

**Arviointimuistio**  
**YHDENVERTAISUUS**  
**HOITON PÄÄSYSSÄ**

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Mitä arvioitiin? .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä lainsäädännön ja tutkimustiedon valossa.....</b>	<b>6</b>
2.1	Yhdenvertaista hoitoon pääsyä koskeva lainsäädäntö	7
2.2	Mitä tutkimusten perusteella tiedetään yhdenvertaisuudesta hoitoon pääsyssä?	9
2.3	Priorisointi ja yhdenvertaisuus	11
<b>3</b>	<b>Edellytykset yhdenvertaisen hoitoon pääsyn toteutumiselle.....</b>	<b>13</b>
3.1	Yhdenvertaisuustyön tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista	14
3.2	Yhdenvertaisuutta koskevat kannanotot ja muistutukset	17
<b>4</b>	<b>Miten hoitoon pääsyn yhdenvertaisuus toteutuu HUSissa?.....</b>	<b>19</b>
4.1	Yhdenvertainen hoitoon pääsy Operatiivisella tulosalueella	19
4.2	Toteutuuko yhdenvertaisuus HUSin priorisoinnissa?	29
4.3	Odotusajat kiireettömiin kuvantamistutkimuksiin	30
<b>5</b>	<b>Johtopäätökset ja tarkastuslautakunnan suositukset.....</b>	<b>34</b>
	<b>Lähteet.....</b>	<b>36</b>

## 1 Mitä arvioitiin?

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikki ihmiset ovat samanarvoisia riippumatta heidän sukupuolestaan, iästään, etnisestä tai kansallisesta alkuperästä, kansalaisuudestaan, kielestään, uskonnostaan ja vakaumuksestaan, mielipiteestään, vammastaan, terveydentilastaan, seksuaalisesta suuntautumisestaan tai muusta henkilöön liittyvästä syystä.<sup>1</sup>

Sosiaali- ja terveyspalveluilla on tärkeä rooli yhdenvertaisuuden edistämisessä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjien tehtävänä on turvata asiakkaiden yhdenvertaisuus ja huolehtia siitä, että palvelut ovat saatavilla syrjimättömästi ja esteettömästi. Yhdenvertaisuus on yksi HUSin toimintaa ohjaavista arvoista. Potilaille se tarkoittaa sitä, että kaikki saavat hoitoa yhdenvertaisesti lääketieteellisen tarpeen perusteella. Arvo ohjaa myös kohtelemaan henkilöstöä ja sidosryhmiä yhdenvertaisesti ja varmistamaan yhdenvertaiset palvelut alueellisesti ja kielellisesti.<sup>2</sup>

Yhdenvertaisten palvelujen turvaaminen on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen (sotepe) -uudistuksen keskeisistä tavoitteista. STM selvitti vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista. Raportin mukaan yhdenvertaisuuden edistämistä tulee jatkaa, koska eri väestöryhmien ja alueiden välillä on merkittäviä terveys- ja hyvinvointieroja. Hyvinvointialueiden vertailussa terveimmät ihmiset asuvat pääosin Etelä- ja Länsi-Suomessa. Alueelliset erot johtuvat muun muassa väestön terveydentilasta, palvelujärjestelmän eroista sekä rakenteellisista tekijöistä, kuten sosioekonomisista tekijöistä. Selvityksen mukaan yhdenvertaisuuden toteutumisen arviointi on tällä hetkellä vaikeaa johtuen väestöryhmittäisen tietopohjan puutteista.<sup>3</sup>

Yhdenvertaisen hoitoon pääsyn arviointia vaikeuttaa se, että potilaiden yksilölliset tilanteet vaihtelevat. Lääketieteellisellä hoidon kiireellisyyden arviolla on keskeinen rooli. Vaikuttavan hoidon edellytyksenä on, että hoito suunnitellaan yksilöllisesti, eikä saman hoidon tarjoaminen kaikille ole tarkoituksenmukaista eikä laadultaan hyvää hoitoa. Pahimmillaan turha tai väärä hoito voi olla haitallista. Kaikkien samanlaisessa tilanteessa olevien tulee saada hoitoa samalla tavalla ottaen huomioon se, että hoidon tulee vastata potilaan tahtoa ja hoitoratkaisuiden pitää perustua tietoon.<sup>4</sup>

Hoitoon pääsyn tilanne on jatkunut vaikeana useita vuosia useilla erikoisaloilla. Valvira antoi HUSille määräyksen saattaa hoitoon pääsy lain mukaiselle tasolle 31.3.2025 mennessä. HUSin tulee antaa Valviralle selvitys hoitoon pääsyn tilanteesta 15.4.2025 mennessä.

<sup>1</sup> [Mitä on yhdenvertaisuus - Yhdenvertaisuus](#). Viitattu 2.7.2024.

<sup>2</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 3.

<sup>3</sup> STM. [Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2023 : Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain \(612/2021\) 31 §:n mukainen sosiaali- ja terveysministeriön vuosittainen valtakunnallinen selvitys \(valtioneuvosto.fi\)](#). Viitattu 11.6.2024.

<sup>4</sup> HUS. Intranet. [Toiminnallista yhdenvertaisuutta voi tarkastella monesta näkökulmasta](#). Vaatii käyttöoikeuden. Viitattu 7.8.2024.

### Arvioinnin tavoite ja arviointikysymys

Arvioinnissa selvitettiin, miten yhdenvertaisuus toteutuu hoitoon pääsyssä sekä miten HUSissa toteutetaan hoidon priorisointia ja resurssien kohdentamista. Arviointi sisältyi tarkastuslautakunnan arviointisuunnitelmaan 2023–2025 ja vuoden 2024 työohjelmaan.

Arvioinnissa selvitettiin

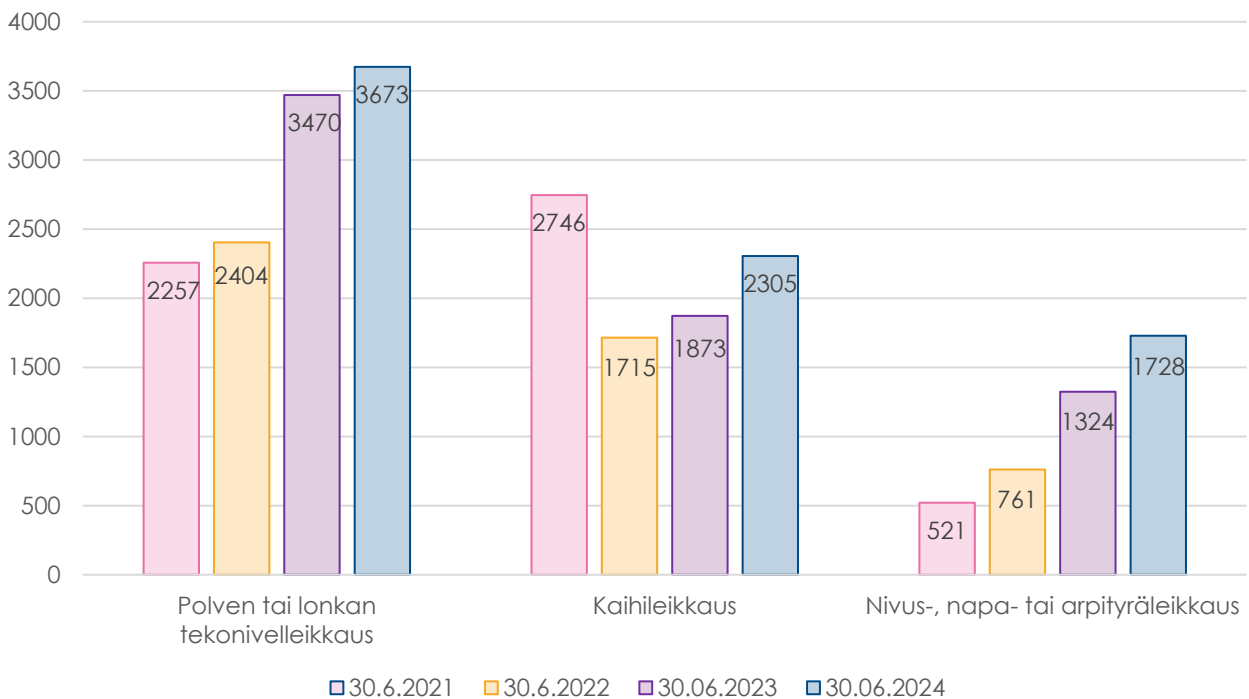
- Miten hoitoon pääsyn yhdenvertaisuus varmistetaan ja yhdenvertaisuuden toteutumista valvotaan?
- Miten hoidon priorisointia toteutetaan ja miten se ilmenee? Miten yhdenvertaisuus huomioidaan resurssien kohdentamisessa?
- Mitä tietoa on saatavilla yhdenvertaisuuden toteutumisesta hoitoon pääsyssä? Onko tietoa saatavilla riittävästi? Miten tietoa hyödynnetään päätösten tukena muun muassa resurssien kohdentamiseksi?
- Mitkä tekijät edistävät ja estävät yhdenvertaisuuden toteutumista hoitoon pääsyssä?

Arvioinnin aineistoina olivat johtajaylilääkärin kuuleminen tarkastuslautakunnassa, keskeisten vi-  
ranhaltijoiden haastattelut, kirjalliset tietopyynnöt, asiakirja-aineistot, tutkimusraportit, selvityk-  
set sekä HUSin ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoaineistot.

Arviointi rajattiin kiireettömään hoitoon. Arvioinnissa selvitettiin alueellista, ikäryhmittäistä ja su-  
kupuolten välistä yhdenvertaisuutta sekä yleisimpien kuvantamistutkimusten odotusaikoja eri toi-  
mipisteissä. Lisäksi selvitettiin tutkimuskirjallisuudesta sosioekonomisen aseman ja etnisen taustan  
vaikutusta terveyseroihin ja hoitoon pääsyyn.

Arviointi kohdistui yhdenvertaiseen hoitoon pääsyyn HUSissa tekonivel- ja tyräkirurgiassa sekä  
kaihileikkauksissa. Arviointi rajattiin näihin potilasryhmiin, koska ne ovat isoja potilasryhmiä, joi-  
den hoitoon pääsyssä on pitkään ollut haasteita.

Kesäkuussa 2024 hoitoa odotti polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen 3673, kaihileikkaukseen  
2305 sekä nivus-, napa- tai arpityräleikkaukseen 1728 potilasta. Kaikissa toimenpiteissä potilas-  
määrä on kasvanut viimeisen kahden vuoden aikana. (Kuvio 1)

**Kuvio 1. Kiireettömään hoitoon odottaneet potilaat kesäkuussa 2021–2024.**

LÄHDE: THL. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Tilastokuutio. [Hoitoa odottavat ja odotusajat ionoryhmittäin \(sampo.thl.fi\)](https://sampo.thl.fi). Tiedot päivitetty 27.8.2024. Tiedot poimittu 10.1.2024.

Tarkastuslautakunta on antanut useita suosituksia hoitoon pääsystä aiemmissa arviointikertomuksissa, viimeksi vuonna 2023. Tuolloin lautakunta piti välttämättömänä löytää keinoja lainmukaisen hoitoon pääsyn varmistamiseksi Valviran määräyksen mukaisesti 31.3.2025 mennessä. Arviointikertomuksessa 2012 lautakunta selvitti, miten tulotaso vaikuttaa sairaalapalvelujen käyttöön. Lautakunta kiinnitti huomiota siihen, että HYKSin erityisvastuualueella sairaalahoitoa käytettiin vähemmän alemmissa tuloryhmissä kuin muilla erityisvastuualueilla. Lisäksi ylemmissä tuloluokissa kirurgisten hoitajaksojen osuus oli suurempi, mikä viittaa siihen, että ylempiin tuloryhmiin kuuluville tehdään enemmän toimenpiteitä kuin alempiin tuloryhmiin kuuluville. Lautakunta suositteli, että HUSin tulee kehittää omia hoitokäytäntöjään sekä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, jotta yhdenvertainen ja tasa-arvoinen hoito saavutetaan HUS-alueella.

Vuonna 2021 tarkastuslautakunta arvioi Diagnostiikkakeskuksen toimintaa ja kiinnitti huomioita siihen, että diagnostisten palvelujen odotusajoissa oli vaihtelua toimipisteiden välillä, eivätkä palvelut olleet yhdenvertaisesti saatavilla eri sairaanhoitoalueilla asuville potilaille. Lautakunta suositteli, että kiireettömissä kuvantamistutkimuksissa varmistetaan yhdenvertainen hoitoon pääsy eri alueiden välillä. Lisäksi suositeltiin tuottamaan tietoa tutkimusten odotusajoista asiakkaille ja johtamisen tueksi.

Arvioinnin toteuttivat johtava tuloksellisuustarkastaja Hanna-Maria Leinonen, tuloksellisuustarkastaja Jaana Isojärvi ja arviointijohtaja Pirjo Räsänen.

## 2 Yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä lainsäädännön ja tutkimustiedon valossa

Yhdenvertaisuuden turvaaminen on keskeinen osa perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Yhdenvertaisuutta käsitellään useissa laeissa ja ohjeissa. Terveyspalveluissa yhdenvertaisuus liittyy läheisesti priorisointiin, pyrkimykseen kohdistaa palvelut ja rajalliset resurssit siten, että terveydenhuolto on oikeudenmukaista, yhdenvertaista, vaikuttavaa ja taloudellisesti kestävää.<sup>5</sup>

Oikeusministeriön yhteydessä toimii itsenäinen ja riippumaton valtioneuvoston nimittämä yhdenvertaisuusvaltuutettu. Valtuutetun tehtävänä on edistää yhdenvertaisuutta ja puuttua syrjintään muun muassa neuvonnalla, selvittämällä yksittäisiä tapauksia, edistämällä sovintoa osapuolten välillä, kouluttamalla, keräämällä tietoa sekä vaikuttamalla lainsäädäntöön ja viranomaisten käytäntöihin.<sup>6</sup>

Yhdenvertaiseen hoitoon pääsyyn vaikuttavat monet tekijät: lainsäädäntö, hoitosuositukset, lääketieteellinen tarve, potilaan taustatekijät sekä organisaation taloudelliset resurssit ja henkilöstö. Lainsäädäntö ja hoitosuositukset muodostavat perustan yhdenvertaisuuden toteutumiselle terveydenhuollossa ja varmistavat, että palvelut ovat saatavilla kaikille kansalaisille ilman syrjintää. Lääketieteellinen tarve sekä potilaan kyky hyötyä hoidostaan määrittävät hoitoon pääsyä. Lisäksi organisaatiolla ja sen käytettävissä olevilla resursseilla ja henkilöstön saatavuudella on vaikutusta yhdenvertaisuuteen. Myös potilaan taustatekijät, kuten sosioekonominen asema ja kulttuuritausta voivat vaikuttaa yhdenvertaisuuden toteutumiseen. Potilaan tarvitsemat taidot digitaalisuuden hyödyntämiseen ovat myös tärkeässä roolissa yhdenvertaisuuden näkökulmasta, sillä terveydenhuollon palvelut tarjotaan yhä enemmän digitaalisina. Yhdenvertaiseen hoitoon pääsyyn vaikuttavat tekijät on koottu kuvioon 2.

---

<sup>5</sup> Torkki P. ym. [Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoiman priorisointi](#). Viitattu 14.5.2024.

<sup>6</sup> Yhdenvertaisuusvaltuutettu. [Yhdenvertaisuuden edistäminen ja syrjintään puuttuminen \(yhdenvertaisuusvaltuutettu.fi\)](#). Viitattu 13.8.2024.

## Kuvio 2. Hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen vaikuttavat tekijät.



LÄHDE: Arvioinnin aineistona käytetyt tutkimusraportit, selvitykset, haastattelut ja tietopyynöt. Ks. lähdeluettelo.

### 2.1 Yhdenvertaista hoitoon pääsyä koskeva lainsäädäntö

Perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eriarvoiseen asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.<sup>7</sup> Lisäksi laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986) estää sukupuoleen liittyvää syrjintää ja edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa.<sup>8</sup>

Yhdenvertaisuuslain (1325/2014) tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta, ehkäistä syrjintää ja tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. Laissa säädetään eri toimijoiden velvollisuudesta arvioida ja edistää yhdenvertaisuutta henkilöstön ja muun toiminnan osalta. Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan ihmisten yhdenvertaisuutta riippumatta iästä, alkuperästä, kansalaisuudesta, uskonnosta, vakaumuksesta, mielipiteestä, poliittisesta toiminnasta, perhesuhteista, terveydentilasta, vammaisuudesta, seksuaalisesta suuntautumisesta tai muusta henkilöön liittyvästä ominaisuudesta. Yhdenvertaisuuslain mukaan ketään ei saa syrjiä edellä mainittujen syiden perusteella.

<sup>7</sup> Suomen perustuslaki 731/1999 ([finlex.fi](http://finlex.fi)).

<sup>8</sup> Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 609/1986 ([finlex.fi](http://finlex.fi)).

Syrjintä voi olla välitöntä, välillistä tai esimerkiksi kohtuullisten mukautusten<sup>9</sup> epäämistä vammaisilta henkilöiltä.<sup>10</sup> Viranomaisen on tehtävä asianmukaiset ja kulloisessa tilanteessa tarvittavat kohtuulliset mukautukset, jotta vammaisen henkilö voi yhdenvertaisesti käyttää viranomaisen palveluja. Mukautusten perustana ovat vammaisen henkilön tarpeet, kuten avustajan tai viittomakielen tulkinnin järjestäminen ja apuvälineiden tarjoaminen terveyspalveluissa asioimistilanteisiin.<sup>11</sup>

Terveydenhuoltolaki (1360/2010)<sup>12</sup> kiinnittää huomiota väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen ja laatuun ja potilasturvallisuuteen. Laissa asetetaan määräajat hoitoon pääsulle erikoissairaanhoidon palveluihin. Hoitoon pääsyä voidaan tarkastella hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoa odottavien näkökulmasta. Terveydenhuoltolain mukaan:

- Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava 3 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön.
- Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamistai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava 3 kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon toteuttavaan yksikköön.
- Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava viimeistään 6 kuukauden kuluessa hoidon kiireellisyys huomioiden.
- Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa määräajat ovat lyhyemmät. Tarvittavat tutkimukset on toteutettava 6 viikon kuluessa ja tarpeelliseksi todettu hoito järjestettävä alle 23-vuotiaille 3 kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.
- Kiireelliseen hoitoon tulee päästä sairauden kiireellisyyden määrittämässä ajassa.

Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa linjataan hoitoon pääsyn kriteereistä. Ohjeistus kattaa muun muassa diagnostiikan, hoidon tarpeen arvioinnin ja jatkoseurannan erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Kriteerien tavoitteena on varmistaa, että potilaat saavat tarvitsemaansa hoitoa ilman tarpeettomia viivytyksiä ja hoitoon pääsee yhdenmukaisin kriteerein eri puolilla Suomea. Kansalaisilla tulee olla yhdenvertainen oikeus saada tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluita ja mahdollisuus valita hoitopaikkansa.<sup>13</sup> Terveydenhuoltolaki edellyttää lisäksi, että hyvinvointialueen eri toimijat seuraavat yhteistyössä yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista.<sup>14</sup>

Terveydenhuoltolakiin joulukuussa 2024 tehdyt muutokset sairaalaverkon uudistamisesta sekä HUSin oma palveluverkkouudistus voivat vaikuttaa hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen palvelujen saavutettavuuden sekä laadun näkökulmasta.<sup>15</sup>

<sup>9</sup> Kohtuullisilla mukautuksilla tarkoitetaan tarvittaessa tapauskohtaisesti toteutettavia tarpeellisia ja asianmukaisia muutoksia ja järjestelyjä, joilla ei aiheuteta suhteetonta tai kohtuutonta rasitetta, ja joilla varmistetaan vammaisten ihmisten mahdollisuus nauttia tai käyttää kaikkia ihmisoikeuksia ja perusvapauksia yhdenvertaisesti muiden kanssa.

<sup>10</sup> [Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 \(finlex.fi\)](#); [Yhdenvertaisuus on perusoikeus \(om.fi\)](#). Viitattu 1.11.2024.

<sup>11</sup> [Yhdenvertaisuuden edistäminen ja syrjintään puuttuminen - Sosiaali- ja terveyspalvelut \(yhdenvertaisuusvaluutettu.fi\)](#). Viitattu 14.1.2025.

<sup>12</sup> [Terveydenhuoltolaki 1360/2010 § 2, 52 ja 53 \(finlex.fi\)](#).

<sup>13</sup> STM. [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 \(valtioneuvosto.fi\)](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Viitattu 1.8.2024.

<sup>14</sup> [Terveydenhuoltolaki 1360/2010 § 7 \(finlex.fi\)](#).

<sup>15</sup> [Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1081/2024 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 16.1.2025; HUS. Yhtymähallitus 17.6.2024 § 80. Talouden sopeuttamisohjelma ja palveluverkkotyö.



## 2.2 Mitä tutkimusten perusteella tiedetään yhdenvertaisuudesta hoitoon pääsystä?

Suomessa on tehty lukuisia tutkimuksia terveyseroista ja terveydenhuollon palvelujen käytöstä eri näkökulmista. Koulutuksen on havaittu vaikuttavan koettuun terveyteen: alemmissa koulutusryhmissä sekä naiset että miehet kokivat terveytensä huonommaksi kuin korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmässä.<sup>16</sup>

Manderbacka ym. selvittivät aikuisväestön palvelujen saatavuutta mitattuna itse arvioidulla tyydyttämättömällä avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarpeella ja palvelutarpeen yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin Turussa, Oulun seudulla ja Kainuussa. Tyydyttämättömään palveluntarpeeseen vaikuttivat se, mitä huonommin tulot riittivät kattamaan menot, työttömyys työiässä ja melko huonoksi tai huonoksi koettu terveys.<sup>17</sup> Manderbacka on tutkimuksissaan myös havainnut, että suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon.<sup>18</sup> Elektiivisessä kirurgiassa kuten sepelvaltimotoimenpiteissä, lonkan ja polven primaarissa tekonivelleikkauksessa, selän välilevyleikkauksessa, kohdunpoistossa, eturauhasen poistossa sekä kaihileikkauksessa pienituloisuus, työttömyys ja yksinasuminen näyttivät pienentävän leikkauksen todennäköisyyttä. Tutkimuksessa pohdittiin, onko kyse siitä, että heikommassa asemassa olevat eivät hakeudu hoitoon vai siitä, että heitä hoidetaan eri tavoin.<sup>19</sup> Koulutus ja tulotaso pystyivät selittämään joitakin alueellisia eroja polven ja lonkan tekonivelleikkauksissa vuosina 2010-2013. Ammatti vaikutti leikkausten yleisyyteen. Molemmat leikkaukset olivat yleisempiä maanviljelijöillä ja polven tekonivelleikkaus oli yleinen erityisesti ruumiillisen työn tekijöillä.<sup>20</sup>

Vuonna 2022 Manderbacka ym. tarkastelivat terveyden eriarvoisuutta käyttämällä mittarina menetettyjä elinvuosia (PYLL, potential years of life lost). Tutkimuksessa havaittiin, että menetettyjä elinvuosia oli Itä- ja Pohjois-Suomessa pääsääntöisesti enemmän kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. Eniten menetettyjä elinvuosia aiheuttavat kuolemansyyt olivat verenkiertoelinten sairaudet, syövät ja alkoholikuolemat. Alueellisten erojen syyksi tutkimuksessa nähtiin alueiden väliset erot terveydentilassa, terveyskäyttäytymisessä ja elinoloissa.<sup>21</sup>

Tutkimustietoa monikulttuurisen taustan vaikutuksesta hoitoon pääsyyn erikoissairaanhoidossa löytyi vain vähän. Keiturin kirjallisuuskatsauksessa vuodelta 2005 tarkasteltiin eettisiä tilanteita, joita esiintyy eri kulttuuritaustaisten ihmisten kohdatessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Kulttuuritausta voi vaikuttaa siihen, miten terveyspalveluihin suhtaudutaan ja kuinka paljon niitä käytetään. Julkiseen terveydenhuoltoon sisältyvät palvelut, kuten neuvolat, saattavat olla vieraita maahanmuuttajille, mikäli he ovat tottuneet hoitamaan lapset perheyhteisössä. Toiset maahanmuuttajat voivat puolestaan käyttää terveyspalveluja melko runsaasti erityisesti maahanmuuton

<sup>16</sup> Talala K. ym. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 2014; 69(36):2185-2192a.

<sup>17</sup> Manderbacka K. ym. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012;49, s. 4-12.

<sup>18</sup> Manderbacka K. ym. [Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa \(julkari.fi\)](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.

<sup>19</sup> Manderbacka K. ym. [Huono-osaisuus terveydenhuollossa: Sosioekonomiset erot elektiivisessä kirurgiassa](#). Suomen Lääkärilehti 2008;22(63):2025-2031.

<sup>20</sup> Manderbacka K. et al. [Explaining regional variation in elective hip and knee arthroplasties in Finland in 2010-2017: a register-based cohort study](#). BMC Health Serv Res 2022 Jul 9;22(1):891.

<sup>21</sup> Manderbacka K. ym. Toteutuuko alueellinen tasa-arvo menetetyissä elinvuosissa? Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. Tutkimuksesta tiiviisti 35/2022.

alkuvaiheessa. Kielitaidon taso vaihtelee huomattavasti, mikä voi johtaa eettisiin haasteisiin. Kulttuuritaustasta riippuen he eivät aina ilmaise selkeästi, että eivät ymmärrä saamiaan ohjeita ja neuvoja.<sup>22</sup>

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (ETENE) raportissa vuodelta 2004 käsitellään monikulttuurisuuden vaikutuksia Suomen terveydenhuollossa. Ulkomaalaistaustaisen ja vieraskielisen potilaan tulee saada tietoa terveydenhuollon palveluista ja omista oikeuksistaan. On tärkeää keskustella siitä, mitä terveydenhuollon palveluihin sisältyy ja mitä ei. Suomessa asuvat eri kulttuurien edustajat ovat oikeutettuja tarpeidensa mukaisiin palveluihin ja yhdenvertaiseen kohteluun terveydenhuollossa. Näiden asioiden huomioiminen sisältyy terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin. Yhteistä ymmärrystä voidaan lisätä tulkkipalvelujen avulla.<sup>23</sup>

### Digitaaliset palvelut yhdenvertaisuuden näkökulmasta

Terveydenhuollon palveluita tarjotaan yhä enemmän digitaalisina palveluina. Niitä ovat esimerkiksi sähköisen asiointin palvelut, kuten ajanvaraukset, etävastaanotot ja viestien lähettäminen, sekä erilaiset hoito-ohjelmat, kuten Terveyskylän digihoitopolut.<sup>24</sup> Digipalvelulain (306/2019) mukaan julkisten palvelujen tuottajien on tarjottava asiakkaille mahdollisuus asioida digitaalisesti sekä tiedotettava selkeästi, miten asiakas voi hoitaa asiansa sähköisesti. Palvelun tuottajien on myös varmistettava, että digipalvelut ovat saavutettavia siten, että kaikilla on mahdollisuus käyttää palveluja yhdenvertaisesti.<sup>25</sup>

Digitaalisilla palveluilla voidaan parantaa hoidon saatavuutta, mutta ihmisten vaihtelevat digitaaliset taidot on otettava huomioon palvelujen kehittämisessä. Heponiemen ym. tutkimus<sup>26</sup> osoitti, että pienituloisuus, työttömyys, sosiaalinen eristyneisyys, huono terveydentila ja matala koulutustaso olivat yhteydessä vähäisiin digitaitoihin, rajoitettuun pääsyyn digipalveluihin ja negatiivisiin asenteisiin niitä kohtaan.

ETENE julkaisi syksyllä 2024 kannanoton digitaidoitettujen syrjäyttämisestä yhteiskunnassa. Kannanotossa korostettiin, että kaikilla ei ole kykyä käyttää digitaalisia asiointikanavia itsenäisesti, eikä henkilökohtaista palvelua aina ole saatavilla. Julkisia digipalveluja kehitettäessä tulee varmistaa, että digitaidoitettujen erilaiset ihmiset pystyvät käyttämään ja hyötymään niistä. Digitaalinen eriarvoisuus ei koske vain ikääntyneitä, vaan myös vammaisia ja muita toimintarajoitteisia henkilöitä. Perinteisiä palveluja tarvitaan edelleen tulevaisuudessa.<sup>27</sup>

<sup>22</sup> Keituri T. [Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa: Katsaus hoitoalan tutkimuksiin \(tehy.fi\)](#). Helsinki: Tehy, 2005. Tehyn julkaisusarja F: 4/2005. Viitattu 28.10.2024.

<sup>23</sup> [Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa: ETENEn 5. kesäseminaari, Helsinki, 17. elokuuta 2004 \(etene.fi\)](#). Viitattu 28.10.2024.

<sup>24</sup> HUS. Johtajaylilääkärin ohje 30.9.2024. Digitaalisten potilaspalveluiden ohje.

<sup>25</sup> [Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta 306/2019 § 5 ja 7 \(finlex.fi\)](#).

<sup>26</sup> Heponiemi T. et al. [Digital inequality in Finland: Access, skills and attitudes as social impact mediators](#). New Media & Society 2023;25(9): 2475–2491.

<sup>27</sup> [Digitaidoitettujen syrjäyttäminen yhteiskunnassa – digitaalisen eriarvoisuuden kasvu tulee pysäyttää \(etene.fi\)](#). Kannanotto 1.10.2024. Viitattu 28.10.2024.

## Monikanavainen terveystalvvelujärjestelmä haasteena yhdenvertaisuudelle

Suomen terveystalvvelujärjestelmä on monikanavainen. Eri väestöryhmille on omat perustason terveystalvvelut, joiden rahoitus tulee eri tahoilta. Vaikka julkiset terveystalvvelut ovat tarjolla kaikille, ei niiden saatavuus vastaa talvvelujen tarvetta. Työssäkävien terveystalvvelut tarjoaa usein työterveyshuolto, joka sisältää lakisääteisen ennaltaehkäisevän ja työkykyä tukevan työterveyshuollon, ja joka työnantajasta riippuen sisältää usein myös yleislääkäritasosta sairaanhoitoa. Korkeakouluopiskelijoiden terveystalvveluista vastaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS.<sup>28</sup> Yksityiset lääkäritalvvelut ovat tarjolla kaikille, jotka pystyvät niistä maksamaan.

Pekurisen ja Sintosen mukaan monikanavainen rahoitus lisää valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille, laajentaa yksityissektorin talvvelutarjontaa sekä säästää julkisia menoja, kun osa väestöstä käyttää yksityisiä talvveluita ja työterveyshuoltoa. Toisaalta se ylläpitää päällekkäistä talvvelutarjontaa ja lisää epätarkoituksenmukaista talvvelujen käyttöä ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Se myös hidastaa julkisten talvvelujen kehittämistä houkuttelemalla henkilöstöä yksityissektorille. Yksityissektorille kohdentuvat sairausvakuutuskorvaukset synnyttävät osaltaan julkisen terveydenhuollon työvoimapulaa ja rajoittavat työvoiman joustavaa käyttöä.<sup>29</sup>

Blomgren ja Virta analysoivat rekisteritutkimuksessaan sosioekonomisen aseman vaikutusta oululaisten 25–64 -vuotiaiden terveystalvvelujen käyttöön. Tulosten mukaan alhaisemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla oli suurempi todennäköisyys olla käyttämättä terveystalvveluita tai käyttää vain julkisia terveystalvveluita. Mitä korkeampi sosioekonominen asema oli, sitä suurempi oli todennäköisyys käyttää joko pelkästään työterveyshuoltoa tai työterveyshuoltoa ja yksityisiä lääkäritalvveluita. Tutkimuksessa todetaan tulosten kuvastavan terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta, jossa työssäkävien väestön työterveydenhuolto osaltaan vaikuttaa terveystalvvelujen käytön eriarvoisuuteen ja mahdollisesti johtaa eroihin sosioekonomisen aseman mukaisten ryhmien terveydessä.<sup>30</sup>

Erikoissairaanhoidon monikanavaisuus heijastuu siten, että ne, joilla on mahdollisuus käyttää yksityisiä talvveluita, pääsevät sujuvammin hoitoon perustasolla kuin ne, jotka käyttävät julkisia terveyskeskustalvveluita. Kun esimerkiksi yleislääkärin vastaanotolle ei joudu jonottamaan, niin myös lähetteen erikoissairaanhoidon voi saada nopeammin.

### 2.3 Priorisointi ja yhdenvertaisuus

Terveydenhuoltojärjestelmässä talvvelujen käyttäjien odotukset sekä käytettävissä olevat hoidot ja talvvelut muuttuvat jatkuvasti. Käyttäjien odotukset terveystalvvelujen määrästä ja laadusta ylittävät aina järjestelmän käytettävissä olevat resurssit. Toisaalta julkisella vallalla on perustuslain määräämä velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvvelut. Koska resurssit eivät riitä

<sup>28</sup> STM. [Terveystalvvelut \(stm.fi\)](https://stm.fi); [Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö \(yths.fi\)](https://yths.fi). Viitattu 25.11.2024.

<sup>29</sup> Pekurinen M, Sintonen H. [Suomen vaikeasti hallittava sote-rahoitus \(laakarilehti.fi\)](https://laakarilehti.fi). Suomen lääkärilehti 8.3.2022. Viitattu 19.11.2024.

<sup>30</sup> Blomgren J, Virta LJ. [Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231792). PLOS ONE 2020 Apr 16;15(4):e0231792.

kaikkeen, on priorisoitava. Priorisoinnissa tavoitellaan terveydenhuollon niukkojen resurssien kohdentamista arvojen, periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti. Se tarkoittaa esimerkiksi päätöksiä hoitoon ottamisesta ja hoitoimenpiteen valinnasta sekä myös linjauksia siitä, millaisia hoitomenetelmiä otetaan käyttöön ja mitä poistetaan käytöstä. Priorisointia voidaan tehdä tietoisesti, mutta myös tiedostamatta, ja siihen vaikuttavat vallitsevat arvot, asenteet, sekä sisäiset ja ulkoiset kannustimet ja paineet kuten koronapandemian kaltainen tilapäinen kriisi.<sup>31</sup>

Priorisointi ei tarkoita hoitamatta jättämistä. Priorisoinnin tavoitteena on terveydenhuollon vaikuttava ja oikeudenmukainen, yhdenvertaisesti terveyttä tuottava käyttö. Priorisoinnin toteutumisen edellytyksenä on yhteisesti hyväksytyjen periaatteiden laatiminen niin, että ne mahdollistavat tavoitteen saavuttamisen.<sup>32</sup>

Priorisointia tehdään kansallisesti palvelujärjestelmän tasolla sekä organisaatiotasolla.<sup>33</sup> Kansallisella tasolla Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Palveluvalikoimaneuvosto (Palko) antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisiin varoin rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan,<sup>34</sup> ja terveydenhuollon palveluvalikoiman yleiset periaatteet on säädetty terveydenhuoltolaissa.<sup>35</sup> Lisäksi Suomalainen lääkäriseura Duodecim antaa Käypä hoito -suositusten lisäksi Vältä viisaasti -suosituksia käytännöistä, jotka ovat tutkimusnäyttöön perustumattomia, vanhentuneita ja mahdollisesti haitallisia ja joista luopumalla voidaan parantaa terveydenhuollon vaikuttavuutta, tuottavuutta ja turvallisuutta.<sup>36</sup> Lainsäädäntö asettaa rajoituksia priorisoinnille, esimerkiksi säännöksillä hoitoon pääsyn määrärajoista (hoitotakuu), sekä potilaan oikeuksista ja asemasta. Lisäksi perustuslaissa säädetty perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoite ja yhdenvertaisuussäännös sekä yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on huomioitava priorisointipäätöksiä tehtäessä.<sup>37</sup>

Priorisointia koskevat suositukset eivät ole sitovia. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt hallitusohjelman mukaisen kansallisen palvelureformin, jossa uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöjä koskevaa lainsäädäntöä ja ohjausta. Palvelureformin puitteissa selvitetään mahdollisuutta säätää kansallisesta toimijasta, jolla on toimivalta linjata sitovasti menetelmien ja palvelujen kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta sen ulkopuolelle. Lisäksi määritellään periaatteet, joiden pohjalta palvelut ja menetelmät sisällytetään palveluvalikoimaan tai rajataan sen ulkopuolelle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaa koskeva luonnos hallituksen esitykseksi on tarkoitettu lähetettäväksi lausuntokierrokselle vuoden 2025 syksyllä, ja laki tulisi voimaan vuonna 2027.<sup>38</sup>

<sup>31</sup> Torkki P. ym. [Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi](#). Viitattu 14.5.2024; Kaila M, Lohiniva-Kerkelä M. [Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet](#). Viitattu 14.5.2024.

<sup>32</sup> Autti-Rämö I. Etiikka Terveydenhuollon päätöksissä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2025. s. 171.

<sup>33</sup> Torkki P. ym. [Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi](#). Viitattu 14.5.2024.

<sup>34</sup> [Terveydenhuollon palveluvalikoima \(palveluvalikoima.fi\)](#). Viitattu 14.5.2024.

<sup>35</sup> [Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 7a \(finlex.fi\)](#).

<sup>36</sup> [Vältä viisaasti \(kaypahoito.fi\)](#). Viitattu 14.5.2024.

<sup>37</sup> Torkki P. ym. [Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi](#). Viitattu 14.5.2024.

<sup>38</sup> [Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma \(valtioneuvosto.fi\)](#). Viitattu 6.8.2024.; STM. [Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen \(stm.fi\)](#). Viitattu 30.10.2024.; STM. [Lähetekeskustelu: palveluvalikoiman periaatteet. Vaikuttavien palvelujen ja menetelmien kansallisen valinnan periaatteista säätäminen \(stm.fi\)](#). Viitattu 30.10.2024.

### 3 Edellytykset yhdenvertaisen hoitoon pääsyn toteutumiselle

Yhdenvertaisuus on yksi HUSin arvoista. Strategiassa yhdenvertaisuus määritellään siten, että kaikille potilasryhmille taataan yhdenvertainen hoitoon pääsy lääketieteellisen tarpeen mukaan, ja palvelut taataan myös alueellisesti ja kielellisesti. HUSin strategiset painopisteet ovat asiakaskokemus, henkilöstökokemus, hyvinvointialue-yhteistyö, jatkuva parantaminen ja uudistaminen sekä kestävä talous. Strategiakaudella 2023–2027 erityisesti hyvinvointialueyhteistyö sekä kestävä talous edistävät yhdenvertaisuutta.<sup>39</sup> Vuodelle 2025 hyvinvointialueyhteistyön painopisteeksi on asetettu tavoitteeksi varmistaa hoidon yhdenvertaisuus.<sup>40</sup> Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kanssa tehtävä yhteistyö korostuu alueellisen hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuden parantamisessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa yhdenvertaisuussuunnittelu on keino tukea hyvää hallintoa ja palvelujen kehittämistä.<sup>41</sup> Vuonna 2023 HUS laati ensimmäisen Toiminnallisen yhdenvertaisuussuunnitelman,<sup>42</sup> joka kuvaa miten HUS edistää yhdenvertaisuutta, ehkäisee syrjintää ja lisää osallisuutta hoito- ja potilastyössä ja palveluissaan. Suunnitelma sisältää tavoitteet ja toimenpiteet toiminnan kehittämiseksi.

Yhdenvertaiseen hoitoon pääsyyn liittyviä asioita on muissakin lakisääteisissä dokumenteissa, kuten Omavalvontaohjelmassa, Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa sekä Kaksikielisyysohjelmassa. Lisäksi toimintaa ohjaavat hallinnolliset ohjeet, kuten johtajaylilääkärin antamat ohjeet jonottamisen syy -koodien käytöstä kiireettömässä erikoissairaanhoidossa sekä digitaalisista potilaspalveluista.<sup>43</sup> Hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen liittyvät ohjelmat ja suunnitelmat sekä huomioita niiden sisällöstä ja toteutumisesta on koottu taulukkoon 1.

Yhtymähallitus seuraa lakisääteisten hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista. Johtajaylilääkäri raportoi säännöllisesti yhtymähallitukselle hoitoon pääsyn tilanteesta, jota seurataan myös Uudenmaan hyvinvointialueittain.<sup>44</sup> Hoitoon pääsyä seurataan ja raportoidaan useilla muillakin tasoilla, kuten tulosalueen johtoryhmän kuukausikokouksissa sekä leikkaustoiminnan ohjausryhmässä ja sairaanhoidon koordinaatioryhmässä. Lisäksi hyvinvointialueiden yhteistyökokouksissa hoitoon pääsyn tilannetta tarkastellaan säännöllisin väliajoin.<sup>45</sup> Hoitoon pääsyn jonotiedot julkaistaan hus.fi -verkkosivuilla suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi. Alueellisia tietoja hoitoon pääsyn toteutumisesta ei kuitenkaan ole saatavilla verkkosivuilla.

<sup>39</sup> HUS. Yhtymäkokous 14.12.2023 § 28. Esitys vuoden 2024 talousarvioksi ja taloussuunnitelmaksi 2024–2026. [Liite 1. Esitys HUS-yhtymän talousarvioksi 2024 ja taloussuunnitelmaksi 2024–2026](#). s. 17, 35–36.

<sup>40</sup> HUS. Yhtymäkokous 19.12.2024 § 19. Esitys vuoden 2025 talousarvioksi ja taloussuunnitelmaksi 2025–2027. [Liite 1. TAE 2025 ja TS 2025–2027 – yhtymäkokous 19.12.2024](#). s. 6.

<sup>41</sup> SM. [Yhdenvertaisuussuunnittelun opas](#). Helsinki: Sisäasiainministeriö, 2010. s.14. Viitattu 31.7.2024.

<sup>42</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024.

<sup>43</sup> HUS. [Omavalvontaohjelma \(hus.fi\)](#); [Laatu ja potilasturvallisuus suunnitelma 2024 ja raportti 2023 \(hus.fi\)](#); [Kaksikielisyysohjelma – Tväspåkihetsprogram 2023-2027 \(hus.fi\)](#); Johtajaylilääkärin ohje 27.9.2024. Jonottamisen syy -koodien käyttö, kun potilas odottaa kiireetöntä erikoissairaanhoidoa; Johtajaylilääkärin ohje 30.9.2024. Digitaalisten potilaspalveluiden ohje.

<sup>44</sup> HUS. Yhtymähallituksen pöytäkirjat 2023 ja 2024.

<sup>45</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024; Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

**Taulukko 1. Hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen liittyvät asiakirjat HUSissa.**

Ohjelma tai suunnitelma	Tarkastuslautakunnan huomioita
Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024	Suunnitelman mukaan yhdenvertaisuuden mittareita on käytössä vain vähän. Potilasryhmittäin seurataan pääsyä polikliiniseen hoitoon (hoidon tarpeen arvio), hoidon saatavuutta ja hoitoon pääsyn alueellista toteutumista.  Yhdenvertaista hoitoon pääsyä ja palvelusetelien käyttöä voitaisi seurata myös sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja etnisen taustan mukaan. Yhdenvertaisuuden toteutumista olisi tärkeä seurata myös digipalvelujen osalta.
Strategia 2023–2027	Strategisista painopisteistä erityisesti hyvinvointialueyhteistyö ja kestävä talous liittyvät yhdenvertaisuuteen. Yhtenä hyvinvointialueyhteistyön tavoitteena vuodelle 2025 on hoidon yhdenvertaisuuden ja yhden jonon periaatteen toteutuminen. Tämä on hyvä ja konkreettinen tavoite, joka toteutuessaan parantaa yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä.  Vuosille 2023 ja 2024 ei ole asetettu strategisia tavoitteita yhdenvertaiselle hoitoon pääsulle.
Omavalvontaohjelma	Omavalvonnalla ja omavalvontaohjelmalla pyritään varmistamaan, että potilaat saavat perusoikeuksien heille turvaamat, tarpeiden mukaiset palvelut oikeaan aikaan, yhdenvertaisesti, saavutettavasti, laadukkaasti ja turvallisesti. Tulosityksikköiden tulee laatia omavalvontasuunnitelmat, joissa dokumentoivat omat tavoitteensa.
Kaksikielisyysohjelma	HUS on kaksikielinen organisaatio. Kaksikielisyysohjelmassa kuvataan, miten HUS takaa yhdenvertaisen palvelutuotannon alueellisesti ja kielellisesti. Se sisältää potilaisiin, henkilöstöön ja tukitoimintoihin liittyviä tavoitteita. Keskeisintä potilaan kannalta on se, että hän saa päättää kielen hoitokontakteissa. Tavoitteena on myös, että kaikki potilaille suunnattu tieto on saatavilla molemmilla kielillä, ja ruotsinkielisten tekstien laatu vastaa suomenkielisiä.
Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma	Hoitoon pääsyn oikeudenmukaisuus on yksi HUS-tason laatumittareista, joka seuraa alle 31 vuorokaudessa hoitoon päässeiden osuutta ja sen vaihtelua kunnittain. Vuodesta 2019 vuoteen 2023 tuluaessa tulokset heikentyivät ja kuntien välinen vaihtelu kasvoi. (2023: 49,6 %, 2022: 35,4 %, 2021: 18,1 %)

LÄHDE: HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, s. 18; [Omavalvontaohjelma \(hus.fi\)](#); [Kaksikielisyysohjelma – Tvåspråkighetsprogram 2023–2027 \(hus.fi\)](#); Kaksikielisyysohjelman ohjausasiakirja 2023–2027; Laatu ja potilasturvallisuus suunnitelmat 2022–2024 ja raportit 2021–2023; HUS. Yhtymäkokous 14.12.2023 § 28. Esitys vuoden 2024 talousarvioksi ja taloussuunnitelmaksi 2024–2026. [Liite 1. Esitys HUS-yhtymän talousarvioksi 2024 ja taloussuunnitelmaksi 2024–2026](#), s. 17, 35–36.

**3.1 Yhdenvertaisuustyön tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista**

HUSiin perustettiin huhtikuussa 2023 johtajaylilääkärin päätöksellä toiminnallinen yhdenvertaisuus -toimikunta, jonka tehtävänä on kehittää ja seurata yhdenvertaisuuden toteutumista eri



toimintayksiköissä.<sup>46</sup> Toimikunnassa on noin 15 jäsentä eri toimialoilta sekä kokemusasiantuntija. Puheenjohtajana toimii hallintoylilääkäri. Toimikunta on järjestänyt henkilöstölle, kokemusasiantuntijoille ja asiakasraatilaisille seminaareja ja koulutuksia.<sup>47</sup>

HUSin Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma perustuu yhdenvertaisuuslakiin (1325/2014), joka velvoittaa viranomaisia arvioimaan yhdenvertaisuuden toteutumista, laatimaan toimenpidesuunnitelmat ja ryhtymään tarpeellisiin toimiin yhdenvertaisuuden edistämiseksi.<sup>48</sup> Suunnitelman laatimisesta vastasi Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö. Ohjeita saatiin myös yhdenvertaisuusvaltuutetulta ja HUSin erikoisalojen asiantuntijat sekä kokemustoiminnan koordinaattorit osallistui-  
vat suunnitelman tekemiseen.<sup>49</sup> Suunnitelman laatimisessa hyödynnettiin myös sisäasianministeriön julkaisemaa Yhdenvertaisuussuunnittelun opasta.<sup>50</sup> Tätä arviointia kirjoittaessa käytössä oli suunnitelma vuosille 2023–2024. Tammikuussa 2025 suunnitelma on päivitetty vuosille 2025–2027.<sup>51</sup>

### Yhdenvertaisuutta koskevia tavoitteita tulee seurata

Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma kokoa eri erikoisaloilta keskeiset kehityskohteet, tavoitteet ja toimenpiteet sekä ohjaa niiden kehittämistä. Erillisiä tavoitteita yhdenvertaiselle hoitoon pääsulle ei asetettu, mutta asiaan kiinnitetään huomiota heikoimmassa asemassa olevien potilaiden kohdalla. Suunnitelmassa tuodaan esiin, että tietyt sairaudet, kuten psykiatriset ja päihdesairaudet, saattavat stigmatisoida, mikä voi vaikeuttaa hoitoon pääsyä ja siihen sitoutumista. Syrjintää ei aina tunnisteta ja tähän liittyvä koulutuksen tarve on nähty keskeisenä yhdenvertaisuuden edistämisessä.<sup>52</sup>

Toiminnallisen yhdenvertaisuussuunnitelman yksi tavoite on arvioida potilaskohtaamisissa sitä, toteuttaako lapsesta vastuussa oleva aikuinen yhdenvertaisuutta lapsen tarpeet huomioiden. Heikommassa asemassa olevat lapset, kuten lastensuojelun asiakkaat, saattavat tarvita erityis-  
huomiota, jotta heidän palvelutarpeensa tulee täytetyksi. Heidän kohdallaan ”samaa kaikille” -ajattelu ei riitä, vaan tosiasiallinen yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että heille pyritään järjestämään mahdollisuus päästä samalle lähtöviivalle. Kehityskohteeksi on tunnistettu perumatta ja käyttämättä jääneet ajanvaraukset. Hoitoyksiköt usein palauttavat lähetteet yhden tai kahden perumattoman ajan jälkeen, ja asian selvittely jää lähettävälle taholle, jotka eivät aina aktiivisesti selvitä tilanteita. Tämä voi johtaa siihen, että lapsi jää ilman hoitoa.<sup>53</sup> Asiakaspalvelupäälliköltä saatujen tietojen mukaan lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikössä on olemassa ohje perumattomista ajanvarauksista. Ohje on päivitetty syyskuussa 2024. Ajanvarausten peruuntumista seurataan säännöllisesti ja peruista ajanvarauksista pidetään manuaalista kirjanpitoa. Lisäksi Apotti-

<sup>46</sup> HUS. Johtajaylilääkärin päätös 17.4.2023 § 30. HUSin Toiminnallinen yhdenvertaisuus -toimikunnan asettaminen.

<sup>47</sup> Erikoissuunnittelija, Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö, haastattelu 21.8.2024.

<sup>48</sup> [Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 \(finlex.fi\)](#).

<sup>49</sup> Erikoissuunnittelija, Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö, haastattelu 21.8.2024.

<sup>50</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 4.

<sup>51</sup> Hallintoylilääkäri, sähköposti 28.1.2025.

<sup>52</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 18, 23.

<sup>53</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 12–22.

potilastietojärjestelmästä on saatavilla seurantaraportti yksikkötasolla. Jos peruuntumisia esiintyy paljon, harkitaan lastensuojelullisia keinoja.<sup>54</sup>

Toiminnalliseen yhdenvertaisuussuunnitelmaan on kirjattu lukuisia muitakin yhdenvertaisuuden ja syrjimättömän kohtelun tavoitteita, jotka eivät kuitenkaan erityisesti koske hoitoon pääsyä. Yhteensä tavoitteita on yli 20 ja toimenpiteitä niiden saavuttamiseksi 25. Esimerkkinä voidaan mainita seuraavat tavoitteet vuosille 2023–2024<sup>55</sup> (lyhennetty):

- Ikääntyvät potilaat: Terveydenhuollon resurssit jaetaan oikeudenmukaisesti.
- Lasten ja nuorten oikeudet: Yhdenvertaisuuden varmistaminen monikanavaisen tiedon saannin tiedonvälittämisen avulla ja digitaalisen yhdenvertaisuuden edistäminen.
- Heikommassa asemassa olevat aikuiset: Edistää potilaiden yhdenvertaisuutta ja ottaa huomioon asiakaslähtöisyys erilaisissa haavoittuvassa asemassa olevien tarpeissa.
- Digitaalinen saavutettavuus: Sähköisen asioinnin ja digitaalisten palvelujen potilasvies-tintä, potilasohjaus ja potilaan informointi. Digitaalisten palvelujen julkaisu eri kieliversi-oina.

Tietoa toiminnallisen yhdenvertaisuussuunnitelman tavoitteiden toteutumisesta ei arviointia teh-dessä ollut vielä käytettävissä. Tavoitteiden toteutumista tullaan tarkastelemaan suunnitelman päi-vityksen yhteydessä.<sup>56</sup> Arvioinnissa kävi ilmi, että tavoitteita ja toimenpiteiden edistymistä ei seu-rattu keskitetysti suunnitelmakauden aikana. Tavoitteiden toteutumisen ja toimenpiteiden edisty-misen säännöllinen seuranta olisi tärkeää jo suunnitelman voimassaolokaudella 2023–2024, jol-loin seurantatiedon avulla voitaisiin ohjata toimenpiteiden edistymistä. Tavoitteiden on tärkeä olla riittävän konkreettisia, jotta niiden toteutumista voidaan arvioida. Tavoitteiden seurannalle olisi hyvä nimetä vastuutaho ja määritellä, miten seuranta on tarkoitus toteuttaa.

### [Vertailu muihin organisaatioihin](#)

Arvioinnissa kävi ilmi, että muilla hyvinvointialueilla, joilla on yliopistosairaala, oli asetettu vähän yhdenvertaista hoitoon pääsyä koskevia tavoitteita. Kaikilla hyvinvointialueilla ei ole laadittu eril-listä yhdenvertaisuussuunnitelmaa palveluille ja potilasprosesseille. Pohjois-Savon hyvinvointialu-een suunnitelma on valmistelussa ja se liitetään omavalvontaohjelmaan. Pirkanmaan hyvinvointi-alueella on laadittu Tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelma, joka koskee henkilöstöä.<sup>57</sup>

Helsingin kaupunki on laatinut palvelujen tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelman vuosille 2022–2025, joka sisältää liki 100 toimenpidettä yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon edistämiseksi.

<sup>54</sup> Asiakaspalvelupäällikkö, Lasten ja nuorten sairaudet, sähköposti 29.10.2024.

<sup>55</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 12–22.

<sup>56</sup> Erikoissuunnittelija, Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö, haastattelu 21.8.2024.

<sup>57</sup> Pirkanmaan hyvinvointialue. [Tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelma \(pirha.fi\)](#); [Pohjois-Savon hyvinvointialueen omavalvontaoh-jelma \(pshyvinvointialue.fi\)](#). Viitattu 15.11.2024.



Yhtenä kehityskohteena sosiaali- ja terveystoimialalla on palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen. Toimenpiteeksi on määritelty yhdenvertainen hoidon- ja palvelutarpeen arviointi huomioiden erityisryhmien tarpeet hoitoon pääsyssä. Toimeenpanoa seurataan ja väliarviointi suunnitelman toteutumisesta tehtiin syksyllä 2023.<sup>58</sup>

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella yhdenvertaisuus ja yhdenvertaisten palvelujen toteutuminen ovat yksi strategian teema. Lähipalvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta kehitetään hyödyntämällä sähköisiä ja liikkuvia palveluja.<sup>59</sup>

### Tarvitaan tietoa siitä, miten potilaat kokevat yhdenvertaisuuden toteutuvan

Toiminnalliseen yhdenvertaisuussuunnitelman mukaan asiakkaille oli tarkoitus toteuttaa yhdenvertaisuuskysely vuonna 2023. Kyselyä ei ole toteutettu syksyyn 2024 mennessä. Sen sijaan tammikuussa 2024 asiakasraatien jäsenille ja kokemusasiantuntijoille järjestettiin työpaja, jossa käsiteltiin yhdenvertaisuuden toteutumista HUSissa. Aiempina vuosinakaan HUSissa ei ole selvitetty yhdenvertaisuuden toteutumista potilaiden tai sidosryhmien näkökulmasta. Kyselyn avulla olisi mahdollista määritellä painopistealueet ja kehittämistoimet.<sup>60</sup>

Yhdenvertaisuuden edistäminen edellyttää henkilöstön kouluttautumista. Toiminnallisessa yhdenvertaisuussuunnitelmassa korostetaan koulutuksen ja tietoisuuden lisäämistä yhdenvertaisuusasioista henkilöstön keskuudessa.<sup>61</sup> Yhdenvertaisuussuunnitelmasta on viestitty useissa kanavissa, kuten laatukoulutuksissa, laatukirjeessä, intranetissä sekä henkilökunnan tilaisuuksissa. Lisäksi suunnitelma on kaikkien saatavilla intranetissä Laatu ja potilasturvallisuus-sivustolla. Sisällöstä on saatu hyvää palautetta.<sup>62</sup>

HUSissa järjestetään vuosittain toiminnallisen yhdenvertaisuuden seminaari. Kesäkuussa 2024 seminaariin osallistui noin 100 henkilöä. Seminaarin tallenne on henkilöstön saatavilla intranetissä. Seminaarista on myös julkaistu intranetissä kirjoitus, jossa seminaarin sisällöstä kerrotaan tiivistysti.<sup>63</sup>

## 3.2 Yhdenvertaisuutta koskevat kannanotot ja muistutukset

Potilaat ja asiakkaat valittavat harvoin hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen liittyvistä asioista. Asiantuntijajärjestelmä ASHasta selvitettiin yhdenvertaisuusvaltuutetun vireille laittamien asioiden määrää ja aihealueita aikavälillä tammikuu 2019–kesäkuu 2024. Kuudesta vireille laitetusta asiasta yksi liittyi hoitoon pääsyyn, ja käsitteli autismidiagnoosin saaneiden transtutkimuksiin pääsyä

<sup>58</sup> [Helsingin kaupungin palvelujen tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelma 2022-2025 \(hel.fi\)](#); [Helsingin kaupungin palveluiden tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelman 2022-2025 väliraportti 2023 \(hel.fi\)](#). Viitattu 1.11.2024.

<sup>59</sup> Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus. [Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia 2023-2030 \(pohde.fi\)](#). Viitattu 11.11.2024.

<sup>60</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 23; HUS. Intranet. [Toiminnallista yhdenvertaisuutta voi tarkastella monesta näkökulmasta](#). Vaatii käyttöoikeuden. Viitattu 7.8.2024.

<sup>61</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023, s. 23.

<sup>62</sup> Erikoissuunnittelija, Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö, haastattelu 21.8.2024.

<sup>63</sup> HUS. Intranet. [Toiminnallista yhdenvertaisuutta voi tarkastella monesta näkökulmasta](#). Vaatii käyttöoikeuden. Viitattu 7.8.2024.

HUSin Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalla. Yhdenvertaisuusvaltuutettu arvioi kannanotossaan, että seksuaaliterapian tarve tulisi arvioida yksilöllisesti ja irrallaan autismidiagnoosista.<sup>64</sup>

HUSin potilasasiavastaaville tulleita yhteydenottoja alettiin tilastoida yhdenvertaisuuden näkökulmasta loppuvuodesta 2024. Joitakin yhteydenottoja, joissa kysytään miksi toinen henkilö pääsi aiemmin hoitoon kuin itse, on tullut.<sup>65</sup>

Asiantuntijoiden haastatteluissa ei noussut esiin erityisiä ongelmakohtia, jotka liittyvät potilaan etnisen taustan tai äidinkielen vaikutukseen hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen. Hoitoon ohjaus tapahtuu lääketieteellisten kriteerien perusteella. Myöskään yhdenvertaisuussuunnitelmaa valmistellessa ei noussut esiin erityisiä ongelmakohtia, lukuun ottamatta suunnitelmaan kirjattuja teemoja.<sup>66</sup>

### HaiPro-ilmoituksen voi tehdä syrjintään liittyvistä tilanteista

HaiPro-järjestelmässä sekä henkilöstö että potilaat ja omaiset voivat ilmoittaa potilas- tai asiakasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa potilaalle. Vuodesta 2018 lähtien ilmoituksen on voinut kohdentaa eettiseen osaamiseen ja toimintaan, jossa on yhtenä kategoriana syrjintä. Siihen liittyvät ilmoitukset voivat koskea etnistä taustaa, uskontoa, sukupuoli, ikää, sosiaalista taustaa, vammaisuutta, seksuaalista suuntautumista, alkoholin käyttöä tai mielenterveysongelmaa.<sup>67</sup> Syrjintään liittyviä ilmoituksia on tehty kaikkiaan 35, joista potilaat ovat tehneet 3. Ilmoitusten määrä on noussut viime vuosina, mutta on edelleen pieni. (Taulukko 2)

**Taulukko 2. Syrjintään liittyvät HaiPro-ilmoitukset ilmoittajan mukaan vuosina 2018–2024.**

Ilmoituksen tekijä	2018	2019	2020	2021	2022	2023	8/2024	Yhteensä lkm.
Henkilökunta	0	0	3	4	6	9	10	32
Potilas	0	0	0	0	2	1	0	3
<b>Yhteensä</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>35</b>

LÄHDE: HUS. HaiPro-raportointi, vaatii käyttöoikeuden. Tiedot poimittu 30.8.2024.

<sup>64</sup> HUS/648/2022. Yhdenvertaisuusvaltuutetun kannanotto liittyen HUS Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikan toimintaan. Noudettu asianhallintajärjestelmä ASHasta 24.5.2024.

<sup>65</sup> Potilasasiavastaava / esihenkilö. Sähköposti 7.8.2024 ja 29.11.2024.

<sup>66</sup> Erikoissuunnittelija, Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö, haastattelu 21.8.2024.

<sup>67</sup> HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024, 5.6.2023

## 4 Miten hoitoon pääsyn yhdenvertaisuus toteutuu HUSissa?

Arvioinnissa selvitettiin Operatiivisten palvelujen tulosalueelle osoitetulla tietopyynnöllä, miten hoitoon pääsyn yhdenvertaisuus toteutuu sekä miten hoidon priorisointia ja resurssien kohdentamista toteutetaan. Tietopyyntö esitettiin tulosalueen johtoon sekä Tuki- ja plastiikkakirurgian, Pää- ja kaulakeskuksen sekä Vatsakeskuksen johtoon. Arviointi keskittyi erityisesti tekonivelkirurgian, kaihileikkausten sekä tyräleikkausten tilanteeseen. Lisäksi arvioinnissa selvitettiin kuvantamistutkimusten odotusaikoja eri toimipisteissä.

### 4.1 Yhdenvertainen hoitoon pääsy Operatiivisella tulosalueella

Hoitoon pääsyn tilanne on vaikea ja hoitojonot pitkiä usealla Operatiivisen tulosalueen erikoisalalla. Elokuussa 2024 polven tai lonkan tekonivelleikkausta odotti 3679 potilasta, joista 48,3 prosenttia yli 6 kuukautta. Tämä on kansallisestikin tarkasteltuna huomattava osuus. THL:n vertailussa ilmeni, että pitkään tekonivelleikkausta odottaneiden osuus oli suurempi vain Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla, Pohjois-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä. Vastaavasti nivus-, napa- tai arpityräleikkaukseen oli odottanut 1593 potilasta, joista 35,7 prosenttia yli 6 kuukautta. Kaihileikkauksissa vastaavat luvut olivat 2916 potilasta ja 0,7 prosenttia.<sup>68</sup>

Arviointia varten tehdyn tietopyynnön vastauksista kävi ilmi, että tulosyksiköt eivät nykyisillä resursseilla kykene vastaamaan palvelutarpeeseen riittävässä määrin. Esimerkiksi tekonivelleikkauksia pystytään HUSissa tekemään vain vajaa puolet siitä, mihin olisi tarvetta. Vuosittainen tarve on noin 7000<sup>69</sup> leikkausta, mutta vuonna 2024 niitä pystytään tekemään noin 3000. Myöskään kaihileikkausten ja tyräleikkausten kapasiteetti ei ole riittävä. Kaihileikkauksia pystytään omana tuotantona tekemään vuosittain noin puolet tarvittavista noin 14 000–15 000 leikkauksesta. Tyräleikkauksia tehdään vuonna 2024 noin 3300, mutta tarve olisi suurempi.<sup>70</sup>

Tulosalue- ja toimialajohtajilta saatujen vastausten perusteella hoitoon pääsyn yhdenvertaisuus ei toteudu erikoisalojen välillä eikä riittävästi erikoisalojen sisälläkään, kun verrataan Uudenmaan hyvinvointialueita toisiinsa. Kaikkein kriittisimpiä ovat erot hoitoon pääsyssä erikoisalojen välillä. Hoidon kiireellisyys vaihtelee eri sairauksissa. Syöpäsairauksissa hoitojonojen katsotaan olevan yhä liian pitkiä, mikä korostuu erityisesti toiminnan supistamisen yhteydessä. Elektiivisen elämälaatukirurgian toiminnot joutuvat väistymään kiireellisen hoidon ja päivystystoimintojen turvaamiseksi.<sup>71</sup> Esimerkiksi kaihileikkaukset eivät ole kiireellisiä huolimatta siitä, että näkökyvyn säilyttäminen ylläpitää potilaan toimintakykyä ja säästää siten kustannuksia muissa sote-palveluissa.

<sup>68</sup> THL. [Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2024: Kiireettömään erikoissairaanhoidon odottaneiden määrä on pysynyt suurena \(julkari.fi\)](#). Tilastoraportti 48/2024. Suomen virallinen tilasto. s. 15–16; THL. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Tilastok uutio. [Hyvinvointialueiden vertailu jonoryhmittäin \(sampo.thl.fi\)](#). Tiedot päivitetty 25.10.2024. Tiedot poimittu 15.11.2024.

<sup>69</sup> Yhteensä 7000 tekonivelleikkausta, joista 6600 on elektiivistä ja 420 päivystyksellistä leikkausta.

<sup>70</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024; Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024; Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopiati, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

<sup>71</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.

Verkkokalvokirurgia, kasvaimet ja glaukooma sen sijaan ovat kiireellisiä ja uhkaavat näkökykyä välittömästi. Kaihileikkauksille ei voida lisätä leikkaussaliaikaa ilman, että muu toiminta kärsii.<sup>72</sup>

### Keinot hoidon saatavuuden parantamiseksi

Hoidon saatavuutta on pyritty parantamaan oman henkilöstön lisätoilla, palveluseteleillä sekä sopimalla potilaiden hoidosta muiden yliopistosairaaloitten kanssa. Vuoden 2024 marraskuun loppuun mennessä palvelusetelillä tehtyjä polven tai lonkan tekonivelleikkauksia laskutettiin 1357, kun vuonna 2023 niitä laskutettiin 1021. Viranomaisyhteistyönä muissa yliopistollisissa sairaaloissa hoidettiin vuonna 2024 noin 50 selkäpotilasta. Lisäksi terveydenhuoltolain vapaan hoitopaikan valinnan mukaan potilaat voivat hakeutua hoitoon toiselle julkiselle palveluntuottajalle. Vapaan hoitopaikan valinnan laskutus Tuki- ja plastiikkakirurgiassa on kasvanut lähes 3-kertaiseksi vuodesta 2020 (6,9 milj. euroa) vuoteen (20,2 milj. euroa). Valtaosa tästä kohdistuu tekonivelpotilaiden hoitoon. Tekonivelsairaala Coxan arvion mukaan vuonna 2024 noin 1700 HUSin alueen asukasta hakeutui hoitoon Coxaan Tampereelle. HUS-yhtymän tekonivelpotilaat hakeutuvat hoitoon Coxaan ja muiden hyvinvointialueiden sairaaloihin, koska tekonivelpotilaiden potilaiden hoitoon pääsy on HUSissa hyvin huono.<sup>73</sup>

Vuonna 2023 kaihileikkauksista tuotettiin itse noin puolet (7283), ja palvelusetelillä 8633. Vuonna 2024 leikkauksia tehtiin itse 8349 ja palvelusetelillä 6690.<sup>74</sup> Tyräleikkaukset on toteutettu omana tuotantona eikä ostopalveluja ole käytetty.<sup>75</sup>

Palveluseteleillä on parannettu tekonivel- ja kaihileikkausten saatavuutta, mutta yhdenvertaisuuden näkökulmasta palvelusetelijärjestelmä on ongelmallinen. Palvelusetelin myöntämisen kriteerinä on potilaan ASA 1-2 -luokka<sup>76</sup>, joka karkeasti yleistäen tarkoittaa leikkauksen tekemistä nuoremille ja terveemmille. ASA-luokitus kuvaa leikkaukseen tulevan potilaan sairastavuutta ja sisältää 5 luokkaa. ASA 1-2 -luokan leikkaukset toteutuvat nopeammin kuin ASA 3-4 -luokan<sup>77</sup> potilailla, jotka hoidetaan HUSissa ja joiden odotusajan mediaani on korkea (340 vuorokautta).<sup>78</sup>

<sup>72</sup> Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>73</sup> Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaukset tietopyyntöihin 30.9.2024 ja 19.12.2024; Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 18.12.2024 ja 23.1.2025; [Terveydenhuoltolaki 1360/2010 \(finlex.fi\)](#).

<sup>74</sup> Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024; Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 23.1.2025.

<sup>75</sup> Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopiati, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

<sup>76</sup> ASA 1= terve, ei tupakoi, ei käytä alkoholia ollenkaan tai käyttää vain vähäisiä määriä. ASA 2=lievä yleissairaus, ei rajoita toimintakykyä merkittävästi. Tupakointi, kohtuullinen alkoholinkäyttö, raskaus, lihavuus (BMI 30-40), hyvässä hoitotasapainossa oleva diabetes tai verenpainotauti, lievä keuhkosairaus.

<sup>77</sup> ASA 3=Vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintakykyä merkittävästi. Yksi tai useampi kohtalainen tai vakava sairaus. Esimerkiksi huonossa tasapainossa oleva diabetes tai hypertensio, keuhkohtaumatauti, sairaalloinen lihavuus (BMI  $\geq 40$ ), aktiivinen hepatiitti, alkoholi riippuvuus tai väärinkäyttö, implantoitu tahdistin, kohtalaisesti alentunut ejektiofraktio, säännöllinen dialyysihoito loppuvaiheen munuaissairauden vuoksi, keskonen, jonka raskauden keston ja syntymän jälkeisen kalenterin summa on alle 60 viikkoa, yli 3 kk sitten sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai TIA, yli 3 kk sitten tehty sepelvaltimoiden stenttaus tai sepelvaltimotauti ilman epästabilleja tapahtumia viimeisten 3 kk sisällä.

<sup>78</sup> Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

Palvelusetelin käyttö tarkoittaa usein korkeampia kustannuksia. Palvelusetelin hinta lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa on yli 2000 euroa enemmän kuin itse tuotettuna. Ero on huomattava, reilu kolmannes. Kaihileikkaus maksaa suurin piirtein saman verran palvelusetelillä ja omana tuotantona. Tyräleikkauksia ei ole hankittu palvelusetelillä. (Taulukko 3)

### Taulukko 3. Oman tuotannon ja palvelusetelin kustannusten vertailua, syksy 2024.

Toimenpide	Oma tuotanto, euroa	Palvelusetelin hinta, euroa	Hinnan ero, euroa (%)
Tekonivelleikkaus, lonkka	6300	8575	2275 (36 %)
Tekonivelleikkaus, polvi	6000	8075	2075 (35 %)
Kaihileikkaus	717	735	18 (3 %)

LÄHDE: Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 13.11.2024.

HUS-tasolla palveluseteliä käytettiin vuonna 2024 euromääräisesti eniten tukielin- ja plastiikkakirurgiassa (12,8 milj. euroa). Palvelusetelin käyttö kasvoi vuodesta 2023 (8,6 milj. euroa). 97 prosenttia tukielin- ja plastiikkakirurgian palveluseleleistä kohdistui tekonivelkirurgiaan. Vuonna 2024 kaihileikkausten palveluseleihin käytettiin 4,7 miljoonaa euroa. Käyttö väheni vuodesta 2023 (6,1 milj. euroa). Silti vuonna 2024 palveluseteliä käytettiin määrällisesti eniten kaihipotilailla.<sup>79</sup>

Henkilöstön tekemät lisätyöt ovat ajoittain tarpeen hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Operatiivisella tulosalueella seurataan sitä, miten paljon leikkauksia tehdään henkilöstön tekeminä lisätöinä. Vuonna 2024 tekonivelleikkauksista 2 ja kaihileikkauksista 9,4 prosenttia tehtiin lisätöinä.<sup>80</sup> HUSin säästötoimien seurauksena henkilökunnan lisätöitä on vähennetty.<sup>81</sup> Operatiivisella tulosalueella lisätöiden määrä euroissa väheni 27,3 prosenttia (2024: 7,3 milj. euroa, 2023: 10,1 milj. euroa).<sup>82</sup>

### Potilas voi hakeutua hoitoon myös yksityiselle lääkärille tai ulkomaille

Potilas voi päättää hakeutua julkisen terveydenhuollon sijasta yksityislääkärin vastaanotolle, jolloin kustannuksista vastaa potilas itse, vakuutusyhtiö tai työnantaja. Mahdollisuuteen käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluja vaikuttavat potilaan sosioekonominen asema, asuinpaikka ja se, millainen työterveyshuolto hänellä on käytettävissään. Erikoissairaanhoidon tilanne heijastuu

<sup>79</sup> Taluspäällikkö, Talousjohto ja talouden erityistehtävät, sähköposti 21.1.2025, 23.1.2025 (tilintarkastamattomat luvut); HUS Tilinpäätös ja toimintakertomus 2023, s. 30; Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 23.1.2025.

<sup>80</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024, 13.11.2024 ja 23.1.2025.

<sup>81</sup> HUS. Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, viranhaltijapäätös 28.5.2024. HUS/459/2024.

<sup>82</sup> Taluspäällikkö, Talousjohto ja talouden erityistehtävät, sähköposti 21.1.2025 (tilintarkastamattomat luvut).

siten, että yksityisiä palveluja käyttävät saattavat saada lähetteen erikoissairaanhoidon nopeammin kuin julkisia terveyskeskuspalveluita käyttävät. Vuonna 2024 kaikista HUSiin saapuneista lähetteisistä, joissa lähettävä taho oli tiedossa, yksityislääkärien kirjoittamia oli 26,5 prosenttia.<sup>83</sup> Vas- taava osuus vuonna 2019 oli 32,8 prosenttia.<sup>84</sup>

Vuoden 2024 lukuihin liittyy epävarmuutta, sillä tällä hetkellä HUSin tietojärjestelmistä ei ole saatavissa luotettavaa tietoa yksityislääkärien kirjoittamien lähetteiden määrästä. Tietojärjestelmä ei aina sisällä tietoa lähetteen lähettäjätyypistä, eikä lähettäjän tietojen yksilöinti vielä ole automaattista.<sup>85</sup>

Tietopyyntöön saatujen vastauksien mukaan vuonna 2024 Ortopedian ja traumatologian sekä tyrä- leikkausten lähetteisistä noin kolmannes ja Pää- ja kaulakeskuksen lähetteisistä 22 prosenttia olivat yksityislääkärien kirjoittamia.<sup>86</sup> Yksityislääkäriltä saapuneiden lähetteiden osuudet ovat pysyneet lähes ennallaan aiempiin vuosiin verrattuna.

Pirkanmaan hyvinvointialueella 27,6 prosenttia ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueella 25 prosenttia ortopedian potilaista tulee yksityislääkärien lähetteisillä. Silmätaudeilla yksityislääkäriltä saapuneiden lähetteiden osuus esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on noin puolet lähetteisistä.<sup>87</sup>

Potilaalla on lain<sup>88</sup> mukaan mahdollisuus hakeutua hoitoon myös toiseen EU-maahan. Jos hoito kuuluu julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan, on potilaalla oikeus saada hoidosta jälkikäteen korvaus sen perusteella, mikä hoidon todellinen kustannus olisi julkisessa terveydenhuollossa. Esimerkiksi Mehiläinen on perustanut toimipisteen Tallinnaan, jonne hoitoon hakeutuminen voi joillekin potilaille olla houkutteleva vaihtoehto.<sup>89</sup> Tallinnan toimipisteessä on saatavilla esimerkiksi nivus- ja napatyräleikkauksia.<sup>90</sup> Potilasvakuutus ei kuitenkaan ole voimassa tilanteissa, joissa potilas omatoimisesti hakeutuu tutkimuksiin tai hoitoon ulkomaille.<sup>91</sup>

## Yhden jonon periaate ei vielä täysin toteudu

Hoitoon ohjauksen lähtökohtana Uudellamaalla on niin kutsuttu yhden jonon periaate. Se tarkoittaa, että Uudenmaan alueella kaikki erikoissairaanhoidon lähetteet asetetaan samaan jonoon riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella henkilö asuu. Toimintatapa muuttui vuoden 2023

<sup>83</sup> Talouspäällikkö, Talousjohto ja talouden erityistehtävät, sähköposti 21.1.2025.

<sup>84</sup> HUS. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2023, s. 45.

<sup>85</sup> Talouspäällikkö, Talousjohto ja talouden erityistehtävät, sähköposti 21.1.2025 ja 24.1.2025.

<sup>86</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 23.1.2025; Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.; Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024; Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopioidit, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

<sup>87</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 18.12.2024.

<sup>88</sup> [Laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta 1201/2013 \(finlex.fi\)](#); [Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa \(europa.eu\)](#). Viitattu 24.9.2024.

<sup>89</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.

<sup>90</sup> Mehiläinen. Hoitoon Viroon. [Toimenpiteet \(hoitoonviroon.fi\)](#). Viitattu 15.11.2024.

<sup>91</sup> [Vahinkoilmoitus: Esimerkkitapauksia Suomen maantieteellisellä alueella \(ww.pvk.fi\)](#). Viitattu 29.1.2025.

alusta sotepe-uudistuksen myötä, aiemmin lähetteet ohjattiin jonoon potilaan osoitteen perusteella.

Johtajaylilääkärin mukaan HUSissa ei kokonaisuutena ole tunnistettu yhdenvertaisuushaastetta hoitoon pääsyssä. Hoitoon ohjaus tapahtuu lääketieteellisten kriteerien perusteella. Tästä huolimatta periaate yksi HUS – yksi jono ei vielä toteudu johdonmukaisesti. Lähetteitä ohjataan edelleen alueellisesti potilaan osoitteen perusteella, ja potilas voi myös ilmoittaa, ettei halua kauempana sijaitsevan sairaalan lyhyempään jonoon vaan jää mieluummin jonottamaan lähisairaalaansa.<sup>92</sup>

Alueelliset erot hoitoon pääsyä yli puoli vuotta odottavien suhteellisissa osuuksissa ovat huomattavia lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa. Lokakuussa 2024 Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella yli puoli vuotta hoitoa odottaneita oli enemmän (62 %) kuin muualla Uudellamaalla. Vähiten pitkään hoitoa odottaneita oli Keski-Uudenmaan (35 %) hyvinvointialueella. (Kuvio 3) Tarkastelussa on otettava huomioon, että vuoden 2023 luvut kattavat koko vuoden, kun vuoden 2024 luvut ovat lokakuun lopun tilanteesta.

Erot hyvinvointialueiden välillä tasoittuivat kevääseen 2024 asti, mutta alkoivat jälleen syksyllä hieman kasvaa.<sup>93</sup> Viimeisen vuoden aikana Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen tilanne on heikentynyt erityisesti vanhemmalla väestöllä.<sup>94</sup>

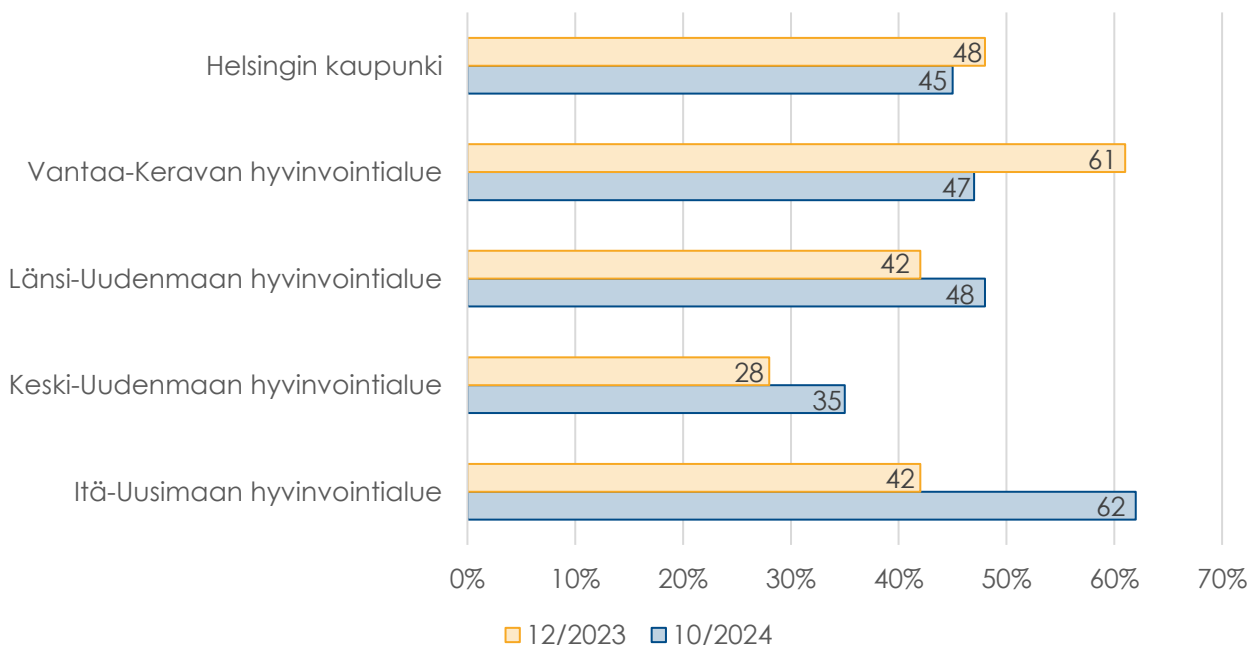
---

<sup>92</sup> Tarkastuslautakunta 18.6.2024 27 § HUS-yhtymän johtajaylilääkärin kuuleminen.

<sup>93</sup> Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>94</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.

**Kuvio 3. Lonkan ja polven tekonivelleikkaukseen yli 6 kuukautta odottavien osuus (%) kaikista jonossa olevista 31.12.2023 ja 31.10.2024.**



LÄHDE: Hallintoylilääkäri, sähköposti 18.11.2024.

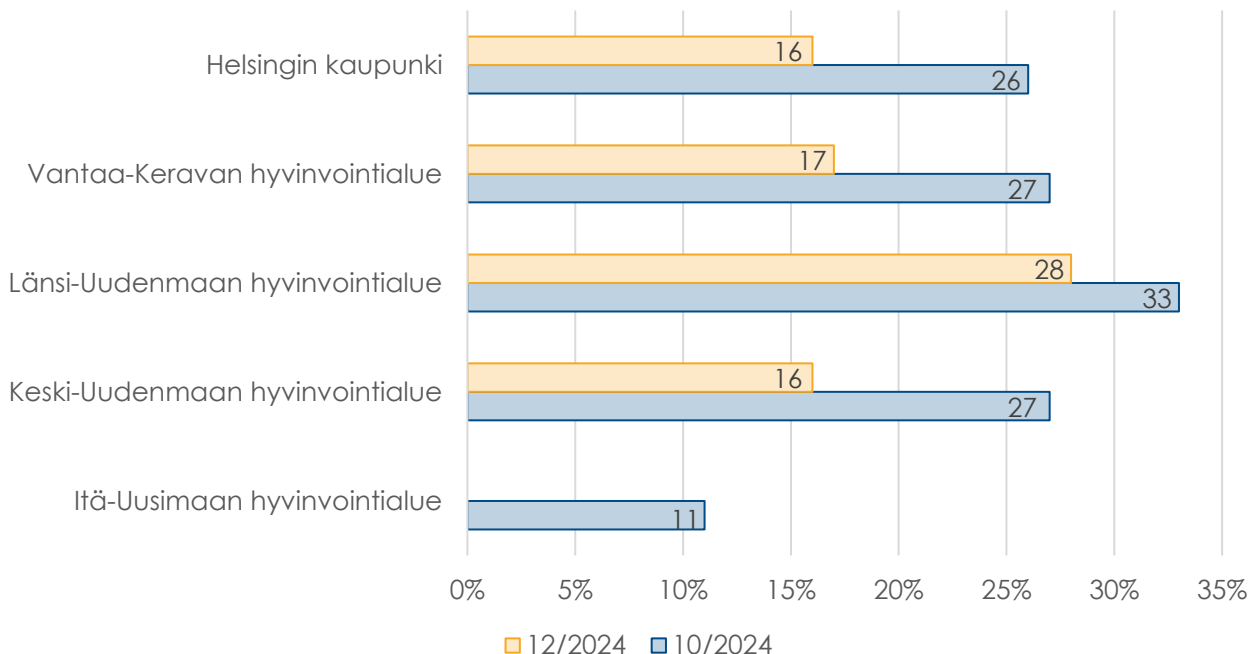
Myös tyräleikkaukseen pääsyssä on alueellisia eroja. Itä-Uudenmaalla on suhteellisesti vähemmän tyräleikkaukseen odottavia (3/10 000 asukasta) verrattuna Uudenmaan muihin hyvinvointialueisiin, joissa odottavia on 8–9/10 000 asukasta. Yli 6 kuukautta tyräleikkaukseen odottavia on suhteellisesti eniten Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella ja vähiten Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella. Itä-Uudenmaan asukkaiden nopeampi pääsy tyräleikkaukseen johtuu siitä, että Porvoon sairaalaan on keskitetty pienempiä leikkauksia, kuten tyräkirurgiaa, ja suurempia vatsakirurgisia leikkauksia on siirretty Jorviin ja Meilahteen. Hyvinvointialueittain voi myös olla erilaisia ohjeita siitä, milloin tyräpotilas lähetetään leikkausarvioon erikoissairaanhoidon.<sup>95</sup>

Kuviossa 4 esitetään yli 6 kuukautta nivus-, arpi- ja napatyraleikkaukseen odottavien osuus kaikista jonossa olevista vuoden lopussa 2023 ja lokakuussa 2024. Helsingin kaupungin, Vantaan ja Keravan sekä Keski-Uudenmaan hyvinvointialueilla tämä osuus on noussut huomattavasti vuodesta 2023.

<sup>95</sup> Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopioiden yksikkö, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.



**Kuvio 4. Nivus-, arpi- ja napatyräleikkaukseen yli 6 kuukautta odottavien osuus (%) kaikista jonossa olevista 31.12.2023 ja 31.10.2024.**



Vuoden 2023 lopussa Itä-Uusimaalla ei ollut yli 6 kk odottaneita potilaita.  
LÄHDE: Hallintoylilääkäri, sähköposti 18.11.2024.

Hyvinvointialueiden välillä on hieman eroja pääsyssä myös vatsaelinkirurgian hoidon tarpeen arviointiin. Vatsaelinkirurgian hoidon tarpeen arviota odottavien joukosta ei voida erotella tyrän takia hoidon tarpeen arviota odottavia. Keski-Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueilla on suhteellisesti enemmän odottajia (20/10 000), kun muilla hyvinvointialueilla (10/10 000). Naisten odotusaika gastroenterologisen kirurgian hoidon tarpeen arvioon on muutamia päiviä miehiä pidempi, mihin ei ole löydetty selitystä. Ikäryhmittäin odotusajassa hoidon tarpeen arviointiin ei ole eroja.<sup>96</sup>

Sukupuolittain tarkasteltuna naisten odotusaika tyräleikkaukseen on pidempi kuin miesten. Esimerkiksi naisten nivustyrät korjataan tähystyskirurgisella tekniikalla, johon on vähemmän leikkausajoja. Tähystys vaatii erilaista kirurgin osaamista ja laajemmin varustellun leikkausalin. Lisäksi miehillä on naisia enemmän tyriä. Naisten ja miesten odotusajoissa tyräleikkaukseen ei ole eroa Keski-Uudenmaan asukkailla, mutta muilla hyvinvointialueilla naiset odottavat tyräleikkausta selvästi miehiä pidempään. Ikäryhmittäin tarkasteltuna odotusajassa tyräleikkaukseen ei ole eroa. Alle 30-vuotiaiden hoitoon pääsy on mahdollisesti hieman nopeampaa kuin vanhempien. Muista maista on tutkimusnäyttöä siitä, että vatsaelinkirurgisissa sairauksissa muunkielisten asukkaiden

<sup>96</sup> Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopiati, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

hoitoon pääsy on kotimaankielisten hoitoon pääsyä hitaampaa, mutta tätä ei HUSin jonotilastoista pystytä arvioimaan.<sup>97</sup>

Silmätautien erikoisalalla ei ole aiempina vuosina havaittu merkittävää eroa hoitoon pääsyssä eri hyvinvointialueiden välillä. Valtaosa silmäpotilaista on iäkkäitä, joten he ovat odottajien enemmistö. Vaativin erikoissairaanhoido toteutetaan Meilahden kampuksella. Lohjan ja Porvoon sairaaloiden silmäyksiköissä tuotetaan perustason silmätautien erikoissairaanhoidoa alueen väestölle. Muiden hyvinvointialueiden perustason palvelut tuotetaan pääasiassa ostopalvelulla, jossa palvelun tuottajilla on toimipisteitä myös Keski-Uudenmaan ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueiden alueilla.<sup>98</sup>

Lokakuussa 2024 yli 6 kuukautta hoitoa odottavia oli suhteellisesti eniten Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella (15 %), kun muilla alueilla heitä oli 0–3 prosenttia kaikista odottaneista. Vuonna 2023 yli 6 kuukautta hoitoa odottaneiden osuus oli kaikilla alueilla hyvin pieni.<sup>99</sup> Vuoden 2024 säästötoimien vuoksi palvelusetelien myöntämistä rajattiin. Kaihileikkausjono on kasvanut huomattavasti (5/2024: 1977, 12/2024: 3805). Vastaavasti yli 6 kuukautta hoitoa odottaneiden on kasvanut lähes 2,5-kertaiseksi.<sup>100</sup>

### Monet tekijät vaikeuttavat yhdenvertaisen hoitoon pääsyn toteutumista

Monilla kirurgisilla erikoisaloilla pula osaajista on merkittävä syy hoidon saatavuuden ongelmiin. Lisäksi HUSin heikko taloustilanne vaikeuttaa hoitoon pääsyn toteutumista. Säästötoimet ovat vähentäneet oman henkilöstön lisätöiden sekä palvelusetelien määrää, joka kasvattaa hoitojonoja. Tietopyyntöön saatujen vastauksien mukaan Operatiivisella tulosalueella hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuden toteutumisen esteenä on monta tekijää, jotka liittyvät toiminnan resursointiin ja organisointiin. Ne ovat pääosin samoja, jotka ylittäään vaikuttavat hoitoon pääsyn ongelmien taustalla. Yhteenvedo tekijöistä on esitetty taulukossa 4.

---

<sup>97</sup> Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopiati, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024; Hallintoylilääkäri, sähköposti 28.1.2025.

<sup>98</sup> Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>99</sup> Hallintoylilääkäri, sähköposti 18.11.2024.

<sup>100</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 18.12.2024 ja 23.1.2025.

#### Taulukko 4. Tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuteen Operatiivisella tulosalueella.

Yhteenvetoa havainnoista	
Riittämättömät henkilöstöresurssit	Lokakuussa 2024 tekoniivkirurgiasta puuttui yhteensä 12 erikoislääkärinä: tekoniivkirurgiasta 7 ja selkäkirurgiasta 5. Muustakin henkilöstöstä on pulaa, kuten anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäreistä. Osaajapulaan on haastava löytää ratkaisua ja keinot kilpailla osaajista ovat vähäiset. Haasteena on myös henkilöstön resurssijaon ja työnkuvien muuttaminen sekä erilaiset toimintatavat ja palkkausmallit tulosalueilla.
Toiminnan ulkoistaminen	Ostopalveluilla on pystytty parantamaan hoidon saatavuutta, mutta samalla toiminnan ulkoistaminen lisää osaajien siirtymistä yksityiselle sektorille, jolloin osaaminen valuu pois HUS:sta. Henkilöstöä on vaikea houkuttaa takaisin HUSiin. Ostopalvelun käyttö tarkoittaa usein korkeampia kustannuksia. Esimerkiksi lonkan ja polven tekoniivleikkaus maksaa palvelusetelillä yli 2000 euroa enemmän kuin itse tuotettuna, mikä on reilu kolmannes enemmän.
Hoitoketjun sujuvuus	Koko hoitoketjun sujuvuus on tärkeää leikkaushoidon onnistumisessa. Henkilöstön saatavuus myös HUSin poliklinikoilla ja vuodeosastoilla sekä jatkohoitopaikan järjestäminen vaikuttavat hoitoon pääsyyn. Yhdenvertaisuuden toteutumiseksi on keskeistä myös se, että hoitopuolista on sovittu hyvinvointialueiden kanssa ja hoitoon pääsyn kriteerit ovat yhtenäiset.
Leikkaussaliresurssit ja niiden hallinnointi	Leikkaussaleja on käytettävissä tarpeeseen nähden liian vähän. Esimerkiksi vuoden 2023 alussa avatussa Siltasairaalaossa on 16 leikkaussalia, joista henkilöstövajeen takia on saatu avattua vain 8. Näistä enimmillään 5 leikkaussalia on ollut Tukielin- ja plastiikkakirurgian käytössä. Päivystyspotilaita on jouduttu ohjaamaan Peijaksen sairaalaan, mikä on aiheuttanut kiireettömien tekoniivleikkausten perumisia ja siirtoja.  Lisäksi leikkaussaleissa on eroja. Vain yhdessä leikkaussalissa on tyräleikkauksiin käytettävissä päivittäin robottikirurginen tyräkorjaustekniikka. Potilaita, jotka hyötyisivät robottikirurgisesta leikkauksesta, on huomattavasti enemmän ja tästä syystä odotusaika robottikirurgiaan on pidentynyt.  Leikkaussaleja hallinnoidaan eri tulosalueella kuin missä on vastuu kirurgian hoitoon pääsystä. Leikkaus- ja tehohoitokeskus vastaa leikkaussalien resursseista ja salien henkilöstön riittävyydestä.
Raamibudjetti ja taloustilanne	Käytettävissä olevat taloudelliset resurssit eivät ole riittäviä palvelutarpeeseen nähden. Säästötoimien seurauksena henkilöstön lisätöiden määrää vähennettiin vuonna 2024, jonka vuoksi oman leikkaustuotannon lisääminen on vaikeaa. Palvelusetelien käyttöä on vähennetty kaihileikkauksissa.
Resurssien jako	Resurssien jako toimialojen välillä on haastavaa. Resursseja on vaikea jakaa uudelleen HUS-tasolla, vaikka kysyntä joillakin erikoisaloilla olisi laskenut. Myös muuttuvat hoitokäytännöt vaikuttavat resurssointiin eri yksiköissä. Tietoa hoitojen kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan resurssien yhdenvertaiseksi kohdentamiseksi. Taloudellisten resurssien käyttöön liittyy myös osaoptimointia, esimerkiksi ulkoistamisen kustannukset kohdistuvat yksin tietylle tulosalueelle.
Toimipisteiden määrä	Esimerkiksi Tukielin- ja plastiikkakirurgian toimintaa on 9 HUSin sairaalakiinteistössä. Osa yksiköistä on vähäisen henkilöstömäärän vuoksi haavoittuvia irtisanoutumisille tai muille äkillisille henkilöstömuutoksille.

LÄHDE: Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024, 13.11.2024; Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024; Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024; Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinikirurgia ja endoskopia, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

Operatiivisen tulosalueen näkökulmasta leikkaussalien kapasiteetti on riittämätön suhteessa palveluntarpeeseen. Nykyinen tapa ohjata leikkaussaliresursseja ei toimi, sillä leikkaussalien ohjaus ei ole tulosalueen omissa käsissä. Leikkaussalien resursseista vastaa leikkaus- ja tehohoitokeskus. Ennen osaamiskeskusuudistusta kirurgiset erikoisalot sekä leikkaussali- ja tehohoitotoiminnot kuuluivat Operatiiviseen tulosalueeseen, mikä oli ohjattavuuden kannalta nykyistä parempi rakenne.<sup>101</sup> Asiaa on viime vuosina selvitetty konsulttityönä. Selvitystyön tuloksena annettiin suosituksia leikkaussaliresurssien tehokkaaseen käyttöön ja johtamiseen strategisella ja operatiivisella tasolla. Suositusten mukaan leikkaussalien jaon tulee olla selkeää ja läpinäkyvää sekä saleja käyttävien että saliallokaatiosta päättävien näkökulmasta. On tärkeä määrittää, millä mittareilla ja logiikalla saleja jaetaan. Päätöksenteon tulee olla oikeudenmukaista, ja eri erikoisalojen ja toimijoiden tultava kuuluksi, esimerkiksi leikkaustoiminnan ohjausryhmän kautta.<sup>102</sup>

Vastaavia kokemuksia on myös muualta. Esimerkiksi Oulun yliopistollisessa sairaalassa organisatiomallin muuttuessa kirurgien rooli leikkaustoimintojen suunnittelussa väheni. Kirurgit eivät voi vaikuttaa siihen, kuinka paljon leikkaussaliresursseja on käytettävissä, vaan se ilmoitetaan heille. Kirurgien päätettävissä kuitenkin on, miten saliaika jaetaan oman erikoisalan sisällä ja mitä potilaita hoidetaan.<sup>103</sup>

Leikkaustoimintaa on organisoitu toisenlaisillakin tavoilla. Esimerkiksi Berliinin Charitén yliopistosairaalassa sydänkirurgian erikoisalalla potilashoidon prosessi on kokonaisuudessaan yksikön ohjauksessa. Pirkanmaan hyvinvointialueella kirurgiset erikoisalot vastaavat leikkaussalitoiminnoista ja niiden ohjauksesta. Leikkaussalihenkilökunta kuuluu operatiiviseen yksikköön lukuun ottamatta anestesia- ja lääkäreitä. Myös HUSissa neurokirurgialle on saatu päivittäisresursseja lisättyä huomattavasti käytettävissä olevan leikkaussalikapasiteetin suhteen ja salien käyttöaikaa on lisätty pidennetyllä sali-ajalla. Toimintaa on uudelleen järjestetty niin, että päivittäisjohtamisessa merkittävä vastuu siirrettiin neurokirurgeille. Tämän seurauksena yli 6 kuukautta hoitoa odottavien jonoa on neurokirurgialla saatu lyhennettyä.<sup>104</sup> Neurokirurgista leikkausta odotti joulukuussa 2024 541 potilasta, kun elokuussa 2023 odottavia oli 1350.<sup>105</sup>

[Hoitoon pääsyä ja sen yhdenvertaisuutta parannetaan lähetekeskusta ja hoidonsuunnittelua kehittämällä](#)

Hoidon saatavuutta ja yhdenvertaisuutta on kehitetty hoitoon pääsyn projekteissa ja muilla kehittämistoimilla. Myös tekonivelkirurgia oli vuoden 2024 hoitoon pääsyn kehittämisen painopiste. Tekonivelkirurgian toimintaa on pyritty kehittämään siten, että kiireittämiä tekonivelleikkauksia

<sup>101</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.

<sup>102</sup> Deloitte. Leikkaussaliallokaation päivitys ja kehittäminen. Loppuraportti 28.11.2023.

<sup>103</sup> Väyrynen, H. [Vain syövät ehditään leikata \(laakarilehti.fi\)](#). Suomen Lääkärilehti 2024; 42–43 (79): 1656–1659. Viitattu 18.11.2024.

<sup>104</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 13.11.2024, 18.12.2024 ja 23.1.2025.

<sup>105</sup> HUS. [Hoitoa odottavat potilaat erikoisaloittain 2024 joulukuun \(hus.fi\)](#); HUS. [Neurokirurgian leikkausjono puolittui viime syksystä \(hus.fi\)](#). 17.6.2024. Viitattu 20.1.2025.

voitaisiin tehdä riippumatta muun toiminnan häiriöistä, mutta tässä ei ole onnistuttu. Jatkohoittoon pääsyä on kuitenkin pystytty parantamaan.<sup>106</sup>

Syksyllä 2024 Tuki- ja plastiikkakirurgian lähetekeksuksen toimintaa uudistettiin hoidon tarpeen arvioinnin yhdenvertaisuuden parantamiseksi. Lähetekeskukseen saapuneet lähetteet oli aiemmin lajiteltu ja ohjattu sairaalakohtaisesti tai suppean erikoisalun mukaan. Potilaan postinumero vaikutti ohjaukseen, mutta myös vastaanottavan yksikön kapasiteetti otettiin huomioon. Pääsääntöisesti potilaat odottivat vastaanotolla määritettyyn toimenpideyksikköön ja ovat olleet haluttomia vaihtamaan yksikköä. Syksyn 2024 aikana lähetekeksuksen toimintaa kehitettiin niin, että lähetteet ohjataan jatkossa potilasryhmäkohtaisesti aiemman sairaalakohtaisen jakautumisen sijasta.<sup>107</sup>

Syksyllä 2024 avattiin myös Tukielin- ja plastiikkakirurgian hoidonsuunnittelukeskus, joka yhdisti tukieliinkirurgian yksikön hoidonvaraajat (15 henkilöä) yhteen keskukseseen. Tämän ansioista osamista ja henkilöstöresurssia pystytään jakamaan joustavammin.<sup>108</sup> Keskitetty toimintamalli parantaa kokonaisuuden suunnittelua, ja pyrkimyksenä on muodostaa yksi jono nykyisten lääkäri- ja sairaalakohtaisten jonojen sijaan. Toimintamallin odotetaan nopeuttavan hoitoon pääsyä ja optimoivan leikkaussalien käyttöä. Parempi potilasohjaus lisää päivittäisten leikkausten määrää ja peruutustilanteissa uuden potilaan kutsuminen käy helpommin. Leikkaustoimintaa voidaan jatkaa sairauspoissaolojen aikana sijaistusten avulla. Vastaava toimintamalli on käytössä urologian erikoisalalla.<sup>109</sup>

## 4.2 Toteutuuko yhdenvertaisuus HUSin priorisoinnissa?

HUSissa priorisointia toteutetaan lääketieteellisen kiireellisyysarvion ja jonomekanismin avulla. Potilaan tulee voida hyötyä hoidosta ja täyttää hoidolle asetetut kriteerit, esimerkiksi tehohoidon kriteerit.<sup>110</sup>

Tukielin- ja plastiikkakirurgiassa hoitoon pääsyn kiireellisyys priorisoidaan lääketieteellisten syiden perusteella päivystykselliseen<sup>111</sup> ja kiireettömään hoitoon.<sup>112</sup> Yleensä kyse on leikkaushoidon järjestämisestä. Päivystysleikkauksen kiireellisyyden määrittelee potilaan sairaus tai vamma, ja kiireellisyys tulisi mahdollisuuksien mukaan arvioida yksilöllisesti. Kiireettömän leikkaushoidon järjestämisessä käytetään valtakunnallisia LP1-, LP2- ja LP3-kiireellisyysluokkia. LP1-kiireellinen leikkaus pyritään järjestämään 30 vuorokaudessa, LP2-kiireellinen leikkaus 30–90 vuorokaudessa

<sup>106</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.

<sup>107</sup> Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.

<sup>108</sup> HUS. Intranet. [Hoidonsuunnittelukeskuksen avajaisia vietetään 30.10.](#) Vaatii käyttöoikeuden. Viitattu 22.11.2024.

<sup>109</sup> Osastonhoitaja ts., Kirurgian poliklinikka Peijas; ylihoitaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia; Kehittämispäällikkö, kehittämistoiminnan johto; Kehittämispäällikkö, Lean-kehittäminen, sähköposti 3.12.2024.

<sup>110</sup> Hallintoylilääkäri, haastattelu 29.8.2024.

<sup>111</sup> Päivystysleikkaus on akuutin sairauden tai tapaturman takia tehtävä kiireellinen leikkaus, joka voidaan tehdä kaikkina vuorokauden aikoina. Valtioneuvoston asetuksen perusteissa päivystyshoidolla tarkoitetaan yleisesti alle 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta annettavaa hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. Kirurgien ja anestesiologien yhdessä laatimassa ohjeistuksessa päivystysleikkausten kiireellisyys sijoittuu välittömän, alle 2 tunnin ja 7 vuorokauden väliin. Lähde: Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>112</sup> Tukielin- ja plastiikkakirurgian erikoisaloilla päivystysleikkausten osuus on 40 % ja kiireettömien 60 %. Osuuksissa ei ole tapahtunut muutosta aiempiin vuosiin. Lähde: Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 18.12.2024.

ja LP3-kiireellinen leikkaus 90–180 vuorokaudessa. Silmätaudeilla on rakennettu hoitopolkuja, joissa hoidon tarve arvioidaan optikon tai sairaanhoitajan vastaanotolla.<sup>113</sup>

Tyräleikkauksissa potilaita priorisoidaan kiireellisyysluokan ja jonotusajan mukaisesti. Tyrät, jotka ovat kureutuneet<sup>114</sup> hoidetaan päivystysleikkauksina. Nopeasti henkeä uhkaavat sairaudet ovat etusijalla suhteessa ei-kiireellisiin tyräpotilaisiin. Kirjallisia ohjeita hoidon aiheista tai jonosta hoitoon pääsevien priorisoinnista ei ole.<sup>115</sup>

HUSin erikoisaloilla on osallistuttu valtakunnallisten kriteerien sekä hoitosuositusten laadintaan ja noudatetaan Palveluvalikoimaneuvoston suosituksia. Sellaisia hoitoja vältetään, jotka on todettu vaikuttamattomiksi esimerkiksi Käypä hoidon Vältä viisaasti -suosituksissa, HUSin omissa tutkimuksissa tai Palveluvalikoimaneuvoston suosituksissa. Esimerkkejä tällaisista hoidoista ovat polven nivelkierukan osapoisto, olkalisäkkeen avarrusleikkaus ja uniapnean operatiivinen hoito. Pää- ja kaulakeskuksessa on esimerkiksi merkittävästi vähennetty kitarisaleikkauksia ja omahoitokokeiluja edellytetään joissakin potilasryhmissä.<sup>116</sup>

Arviointia varten saaduissa vastauksissa tuotiin esille tarve kansallisille linjauksille siitä, mitä kuuluu julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Lisäksi tuotiin esiin resurssien jako niin, että palveluvalikoimaan valitut palvelut kyetään tuottamaan hoitotakuun puitteissa.<sup>117</sup>

### 4.3 Odotusajat kiireeftömiin kuvantamistutkimuksiin

Arvioinnissa selvitettiin yleisimpien kuvantamistutkimusten odotusaikoja ja sitä, onko odotusajoissa eroja HUSin yksiköiden ja alueiden välillä. Tavoitteena oli selvittää, toteutuuko kuvantamistutkimusten saatavuus yhdenvertaisesti eri alueilla asuvien potilaiden välillä. Yhteenvetona voidaan todeta, että toimipisteiden välillä on huomattavia eroja odotusajoissa. Kuvantamistutkimusten saatavuus voi vaikuttaa siihen, miten nopeasti potilas pääsee leikkaukseen.

Erikoissairaanhoidossa kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin liittyvät erityiset kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset on toteutettava 3 kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön.<sup>118</sup>

Arviointiin saatujen tietojen perusteella syksyllä 2024 natiiviröntgentutkimuksiin pääsi välittömästi kaikissa toimipisteissä. Muiden tutkimusten odotusajat vaihtelivat suuresti. Suurimmat erot

<sup>113</sup> Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.; [Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 583/2017 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 1.10.2024.; LP = luvattu paikka.; Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>114</sup> Kureutuma: Tyrän sisällä oleva suolenmutka kuristuu vatsan seinämän aukkoon (tyräporttiin) niin, ettei se pääse palautumaan vatsaonteloon. Tällöin alueen verenkierto häiriytyy, siinä tuntuu voimistuvaa kovaa kipua, eikä tyrää saa käsin painetuksi sisään. Lähde: Niivustyrä. Lääkärikirja Duodecim. 31.8.2021.

<sup>115</sup> Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopia, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

<sup>116</sup> Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.; Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024.; Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>117</sup> Toimialajohtaja, Vatsakeskus ja vs. linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopia, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.; Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

<sup>118</sup> [Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 52 \(finlex.fi\)](#).

odotusajoissa toimipisteiden välillä ovat magneettikuvauksissa sekä vartalon ja pään tietokonetomografiatutkimuksissa. Lonkan, polven ja selän magneettitutkimusten odotusaika vaihteli 7 päivästä 68 päivään, vartalon tietokonetomografiatutkimuksen 2-60 päivää ja pään tietokonetomografiatutkimuksen 2-58 päivää. Vatsan ultraäänitutkimukseen saattoi päästä samana päivänä tai hitaimmillaan 48 päivässä. Siltasairaalan, Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa odotusajat olivat keskimäärin pidempiä kuin muissa toimipisteissä. Vartalon ja pään tietokonetomografiatutkimuksissa odotusajat olivat pitkiä myös Tornisairaalassa. (Taulukko 5)

**Taulukko 5. Yleisimpien kuvantamistutkimusten keskimääräiset odotusajat (päiviä) HUS Diagnostiikkakeskuksen toimipisteissä syksyllä 2024.**

	Magneet- tikuvau- s lonkka	Magneet- tikuvau- s polvi	Magneet- tikuvau- s selkä	Vartalon TT	Pään TT	Vatsan UÄ
<b>HUS</b>						
Jorvi	59	59	59	60	42	14
Kirurginen sairaala				21	15	
Leppävaara						35
Peijas	30	60	60	52	58	9
Syöpäklinikka				15	15	7
Tornisairaala				48	48	1
Töölö/Siltasairaala*	68	68	68	46	43	1
Uusi Lastensairaala	7	7	7	19	12	17
<b>Porvoo</b>						
Porvoo	29	29	29	2	2	4
<b>Lohja</b>						
Lohja	21	29	29	19	19	33
<b>Raasepori</b>						
Raasepori						18
<b>Hyvinkää</b>						
Hyvinkää	9	9	9	18	17	38
<b>Helsinki</b>						
Eliel						42
Malmi / Puistosairaala	41	41	34			48
<b>Eksoite</b>						
Armila						28
EKKS	46	46	46	24	24	39
Honkaharju						27
<b>Kymsote</b>						
Kotka	48	48	48	26	26	17
Kouvola	48	48	48	22	22	18
<b>Yhteensä</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>20</b>	<b>36</b>

\*Siltasairaala aloitti toimintansa vuonna 2023.

LÄHDE: Tuotantopäällikkö, HUS Diagnostiikkakeskus, radiologia ja patologia, sähköposti 16.9.2024, 8.11.2024, 20.11.2024, 22.11.2024.



Tarkastuslautakunta selvitti kuvantamistutkimusten odotusaikoja edellisen kerran vuonna 2021. Myös tuolloin lautakunta kiinnitti huomiota siihen, että odotusajoissa oli vaihtelua toimipisteiden välillä eikä palvelujen saatavuus kaikin osin toteutunut yhdenvertaisesti eri alueilla asuvien potilaiden välillä.

Vuonna 2024 Peijaksen sairaalan magneettitutkimusten odotusajat ovat lyhentyneet verrattuna vuoteen 2021, mutta ovat yhä pitkiä (2024: 30-60 pv, 2021: 93-107 pv). Tietokonetomografiatutkimuksissa odotusajat ovat pidentyneet (2024: 52-58 pv, 2021: 28 pv). Myös Jorvin, Siltasairaalan ja osittain myös Tornisairaalan keskimääräiset odotusajat ovat pidentyneet vuodesta 2021. Kymsoten tietokonetomografiatutkimusten odotusajat ovat lyhentyneet verrattuna vuoteen 2021 (2024: 22-26 pv, 2021: 40 pv), kun taas magneettitutkimusten odotusajat ovat pidentyneet (2024: 48 pv, 2021: 27 pv).

Diagnostiikkakeskuksessa kuvantamistutkimusten odotusaikoja ja toimipisteiden välisiä eroja seurataan yksikkötasolla ja keskitetysti. Yksiköt seuraavat saatavuutta osana päivittäistä toimintaansa ja saatavuustilanne käsitellään tuotantokokouksissa 1-2 viikon välein. Viikoittain seurataan jonotilannetta paikoissa, joissa saatavuus on heikkoa, kuten esimerkiksi Meilahden sairaaloissa. Toimipisteiden välisiä eroja odotusajoissa selittävät erot sairaaloiden kysynnässä ja tuotantokapasiteetissa. Saatavuus voi vaihdella merkittävästi ajankohdan mukaan. Esimerkiksi tietyn yksikön poliklinikka saattaa purkaa hoitajonoaan, mikä lisää hetkellisesti kuvantamistutkimusten kysyntää. Potilaita ohjataan mahdollisuuksien mukaan yksiköihin, joissa saatavuus on parempi. Ajanvarauksia hallinnoidaan siten, että tutkimusaikoja siirretään ruuhkautuneisiin tutkimuksiin sellaisista tutkimuksista, joissa saatavuus on parempi.<sup>119</sup>

Taloustilanteen vuoksi jononpurkua ei ole voitu tehdä juuri lainkaan vuoden 2024 aikana, minkä takia tutkimusmäärät ovat laskeneet. Samaan aikaan virka-aikaista tuotantoa on saatu kuitenkin lisääntyä huomattavasti. Nettovaikutuksena magneettitutkimusten tuotanto laski 0,6 prosenttia, kun ilman kehittämistoimia oman tuotannon lasku olisi ollut arviolta 9 prosenttia.<sup>120</sup>

Diagnostiikkakeskuksessa on otettu käyttöön Apotti-potilastietojärjestelmän uusi toimintamalli, jonka ansiosta magneettikuvauksille voidaan varata oikean mittainen aika, kun aiemmin käytettiin laskennallista keskiarvoaika. Magneettikuvauksia pystytään näin tekemään aiempaa enemmän.<sup>121</sup> Apotti-potilastietojärjestelmään rakennetaan myös toimintoja, joiden avulla kuvantamistutkimusten saatavuustietoja voidaan seurata keskitetysti. Tämä mahdollistaa yksiköiden välisen vertailun viikkotasolla. Lähettävät yksiköt voivat jatkossa varata ajan siihen yksikköön, josta tutkimusaika on saatavilla lähimpänä tarvittua päivää. Näin pystyttäisiin tasaamaan toimipisteiden odotusaikojen välisiä eroja. Kehittämistyön on tarkoitus valmistua vuoden 2025 aikana.<sup>122</sup>

<sup>119</sup> Tuotantopäällikkö, HUS Diagnostiikkakeskus, Radiologia ja patologia, sähköposti 6.11.2024.

<sup>120</sup> Tuotantopäällikkö, HUS Diagnostiikkakeskus, Radiologia ja patologia, sähköposti 6.11.2024.

<sup>121</sup> Apotti. [Uusi toimintamalli tehostaa magneettikuvausten ajanvarausta \(apotti.fi\)](#). Viitattu 22.11.2024.

<sup>122</sup> Tuotantopäällikkö, HUS Diagnostiikkakeskus, Radiologia ja patologia, sähköposti 6.11.2024.

## 5 Johtopäätökset ja tarkastuslautakunnan suositukset

HUSissa on tunnistettu potilaiden yhdenvertaisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Lakisääteisessä toiminnallisessa yhdenvertaisuussuunnitelmassa kuvataan, miten HUS edistää ja seuraa yhdenvertaisuutta ja ehkäisee syrjintää, sekä määritetään toiminnan kehittämisen tavoitteet. Tavoitteiden toteutumista ei ole keskitetysti seurattu, eikä vastuutahoja kehittämistoimille ole määritelty, mikä heikentää suunnitelman ohjausvaikutusta.

Hoitoon pääsyn yleinen heikko tilanne tekonivel-, tyrä- ja kaihipotilailla vaikuttaa siihen, miten yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä näissä potilasryhmissä toteutuu. Yhdenvertaista hoitoon pääsyä kuvaavia mittareita on vain vähän ja eri väestöryhmien hoitoon pääsystä on niukasti tietoa saatavilla.

Kaikissa edellä mainituissa potilasryhmissä oli alueellisia eroja hoitoon pääsyssä. Lisäksi arvioinnissa tuli esiin, että odotusajat kiireettömiin kuvantamistutkimuksiin vaihtelivat toimipisteittäin ja alueittain. Tarkastuslautakunta kiinnitti asiaan huomiota myös vuoden 2021 arviointikertomuksessa, ja tilanne on edelleen samankaltainen.

Hoitoon pääsyn yhdenvertaisuutta pyritään parantamaan esimerkiksi lähete- ja hoidonsuunnittelukeskusta kehittämällä. Yhden jonon periaate HUS-alueella on tärkeä strateginen tavoite, joka toteutuessaan parantaisi yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä. Tällä hetkellä periaate ei kaikilta osin vielä toteudu.

Hoidon saatavuutta on pystytty parantamaan ostopalveluilla, mutta samalla tästä aiheutuu osajien siirtymistä yksityiselle sektorille. Myös palveluseteliä käytetään parantamaan hoidon saatavuutta. Palvelusetelin ongelma on, että se myönnetään potilaille, joiden riski komplikaatioille on pieni. Käytännössä tämä tarkoittaa, että terveemmät ja nuoremmat pääsevät palvelusetelillä leikkaukseen nopeammin kuin ne, joilla on kohonnut komplikaatoriski.

Erityisesti ortopediassa potilaat hakeutuvat hoitoon HUSin ulkopuolelle. Näiden potilaiden hoidon toteuttaminen HUSissa edellyttäisi leikkausmäärien lisäämistä.

Yksityislääkärin läheteellä hoitoon saapuneiden potilaiden osuudesta ei ole luotettavia tietoja saatavilla. Tämä olisi tärkeä tieto hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuden arvioinnin ja seurannan näkökulmasta.

HUSin omat mahdollisuudet toteuttaa priorisointia ja varmistaa hoitoon pääsyn yhdenvertainen toteutuminen ovat rajalliset ilman vahvempaa kansallista ohjausta.

### Tarkastuslautakunnan suositukset hoitoon pääsyn yhdenvertaisuuden turvaamiseksi

- Yhtymäkokouksen tulee varmistaa HUS-yhtymän rahoitus tasolle, jolla turvataan lain mukainen ja potilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy. Tulosalueiden ja -yksiköiden väliseen resursien jakamiseen tulee kiinnittää huomiota potilaiden yhdenvertaisen hoitoon pääsyn näkökulmasta.
- Hoitoon pääsyn alueellista yhdenvertaisuutta on edistettävä toteuttamalla yhden jonon periaatetta nykyistä laajemmin.
- Palvelusetelin käyttö ei saa asettaa potilaita eriarvoiseen asemaan hoitoon pääsyssä.
- Hoitoon pääsyn toteutumisesta tarvitaan enemmän tietoa eri väestö- ja ikäryhmien sekä sukupuolten välillä. Yksityislääkärien läheteiden määrästä tulee tuottaa luotettavat tiedot.

## Lähteet

HUS Tarkastuslautakunnan kuulemiset, haastattelut ja sähköpostit

Tarkastuslautakunta 18.6.2024 27 §. HUS-yhtymän johtajaylilääkärin kuuleminen.

Asiakaspalvelupäällikkö, Lasten ja nuorten sairaudet, sähköposti 29.10.2024.

Erikoissuunnittelija, Laatu- ja potilasturvallisuusyksikkö, haastattelu 21.8.2024.

Hallintoylilääkäri, haastattelu 29.8.2024 /sähköposti 18.11.2024 ja 28.1.2025.

Linjajohtaja, Vatsaelinkirurgia ja endoskopioidut, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

Talospäällikkö, Talousjohto ja talouden erityistehtävät, sähköposti 21.1.2025, 23.1.2025 ja 24.1.2025.

Toimialajohtaja, Pää- ja kaulakeskus, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024.

Toimialajohtaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vastaus tietopyyntöön 30.9.2024 ja 19.12.2024.

Toimialajohtaja, Vatsakeskus, vastaus tietopyyntöön 7.11.2024.

Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, vastaus tietopyyntöön 17.9.2024, 13.11.2024, 18.12.2024 ja 23.1.2025.

Tuotantopäällikkö, HUS Diagnostiikkakeskus, radiologia ja patologia, sähköposti 16.9.2024, 6.11.2024, 8.11.2024, 20.11.2024, 22.11.2024 ja 29.11.2024.

Osastonhoitaja ts., Kirurgian poliklinikka Peijas; ylihoitaja, Tukielin- ja plastiikkakirurgia; Kehittämispäällikkö, kehittämistoiminnan johto; Kehittämispäällikkö, Lean-kehittäminen, sähköposti 3.12.2024.

Potilasasiavastaava / esihenkilö. Sähköposti 7.8.2024 ja 29.11.2024.

## HUS-aineisto

HUS. HaiPro-raportointi, vaatii käyttöoikeuden. Tiedot poimittu 30.8.2024.

HUS. [Hoitoa odottavat potilaat erikoisaloittain 2024 joulukuu \(hus.fi\)](#). Viitattu 20.1.2025.

HUS. Intranet. [Toiminnallista yhdenvertaisuutta voi tarkastella monesta näkökulmasta \(sharepoint.com\)](#). Vaatii käyttöoikeuden. Viitattu 7.8.2024.

HUS. Intranet. [Hoidonsuunnittelukeskuksen avajaisia vietetään 30.10.](#) Vaatii käyttöoikeuden. Viitattu 22.11.2024.

HUS. Johtajaylilääkärin ohje 27.9.2024. Jonottamisen syy -koodien käyttö, kun potilas odottaa kiireetöntä hoitoa.

HUS. Johtajaylilääkärin ohje 30.9.2024. Digitaalisten potilaspalveluiden ohje.

HUS. Johtajaylilääkärin päätös 17.4.2023 § 30. HUSin Toiminnallinen yhdenvertaisuus -toimikunnan asettaminen.

HUS. [Kaksikielisyysohjelma – Tvåspråkighetsprogram 2023–2027 \(hus.fi\)](#). Viitattu 1.11.2024.

HUS. Kaksikielisyysohjelman ohjausasiakirja 2023–2027.

HUS. [Laatu ja potilasturvallisuus suunnitelma 2024 ja raportti 2023 \(hus.fi\)](#). Viitattu 1.11.2024.

HUS. Laatu ja potilasturvallisuus suunnitelmat 2022–2023 ja raportit 2021–2022.

HUS. [Neurokirurgian leikkausjono puolittui viime syksystä \(hus.fi\)](#). 17.6.2024. Viitattu 20.1.2025.

HUS. [Omavalvontaohjelma \(hus.fi\)](#). Viitattu 25.10.2024.

HUS. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2023.

HUS. Toiminnallinen yhdenvertaisuussuunnitelma 2023–2024.

HUS. Tulosaluejohtaja, Operatiiviset palvelut, viranhaltijapäätös 28.5.2024. HUS/459/2024.

HUS. Yhtymähallitus 17.6.2024 § 80. Talouden sopeuttamisohjelma ja palveluverkkotyö.

HUS. Yhtymähallituksen pöytäkirjat 2023 ja 2024.

HUS. Yhtymäkokous 19.12.2024 § 19. Esitys vuoden 2025 talousarvioksi ja taloussuunnitelmaksi 2025–2027. [Liite 1. TAE 2025 ja TS 2025–2027 – yhtymäkokous 19.12.2024.](#)

HUS. Yhtymäkokous 14.12.2023 § 28. Esitys vuoden 2024 talousarvioksi ja taloussuunnitelmaksi 2024–2026. [Liite 1. Esitys HUS-yhtymän talousarvioksi 2024 ja taloussuunnitelmaksi 2024–2026.](#)

HUS/648/2022. Yhdenvertaisuusvaltuutetun kannanotto liittyen HUS Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikan toimintaan. Noudettu asianhallintajärjestelmä ASHAsta 24.5.2024.

## Muu aineisto

Apotti. [Uusi toimintamalli tehostaa magneettikuvausten ajanvarausta \(apotti.fi\)](#). Viitattu 22.11.2024.

Autti-Rämö I. Etiikka Terveydenhuollon päätöksissä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2025.

Blomgren J, Virta LJ. [Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland](#). PLOS ONE 2020 Apr 16;15(4):e0231792.

Deloitte. Leikkaussaliallokaation päivitys ja kehittäminen. Loppuraportti 28.11.2023.

[Digitaidottomien syrjäyttäminen yhteiskunnassa – digitaalisen eriarvoisuuden kasvu tulee pysäyttää \(etene.fi\)](#). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Kannanotto 1.10.2024. Viitattu 28.10.2024.

[Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajatylittävissä terveydenhuollossa \(europa.eu\)](#). Viitattu 24.9.2024.

[Helsingin kaupungin palvelujen tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelma 2022-2025 \(hel.fi\)](#). Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia, 2022. Helsingin kaupungin keskushallinnon julkaisuja 2022:17. Viitattu 1.11.2024.

[Helsingin kaupungin palveluiden tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelman 2022–2025 väliraportti 2023 \(hel.fi\)](#). Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia, 2023. Viitattu 1.11.2024.

Heponiemi T, Gluschkoff K, Leemann L, Manderbacka K, Aalto A-M, Hyppönen H. [Digital inequality in Finland: Access, skills and attitudes as social impact mediators \(sagepub.com\)](#). New Media & Society 2023;25(9): 2475–2491. Viitattu 30.8.2024.

Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus. [Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia 2023–2030 \(pohde.fi\)](#). Viitattu 11.11.2024.

Kaila M, Lohiniva-Kerkelä M. [Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet \(valtioneuvosto.fi\)](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31. Viitattu 14.5.2024.

Keituri T. [Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa: Katsaus hoitoalan tutkimuksiin \(tehy.fi\)](#). Helsinki: Tehy, 2005. Tehyn julkaisusarja F: 4/2005. Viitattu 28.10.2024.

Kontinen V, Hynynen M. [Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? \(say.fi\)](#). Finnanest 2003; 36 (4); 340-344. Viitattu 15.11.2024.

[Laki digitaalisten palveluiden tarjoamisesta 306/2019 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 28.10.2024.

[Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 609/1986 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 28.10.2024.

[Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 24.9.2024.

[Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1081/2024 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 16.1.2025.

Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. [Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa \(julkari.fi\)](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. Viitattu 30.8.2024.

Manderbacka K, Satokangas M, Arffman M, Reissell E, Keskimäki I, Leyland, AH. [Explaining regional variation in elective hip and knee arthroplasties in Finland in 2010-2017: a register-based cohort study \(biomedcentral.com\)](#). BMC Health Serv Res 2022 Jul 9;22(1):891. Viitattu 30.8.2024.

Manderbacka K., Arffman M, Karvonen S, Keskimäki I. [Huono-osaisuus terveydenhuollossa: Sosioekonomiset erot elektiiivisessä kirurgiassa \(laakarilehti.fi\)](#). Suomen Lääkärilehti 2008;22(63):2025-2031. Viitattu 30.8.2024.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012;49, 4-12. Viitattu 30.8.2024.

Manderbacka K, Lindell E, Suomela T, Lumme S, Koskinen S, Parikka S. [Toteutuuko alueellinen tasa-arvo menetetyissä elinvuosissa? \(julkari.fi\)](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. Tutkimuksesta tiiviisti 35/2022.

Mehiläinen. [Toimenpiteet \(hoitoonviroon.fi\)](#). Viitattu 15.11.2024.

[Mitä on yhdenvertaisuus - Yhdenvertaisuus \(yhdenvertaisuus.fi\)](#). Viitattu 2.7.2024.

[Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa: ETENEn 5. kesäseminaari, Helsinki, 17. elokuuta 2004 \(etene.fi\)](#). Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005. ETENE-julkaisu 11, 2005. Viitattu 28.10.2024.

Oikeusministeriö (OM). [Yhdenvertaisuus on perusoikeus \(om.fi\)](#). Viitattu 1.11.2024.

Pekurinen M, Sintonen H. [Suomen vaikeasti hallittava sote-rahoitus \(laakarilehti.fi\)](#). Suomen lääkäri-lehti 8.3.2022. Viitattu 19.11.2024.

[Pirkanmaan hyvinvointialueen tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelma 2024–2025 \(pirha.fi\)](#). Viitattu 15.11.2024.

[Pohjois-Savon hyvinvointialueen omaavontaohjelma \(pshyvinvointialue.fi\)](#). Viitattu 15.11.2024.

Sisäasiainministeriö (SM). [Yhdenvertaisuussuunnittelun opas \(yhdenvertaisuus.fi\)](#). Helsinki: Sisäasiainministeriö, 2020. s.14. Viitattu 31.7.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). [Lähetekeskustelu: palveluvalikoiman periaatteet. Vaikuttavien palvelujen ja menetelmien kansallisen valinnan periaatteista säätäminen \(stm.fi\)](#). Viitattu 30.10.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). [Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2023: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain \(612/2021\) 31 §:n mukainen sosiaali- ja terveysministeriön vuosittainen valtakunnallinen selvitys \(valtioneuvosto.fi\)](#). Viitattu 11.6.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). [Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen \(stm.fi\)](#). Viitattu 30.10.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). [Terveyspalvelut \(stm.fi\)](#). Viitattu 25.11.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). [Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019 \(valtioneuvosto.fi\)](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Viitattu 1.8.2024.

[Suomen perustuslaki 731/1999 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 14.5.2024

Talala K, Härkänen T, Martelin T, Karvonen S, Mäki-Opas T, Manderbacka K. ym. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 2014; 69(36):2185-2192a. Viitattu 14.5.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2024: Kiireettömään erikoissairaanhoidon odottaneiden määrä on pysynyt suurena \(julkari.fi\)](#). Tilastoraportti 48/2024. Suomen virallinen tilasto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Tilastokuutio. [Hyvinvointialueiden vertailu jonoryhmittäin \(sampon.thl.fi\)](#). Tiedot päivitetty 25.10.2024. Tiedot poimittu 15.11.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Tilastokuutio. [Hoitoa odottavat ja odotusajat jonoryhmittäin \(sampon.thl.fi\)](#). Tiedot päivitetty 27.8.2024. Tiedot poimittu 25.9.2024 ja 10.1.2025.

[Terveydenhuollon palveluvalikoima \(palveluvalikoima.fi\)](#). Viitattu 14.5.2024.

[Terveydenhuoltolaki 1326/2010 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 14.5.2024.



Torkki P, Patja K, Ignatius E, Kousa I, Vanhala A, Gehrmann K. ym. [Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi \(valtioneuvosto.fi\)](#). Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2022. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. Viitattu 14.5.2024.

[Vahinkoilmoitus: Esimerkkitapauksia Suomen maantieteellisellä alueella \(ww.pvk.fi\)](#). Viitattu 29.1.2025.

[Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma \(valtioneuvosto.fi\)](#). Viitattu 6.8.2024.

[Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 1.10.2024.

[Vältä viisaasti \(kaypahoito.fi\)](#). Viitattu 14.5.2024.

Väyrynen, H. [Vain syövät ehditään leikata \(laakarilehti.fi\)](#). Suomen Lääkärilehti 2024;42-43(79):1656-1659. Viitattu 18.11.2024.

[Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 \(finlex.fi\)](#). Viitattu 6.8.2024.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu. [Yhdenvertaisuuden edistäminen ja syrjintään puuttuminen \(yhdenvertaisuusvaltuutettu.fi\)](#). Viitattu 13.8.2024.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu. [Yhdenvertaisuuden edistäminen ja syrjintään puuttuminen - Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus \(yhdenvertaisuusvaltuutettu.fi\)](#). Viitattu 14.1.2025.

[Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö \(yths.fi\)](#). Viitattu 25.11.2024.