulee toimimaan HUSin budjettirahoituksella. Yksikön pitkäjänteisenä tavoitteena on vaikuttavuustiedon tuottamisen ja hyödyntämisen vakiinnuttaminen osaksi koko organisaation johtamista. Tämä on linjassa HUSin strategian kanssa, jonka keskiössä on potilaalle tuotettu vaikuttava hoito. Samoin se on linjassa HUSin tulevan (vuodesta 2026 eteenpäin) vastuullisuusohjelman kanssa.

Vaikuttavuusyksikön toiminnan myötä on tunnistettu uusia tietotarpeita ja mittareita, jotka tukevat sekä kliinistä kehittämistä että HUSin perustehtävän suorittamista. Keskeisiä kehityskohteita ovat vaikuttavuusmittareiden käyttöönotto ja erityisesti sairaus-/potilaskohtaisen tiedon laajempi hyödyntäminen skaalautuvilla malleilla.

Keskeinen osa mitattavaa vaikuttavuutta on potilaan elämänlaatatieto, jonka keruuta ja hyödyntämistä on alettu aktiivisesti kehittää. Erityisesti 15D-mittarin järjestelmällinen käyttö ja sen integrointi analytiikkaan on nähty tärkeänä osana vaikuttavuusperustaista johtamista. Elämänlaatatiedon avulla voidaan tunnistaa paitsi onnistuneita hoitomuotoja myös hoitoja, joista potilas ei näytä saavan merkittävää hyötyä eli vähähyötyisiä hoitomuotoja. Tämän vähähyötyisten hoitojen tunnistaminen on yksi vaikuttavuustiedon keskeisistä käyttökohteista, ja se tukee rajallisten resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista.

6.4.4 Miten kansallisen vaikuttavuuskeskuksen toimintamallia on pilotoitu?

Vahvuutena on ollut verkostomainen toimintamalli, laaja osallistaminen (useat hyvinvointialueet + HUS), selkeä rooli vaikuttavuustiedon koordinoinnissa, ja selkeät pilotointivaiheet (rakenne + käyttöönotto). Haasteena on ollut käytännön käyttöönotossa erot eri hyvinvointialueiden valmiuksissa, datan harmonisoinnissa ja resurssien (osaaminen, henkilöstö) suuntaamisessa vaikuttavuustyöhön. Lisäksi ”kirittäjämalli” on vaatinut toimivuutta ja resursointia, jotta se voi oikeasti tukea alueita.

HUSilla on Uudenmaan erilliskäytön puitteissa erillinen ja merkittävä rooli rekisterinpitäjänä, mikä voi tehdä sen tietojenkäsittely- ja tietojohdamisvastuusta erilaista kuin monilla muilla hyvinvointialueilla. Tämä ”erillisrekisterinpitäjä” on tuonut tähän liittyviä riskejä ja hankaluuksia (tietointegraation haasteet, potilastiedon käyttökelpoisuuden heikentyminen). Onkin katsottu tärkeäksi, että HUS ja hyvinvointialueet sopivat selkeästi datan hyödyntämisestä, yhteisistä tietopohjista ja rekisterinhallinnasta — erityisesti vaikuttavuus-, laadun- ja hoitopolkujen johtamisen näkökulmasta.

Pilotissa ”Lonkkamurtuma koko hoitopolun kustannusvaikuttavuuden mallinnus” yhdessä Vantaa-Keravan HVA:n ja Helsingin kanssa kehitettiin yhteistyön käytäntöjä, miten rekisteritietoa jaetaan nyt ja tulevaisuudessa.

6.4.5 Millaista yhteistyötä on tehty kustannusvaikuttavuus osaksi suosituksia -toimenpiteen kanssa?

Terveystieteiden suosituksissa (esim. hoito-ohjeet, Käypä hoito -tyyppiset suositukset) ei tällä hetkellä aina systemaattisesti huomioida kustannuksia tai kustannusvaikuttavuutta. FinCCHTA (Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö) koordinoi Kustannusvaikuttavuus (KVA) osaksi suosituksia - hanketta osana Suomen kestävä kasvun ohjelmaa. Tavoitteena on vahvistaa kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa ja luoda pysyvä, yhtenäinen malli kustannustiedon (kustannukset ja vaikuttavuus) esittämiseksi suosituksissa.

HUSin RRP2-pilotit kustannusvaikuttavuuden mallinnukseen palvelevat samaa strategista tavoitetta kuin KVA-hanke, mutta eivät ole identtisiä hankkeita. KVA-hankkeen suosituspilotit (Hotus, Kasvun tuki) eivät ole sama kuin HUSin erikoissairaanhoidon kustannusvaikuttavuusmallinnus, vaikka ne "puhuvat samaa kieltä" vaikuttavuudesta ja taloudesta. HUSin pilotit tarjoavat arvokasta dataa, jota KVA-hanke voi hyödyntää suositusten kustannusvaikuttavuusarvioinnissa. Lisäksi on järjestetty verkostoitumista suosituksia laativien tahojen ja asiantuntijoiden (esim. suositustyöryhmät) kanssa.

HUSin osallistuminen osatoteuttajana EU:n elvytys- ja palautumistukivälineen (RRF) rahoittamaan kehittämiseen

Perustelut

STM on asettanut hyvinvointialueiden haettavaksi EU:n elvytys- ja palautumistukivälineen (RRF) liittyen rahoitusta Suomen kestävän kasvun ohjelman hankkeille vuosille 2023-2025 (VN/21749/2022). RRF-rahoitusta jaetaan kahdessa erässä. Keväällä 2022 on jaettu pienempi osuus erityisesti suunnittelua varten, ja tällä rahoituskierroksella syksyllä 2022 jaetaan suurempi osuus hankkeiden toteuttamiseen vuosille 2023-2025.

Valtionavustuksina jaettavissa oleva enimmäismäärä vuosille 2023-2025 on yhteensä 255,6 miljoonaa euroa. Valtionavustus myönnetään täysimääräisenä hankkeen valtionavustukseen oikeuttaviin kustannuksiin ilman omarahoitusosuutta.

Hakijana voivat toimia tulevat hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki. HUS ja Ahvenanmaan maakunta eivät voi toimia hakijoina. HUS voi kuitenkin toimia osatoteuttajana hyvinvointialueiden ja Helsingin hallinnoimissa hankkeissa.

Erityisesti hyvinvointialueiden toimintaa koskee rahoituskokonaisuuden Pilari 4: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistaminen ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen. Pilari 4 jakautuu puolestaan neljään investointiin:

- 1) Edistetään hoitotakuun toteutumista (mukaan lukien mielenterveyspalvelut) sekä puretaan koronavirustilanteen aiheuttamaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa
- 2) Edistetään hoitotakuun toteutumista vahvistamalla ennaltaehkäisyä ja ongelmien varhaista tunnistamista
- 3) Vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa ja vaikuttavuusperusteista ohjausta, sekä
- 4) Otetaan käyttöön hoitotakuuta edistävät palvelumuotoillut digitaaliset innovaatiot

HUS on valmistellut RRF-rahoituksella rahoitettavia hankkeita yhdessä hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kanssa seuraavasti:

Pirkanmaan hyvinvointialueen hakemus:

Investointi 3	HUS osatoteutus, Kansallisen vaikuttavuuskeskuksen pilotti	400 000 € (arvio)
Kansallisen vaikuttavuuskeskuksen perustaminen ja pilottitoiminnan käynnistäminen yhteistyössä yo-sairaala-alueiden kanssa, tavoitteiden ja tehtävien tarkentaminen ja toiminnan vakiinnuttaminen ja kytkeminen olemassa oleviin johtamis- ja ohjausrakenteisiin.		

Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon hyvinvointialueiden hakemukset:

Investointi 4	HUS osatoteutus, Omapolku 3.0: Yhteiskäyttöiset digipolut, hakijana Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue.	2 200 000 €
Omapolku-digipolku-sovelluksen välttämättömät IT- muutokset, jolla varmistetaan perus- ja erikoistason terveydenhuollon sekä jatkossa sosiaalityön yhteiskäyttöisten digipolkujen tekniset edellytykset kuten asiakkaan suostumus ja eri organisaation ammattilaisten keskinäinen työnjako. Integroitujen palveluketjujen avulla voidaan seurata digipalvelun vaikuttavuutta koko palveluketjusta sekä mahdollistaa tutkimukseen perustuvan näyttö digipalveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta asiakkaan, ammattilaisen ja palvelujärjestäjän näkökulmista. Tekninen osatoteutus.		
Investointi 4	HUS osatoteutus, Terveyskylä 3.0 ja itsehoito-ohjelmat, hakijana Pohjois-Savon hyvinvointialue.	1 973 000 €
Terveyskylän kansalaisille ja ammattilaisille suunnattujen sisältöjen ja palveluiden - mukaan lukien itsehoito-ohjelmat - sisällönhallinta- ja julkaisujärjestelmän sekä niihin liittyvien jakelukanavien uudistaminen, jotta ko. digipalvelut voidaan istuttaa osaksi hyvinvointialueiden portaalia ja räätälöidä osaksi hyvinvointialueen palvelupolkuja. Tekninen osatoteutus.		

Vantaan ja Kervan hyvinvointialueen hakemus:

Investointi 3	HUS osatoteutus, Vaikuttavuusperustei sen ohjauksen ja johtamisen analytiikkatyökalu	360 000 €
HUSin Apotti-järjestelmään liittyvän raportointiosaamisen hyödyntäminen Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen raportoinnin kehittämisessä ja yhteisen osaamisen kerryttämisessä.		

Helsingin kaupungin hakemus:

Investointi 1	HUS osatoteutus, HEHKU -malli	540 000 €
Pilotoidaan lasten- ja nuorisopsykiatrisen ja lastensuojelun ja perhesosiaalityön integroitu intensiivinen ja jalkautuva toimintamalli (Hehku). Suunnitellaan ja laajennetaan nykyistä lastensuojelun ja HUS:n lasten- ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaille kehitettyä Hehku-toimintamallia sosiaalihuoltolain mukaisen erityisen tuen 10-17 v. asiakkaisiin, kehitetään toimintamallia ja vakiinnutetaan.		
Investointi 4	HUS osatoteutus, Nepsy hoitopolkuun liittyvä toiminnanohjaus	180 000 €
Laaditaan yhdenmukainen palveluketjukuvaus ja ohjeistus koko HUS-alueen lasten mielenterveyden hoidon perustason toimijoille yhteistyössä HUSin kanssa.		
Investointi 4	HUS osatoteutus, digitalisaation tukipalvelukokonaisu us	9 560 000 €
Kansallisen tason digitaalinen tukipalvelukokonaisuus mahdollistaa digitaalisten mielenterveyspalvelujen laajentamisen ja käyttöönoton hyvinvointialueilla (Terapiat etulinjaan -hanke)		

Valtionavustuksen kohdentaminen osatoteuttajana edellyttää osatoteuttajan päätöstä hankkeeseen osallistumisesta. Nämä sitoumukset tulee antaa ennen hankerahoitusta koskevia päätöksiä, viimeistään 11.11.2022.

Toimiminen osatoteuttajana edellyttää tarpeellisten resurssien osoittamista valmisteluun myönnetyn rahoituksen puitteissa. Toimivallasta resurssien suhteen määrätään HUSin hallintosäännössä. HUSin valtuusto on hyväksynyt hallintosäännön 8.2.2017 ja muuttanut sitä viimeksi päätöksellään 16.12.2021 § 31. Hallintosäännön 15 §:n mukaan HUSin toimitusjohtajan tehtävänä on päättää asioista, joita ei ole määrätty valtuustolle, hallitukselle tai muulle toimielimelle eikä delegoitu muille viranhaltijoille. Toimivalta päättää osallistumisesta RRF-hankkeisiin kuuluu näin HUSin toimitusjohtajalle.

Päätös

Päätän, että

1. HUS voi osallistua osatoteuttajana EU:n elpymis- ja palautumistukivälineen rahoittamaan kehittämistoimintaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin koordinoimissa hankkeissa,
2. kehittämistoiminta tapahtuu HUSin talousarvion ja HUSille kohdennetun valtionavustuksen puitteissa ja
3. yhteistyö hallinnoidaan
 - a. Pirkanmaan hakemuksen mukaisen osatoteutuksen osalta HUS Konsernipalveluissa
 - b. Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon hakemusten mukaisen osatoteutuksen osalta HUS Tietohallinnossa
 - c. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueen hakemuksen mukaisen osatoteutuksen osalta HUS Tietohallinnossa
 - d. HEHKU-mallin osatoteutuksen osalta HUS Aivokeskuksessa
 - e. Nepsy hoitopolun osatoteutuksen osalta HUS Lasten ja nuorten toimialalla
 - f. Terapiat etulinjaan -hankkeen osatoteutuksen osalta HUS Aivokeskuksessa

Julkisuus

Julkinen

Sovelletut oikeusohjeet

Päätösvallan perusteet

Hallintosääntö § 15

Päättäjä

Matti Bergendahl
HUS-kuntayhtymä toimitusjohtaja
HUS Yhteiset tulosalueen johto ja yhteiset

Lisätietoja

Teppo Heikkilä
teppo.heikkila@hus.fi

Tiedoksi

Asianosaiset

Tiedoksianto

Sähköpostiviestillä

