Tarkastuslautakunta 28.10.2026 § 55

Arviointimuistio

VÄHÄHYÖTYISTEN MENETELMIEN TUNNISTAMINEN JA NIISTÄ LUOPUMINEN

Sisältö

1 Mitä arvioitiin? 3

2 Miten vähähyötyisistä menetelmistä voidaan luopua? 5

2.1. Terveydenhuollon menetelmien arviointi vähähyötyisistä menetelmistä luopumisessa 5

2.2. Vähähyötyiset menetelmät eivät ole yksiselitteinen ilmiö 7

3 Vähähyötyisistä menetelmistä luopuminen edellyttää vaikuttavuustietoa, johtamista ja yhteisiä käytäntöjä 10

4 Laaturekistereitä ei hyödynnetä parhaalla mahdollisella tavalla 14

5 Tarve luopua vähähyötyisistä menetelmistä on tunnistettu myös hoitotyössä 15

6 Tapausesimerkki: Vähähyötyiset ortopediset toimenpiteet 16

7 Arvioinnin havainnot ja suositukset 18

Lähteet 19

Liite 1. Tarkastuslautakunnan kysely linjajohtajille vähähyötyisistä hoidoista ja menetelmistä 23

1 Mitä arvioitiin?

Terveydenhuoltolaki määrää, että toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.[1] Tutkimustiedon ja osaamisen karttuessa ja hoitomenetelmien kehittyessä osa hoidoista ja toimintatavoista muuttuu vähähyötyisiksi, ja tuottavat potilaalle vain vähän terveyshyötyä tai eivät tuota sitä lainkaan. Ne voivat olla haitallisia, tuottaa aiheettomia kustannuksia tai käyttää rajallisia resursseja epätarkoituksenmukaisesti. Hoito voi olla vähähyötyinen myös silloin, kun käytettävänä olisi parempia vaihtoehtoja, tai hoito ei ole potilaan arvojen mukaista.[2] Arviolta 20–30 prosenttia terveydenhuollon toimista on vähähyötyisiä.[3]

Terveydenhuollon menetelmiä ovat kaikki lääkkeet, laitteet, kirurgiset ja muut toimenpiteet, ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat toimintatavat sekä erilaiset järjestelmät, joiden avulla terveyttä pidetään yllä ja suojellaan.[4] Tässä arvioinnissa vähähyötyisistä hoidoista ja toimintatavoista käytetään jatkossa termiä ”vähähyötyiset menetelmät”.

Vähän hyötyä potilaalle, lisää kustannuksia terveydenhuollolle

Vähähyötyiset menetelmät ovat yhteydessä lääketieteellistymiseen, ylidiagnostiikkaan ja ylihoitoon. Osaa potilaista saatetaan ylihoitaa, ja osaa hoitaa liian vähän tai ei lainkaan.[5] Lisäksi vähähyötyiset menetelmät vievät potilaalta aikaa, vaivaa ja rahaa, ja ne voivat myös altistaa haittavaikutuksille kuten antibioottihoitojen aiheuttamille vatsavaivoille tai sattumalöydösten aiheuttamille lisätutkimuksille, ja aiheuttaa turhaa huolta.[6]

Tarkkaa arviota vähähyötyisten menetelmien kustannuksista Suomen terveydenhuollolle ei ole. Itä-Suomen yliopiston PROSHADE-tutkimuskonsortiossa on sovellettu kansainvälisiä tutkimuksia Suomen palvelujärjestelmään ja arvioitu, että vähähyötyisistä menetelmistä aiheutuu terveydenhuollolle satojen miljoonien euron vuosittaiset kustannukset. Suurin osa kustannuksista syntyy siitä, että määrätään paljon tutkimuksia ja lääkkeitä, joiden yksikköhinta on matala.[7] Toisaalta keskustelua on käyty suomalaisten syöpäpotilaiden muita Pohjoismaita heikommista hoitotuloksista ja viiveistä hoitoon pääsyssä.[8]

---

[1] Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 8 (finlex.fi).
[2] Komulainen J, Raudasoja A, Turpeinen M. Kuinka tunnistaa vähähyötyiset hoidot - ja miten niistä luovutaan? Suom Lääkäril. 2024;79(44):1761–1764.
[3] Raudasoja A. De-implementation of low-value care (helsinki.fi). Doctoral Programme in Clinical Research, Faculty of Medicine, University of Helsinki, 2025.; Mutanen A. Turhaa ja kallista. Helsingin Sanomat 4.11.2025.
[4] Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M. (toim). Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Duodecim; 2007. S 11.
[5] Reito A, Tikkinen KAO. Potilaslähtöisyys avuksi myös tarpeettomien hoitojen vähentämiseen. Suom Lääkäril 2020;75(50):2737.; Reito A, Raudasoja A, Torkki P. Miten saada rajalliset resurssit riittämään kirurgisten potilaiden hoidossa? Duodecim 2025;141:2020-6.
[6] Komulainen J, Raudasoja A, Turpeinen M. Kuinka tunnistaa vähähyötyiset hoidot - ja miten niistä luovutaan? Suom Lääkäril. 2024;79(44):1761–1764.; Lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Medikalisaatio (lääkäriliitto.fi). Viitattu 26.4.2026.
[7] PROSHADE. Suomalainen terveydenhuolto kaipaa resurssiremonttia. 16.5.2023 (proshade.fi); Kankaanpää E, Komulainen J, Falkenbach P, Westersund V. Eroon vähähyötyisistä hoidoista ja talous mukaan hoitopäätöksiin (aka.fi). PROSHADE Politiikkasuositus 11/2023. Ratkaisuja resurssiviisaaseen terveydenhuoltoon #1; Kosonen S. Miten terveydenhuolto saadaan toimimaan paremmin (laakarilehti.fi)? Suom Lääkäril 2026;81:e48021.
[8] Karppinen K, Knus-Galán M, Kakko T. MOT tutki syövän hoitoa ja löysi häkellyttävän tuloksen: potilaita kuolee Suomessa aiemmin kuin muissa Pohjoismaissa (yle.fi). Viitattu 14.9.2026.

Arvioinnin tavoite ja arviointikysymys

Arvioinnin pääkysymys oli, miten HUSissa tunnistetaan vähähyötyisiä menetelmiä, miten niistä luovutaan tai niiden käyttöä vähennetään. Arvioinnin osakysymykset olivat:

1) Tunnistetaanko ja arvioidaanko vähähyötyisiä menetelmiä järjestelmällisesti?
2) Mistä vähähyötyiseksi tunnistetuista menetelmistä on joko luovuttu kokonaan tai vähennetty niiden käyttöä?
3) Mitä vähähyötyisistä menetelmistä luopumisella tai niiden käytön vähentämisellä on saavutettu?
4) Mikä on estänyt vähähyötyiseksi tunnistetusta menetelmistä luopumista tai niiden käytön vähentämistä?

Arvioinnin rajaukset

Arviointi kohdistui sekä lääketieteen että hoitotyön menetelmiin.

Arviointikriteerit

- Kuinka paljon vähähyötyisiä menetelmiä tunnistetaan, seurataan ja arvioidaan erikoisaloilla?
- Kuinka järjestelmällistä seuranta ja arviointi on?
- Kuinka paljon on luovuttu vähähyötyisistä menetelmistä?
- Kuinka paljon on vähennetty vähähyötyisten menetelmien käyttöä?

Aineistot ja menetelmät

Arvioinnin aineistoina olivat asiantuntijoiden ja viranhaltijoiden haastattelut, kysely linjajohtajille sekä tutkimuskirjallisuus, asiakirjat ja ohjeet.

Arviointimuistion laativat tuloksellisuustarkastaja Jaana Isojärvi ja arviointipäällikkö Jenni Hämäläinen. Arviointi sisältyi tarkastuslautakunnan vuoden 2026 työohjelmaan[9] ja on osa vuoden 2026 arviointikertomusta.

Tekstin luonnostelussa ja sujuvoittamisessa sekä linjajohtajien kyselyyn antamien avovastausten teemoittelussa käytettiin apuna Copilot-tekoälysovellusta.

[9] HUS tarkastuslautakunta 28.1.2026 § 3 Tarkastuslautakunnan työohjelman päivittäminen vuodelle 2026.

2 Miten vähähyötyisistä menetelmistä voidaan luopua?

Vähähyötyisistä menetelmistä luopumista on edistetty useissa maissa antamalla suosituksia vältettävistä toimista. Esimerkiksi Englannissa on tuotettu Do not do -suosituksia vuodesta 2003. Ruotsissa välttämissuositukset tunnetaan nimellä Kloka kliniska val ja Yhdysvalloissa Choosing Wisely. Vuonna 2016 aloitettiin Choosing Wiselyn ja Englannin esimerkkiä seuraten suomalaisten välttämissuositusten laadinta Käypä hoito -suositusten pohjalta. Suositukset saivat nimekseen Vältä viisaasti. Terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja hoitotyön vähähyötyisiä menetelmiä on viime vuosina tunnistettu myös Vaikuttavuusseuran järjestämissä Hukkajahdeissa.[10] Norjassa Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering -keskuksessa on käynnistetty luettelon luominen terveydenhuollon yleisistä toimenpiteistä, joita tulee välttää. Listalle päätyvät toimenpiteet ovat kansainvälisesti vähähyötyisiksi tunnistettuja, aiheuttavat kohtalaista tai korkeaa riskiä potilaille, maksavat paljon ja niiden käytössä on alueellista vaihtelua. Listalla on toistaiseksi 3 toimenpidettä: olkapääkirurgian tietyt toimenpiteet, sepelvaltimotaudin varjoainekuvaus vakaassa sepelvaltimotaudissa sekä mahalaukun tähystys alle 45-vuotiailla ilman hälyttäviä oireita.[11]

Raudasojan ym. katsauksessa todettiin, että yksittäisillä kliinikoille kohdistetuilla interventioilla ei ollut juurikaan vaikutusta vähähyötyisten menetelmien käyttöön, ja useamman intervention yhdistäminen saattaakin olla tarpeen vähähyötyisten menetelmien käytön vähentämiseksi. Esimerkiksi kun kliinikoiden hoitokäytäntöjä seurattiin ja niistä annettiin palautetta osana vähähyötyisyyttä koskevaa koulutusta, menetelmien käyttö väheni noin 23 prosenttia. Kun potilaiden koulutus vähähyötyisyydestä yhdistettiin muihin interventioihin, käyttö väheni 30–35 prosentilla.[12]

2.1. Terveydenhuollon menetelmien arviointi vähähyötyisistä menetelmistä luopumisessa

Terveydenhuollon menetelmien arviointi (Health Technology Assessment, HTA) on päätöksentekijöille suunnattua, kokonaisvaltaista ja järjestelmällistä arviointia menetelmien käytön edellytyksistä, turvallisuudesta ja vaikutuksista. Sen pohjana on arviointihetkellä saatavissa oleva tutkimusnäyttö. HTA tarjoaa työkaluja myös vähähyötyisten menetelmien tunnistamiseen. Menetelmän käytön jatkamisen tarkoituksenmukaisuutta tai siitä luopumisen tarvetta voidaan arvioida seuraavien kriteerien avulla. Uudelleenarviointi on perusteltua erityisesti silloin, kun vähintään 2 seuraavista kriteereistä täyttyy:

[10] Sipilä M. Mäkelä M, Komulainen J. Vältä viisaasti -suosituksista on tullut osa Käypä hoito -toimintaa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2020;136(6):599–600, Kloka kliniska val (sls.se). Viitattu 23.4.2026;Käypä hoito. Vältä viisaasti (kaypahoito.fi). Viitattu 23.4.2026; Choosing wisely (choosingwisely.org). Viitattu 23.4.2026;Vaikuttavuusseura. Hukkajahti (vaikuttavuusseura.wordpress.com). Viitattu 23.4.2026; Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: A shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. J Gen Fam Med. 2018 Dec 21;20(1):9-12. doi: 10.1002/jgf2.225

[11] Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Services with low health benefits (skde.fnsp.nhn.no). Last updated 2/4/2026. Viitattu 17.8.2026; Tiessalo P. Norja laittoi kolme yleistä lääketieteellistä toimenpidettä karsintalistalle – asiantuntijan mukaan Suomi voisi tehdä samoin (yle.fi). Viitattu 17.8.2026. Tjomsland O, Drewes C, Langeland H, Noremark KAL, Thoresen C, Bøe B, Kristensen A, Aasarød KM, Grongstad LS, Pedersen E, Herder M, Stensland E; NOR Group. Reducing unwarranted variation in low-value health care in Norway: description of the NOR programme (springer.com). Res Health Serv Reg. 2026 May 28;5(1):7. doi: 10.1007/s43999-026-00089-1.

[12] Raudasoja A, Parpia S, Mustonen JMJ et al. Effectiveness of different de-implementation strategies in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ Med. 2025 Sep 9;4(1):e001343.

1) on olemassa näyttöön perustuva suositus menetelmän käyttöä vastaan,
2) kliinikko on tunnistanut menetelmän hyödyttömäksi,
3) menetelmän turvallisuuteen liittyy uhka tai epäily uhasta,
4) menetelmän käytössä on toimipaikkojen tai alueiden välisiä suuria eroja,
5) muutos tuottaisi hyötyä merkittävälle määrälle ihmisiä,
6) muutos vähentäisi kustannuksia ja
7) epäily siitä, että merkittävä osa potilaista saa epäasiallista hoitoa.[13]

Suomessa Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö FinCCHTA koordinoi terveydenhuollon menetelmien arviointityötä. Arviointityötä tekevän verkoston tehtäviä ovat sairaaloiden arviointitarpeiden kartoittaminen, päätöksenteon ja hankintojen koordinointi sairaaloissa sekä arviointitiedon tuottaminen terveyspoliittisen ja kliinisen päätöksenteon tueksi. Yliopistosairaaloiden arviointiylilääkärit ja muut hyvinvointialueiden arviointitoiminnasta vastaavat henkilöt ovat verkoston ydintoimijoita. Hoitotyön tutkimussäätiö HOTUS, Käypä Hoito ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ovat verkoston jäseniä.[14]

HUSissa on johtajaylilääkärin ohje uuden terveydenhuollon menetelmän käyttöönotosta. Kaikkien uusien kustannusvaikutuksiltaan merkittävien, rutiinikäyttöön ehdotettavien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotto pitää perustella sairaalatason HTA-arvioinnilla (ns. mini-HTA) ennen investoinnin tai hankinnan aloittamista. Arviointi tulee tehdä silloin, kun jokin seuraavista kriteereistä täyttyy:

1) menetelmän vuotuinen budjettivaikutus on yli 60.000 euroa,
2) menetelmään liittyy erityisiä turvallisuusnäkökohtia tai sen vaikuttavuus on epävarma,
3) menetelmä koskee suuria potilasmääriä (yli 100 potilasta vuodessa),
4) menetelmällä on muuta erityistä yhteiskunnallista vaikutusta,
5) menetelmän käyttöönottoa harkitseva itse pitää Menetelmäarviointiryhmän kannanottoa perusteltuna.[15]

Ohjeen mukaan myös vanhoja, jo käytössä olevia menetelmiä voidaan arvioida esimerkiksi silloin, jos ne koetaan vanhentuneiksi.[16] Arviointiylilääkärin mukaan tällaisia sairaalatason arviointeja ei ole tehty.[17]

[13] Räsänen P, Hytönen M, Pakarinen S, Blom M. Menetelmäarvioinnista tukea päätöksentekoon. Suom Lääkäril 2021;76(45):2660–2662.
[14] FinCCHTA. Kansallinen arviointiverkosto (fincchta.fi). Viitattu 7.8.2026.
[15] HUS. Konsernihallinto. Johtajaylilääkärin ohje 26.9.2024. Uuden terveydenhuollon menetelmän käyttöönotto.
[16] HUS. Konsernihallinto. Johtajaylilääkärin ohje 26.9.2024. Uuden terveydenhuollon menetelmän käyttöönotto.
[17] Arviointiylilääkäri, HUS Vaikuttavuusyksikkö. Haastattelu 25.8.2026.

2.2. Vähähyötyiset menetelmät eivät ole yksiselitteinen ilmiö

Jotta terveydenhuollon rajalliset resurssit voidaan kohdentaa oikein, on varmistettava, että käytössä olevat menetelmät ovat vaikuttavia ja tuottavat väestölle terveyshyötyä. Väestötasolla vähähyötyiseksi arvioitu menetelmä ei kuitenkaan ole välttämättä täysin hyödytön eikä siitä aina tule luopua kokonaan, sillä jonkin potilaan kohdalla sen käyttö voi olla perusteltu.[18]

Kansalaisten ja potilaiden odotukset ja terveydenhuollon käytettävissä olevat resurssit eivät aina kohtaa. Kansalaisten kiinnostus omaan terveyteensä sekä saatavilla oleva terveyttä koskevan tiedon suuri määrä voivat lisätä tutkimuksiin ja hoitoihin kohdistuvia odotuksia.[19] Koska kaikkea mahdollista hoitoa ei voida tarjota kaikille, on väistämättä priorisoitava. Kansalaisten yhdenvertaisuuden sekä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan kokeman luottamuksen säilyttämisen näkökulmasta on tärkeää, että priorisointi toteutetaan yhteisesti hyväksyttyjen arvojen, periaatteiden ja tavoitteiden perusteella. Ratkaisujen tulee perustua parhaaseen saatavilla olevaan tietoon ja läpinäkyviin periaatteisiin, ei yksittäisiin mielipiteisiin.[20] Vähähyötyisten menetelmien arviointi on osa tätä kokonaisuutta.

Terveydenhuollon priorisoinnille ja vähähyötyisistä menetelmistä luopumiselle on myös lakisääteinen peruste. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan[21] ei kuulu sellainen toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen, ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden. Toisaalta kansalaisten oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvataan perustuslaissa, mutta siinä ei tarkasti määritellä, mitä riittävyys tarkoittaa.[22] Se, mikä on riittävää, onkin aina suhteutettava käytettävissä oleviin resursseihin. Palvelujen sisältö voi siten vaihdella eri aikoina.

Kansalaiset ja ammattilaiset tarvitsevat avointa viestintää

Julkisessa keskustelussa vähähyötyisiä menetelmiä, priorisointia ja sosiaali- ja terveyspalveluja käsitellään usein säästöjen ja leikkausten näkökulmasta. Jos potilaille koituvat hyödyt, hoidon vaikuttavuus ja päätöksenteon eettiset perusteet jäävät taka-alalle, keskustelu voi vahvistaa epäluottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja herättää pelkoa siitä, että myös tarpeellinen hoito evätään. Myös kärjistävät otsikot voivat lisätä kansalaisten huolta.

---

[18] Ryynänen OP, Pakarinen S. Vähähyötyinen hoito nakertaa hyvinvointiyhteiskunnan perustuksia. Vieraskynä, Helsingin Sanomat 25.2.2026; Arviointiylilääkäri, HUS Vaikuttavuusyksikkö. Haastattelu 22.1.2026.; Scott IA, Duckett SJ. In search of professional consensus in defining and reducing low-value care. Med J Aust. 2015 Aug 17;203(4):179-81.
[19] Hietanen P. Avustajamme tohtori Google. Suom Lääkäri 2015;70(43):2833.
[20] Torkki P, Patja K, Ignatius E, Kousa I, Vanhala A, Gehrmann K. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi (valtioneuvosto.fi). Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2022. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53; Kaila M, Lohiniva-Kerkelä M. Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet (valtioneuvosto.fi).; Autti-Rämö I. Etiikka Terveydenhuollon päätöksissä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2025. s. 171.
[21] Palveluvalikoima. Mikä on terveydenhuollon palveluvalikoima? (palveluvalikoima.fi).
[22] Suomen perustuslaki 731/1999 § 19 (finlex.fi).Viitattu 25.9.2026.

Jotta kansalaisten ja potilaiden luottamusta terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan voidaan ylläpitää ja vahvistaa, on vähähyötyisistä menetelmistä ja priorisoinnista käytävä avointa keskustelua ja viestittävä asiasta ymmärrettävästi sekä käytännönläheisesti. Kansalaisille ja potilaille on kerrottava, mihin hoitovalintoja koskevat ratkaisut perustuvat, mitä hyötyjä niillä tavoitellaan, miten tarpeellinen hoito turvataan ja millaisiin palveluihin heillä on oikeus. Näin voidaan vähentää kansalaisten pelkoa siitä, että vähähyötyisistä menetelmistä luopuminen tarkoittaisi jättämistä ilman hoitoa.[23]

Terveydenhuollon priorisointi voi olla haastava aihe myös ammattilaisille. Sosiaali- ja terveysministeriön ammattilaisille toteuttaman kyselyn mukaan priorisointi koetaan tarpeelliseksi, mutta se nähdään samalla monisyisenä ja eettisesti haastavana aiheena. Huolta herättää esimerkiksi se, että päätöksenteko voi johtaa eriarvoisuuteen. Aihe vaatiikin jatkuvaa vuoropuhelua ja yhteisiä linjauksia.[24]

Raudasoja ym. toteuttivat Suomessa, Itävallassa, Kreikassa, Italiassa, Japanissa ja Ruotsissa toimiville perusterveydenhuollon lääkäreille kyselyn vähähyötyisistä menetelmistä. Siihen vastanneiden (n=1731) käsitysten mukaan vähähyötyisistä menetelmistä luopumisen esteitä olivat potilaiden odotukset ja vaatimukset, hoitovirheiden, alidiagnosoinnin ja alihoidon pelko, suuri työmäärä ja kiire. Ajanpuutteen takia ammattilaiset eivät aina ehdi seuraamaan uutta tutkimustietoa eivätkä keskustelemaan potilaan kanssa hoitovaihtoehdoista.[25]

Terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita ollaan uudistamassa

Kansallisella tasolla Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Palveluvalikoimaneuvosto (Palko) antaa suosituksia siitä, mitkä palvelut kuuluvat julkisin varoin rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.[26] Terveydenhuoltolaissa säädettyjä palveluvalikoiman periaatteita on täsmennetty eduskunnalle 13.5.2026 annetussa hallituksen esityksessä, jonka mukaan lakimuutos tulisi voimaan 1.1.2027. Esityksen mukaan jatkossa terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuulumisen edellytyksenä on, että terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteen, tutkimuksen, hoidon tai kuntoutuksen

1) tavoitteena on vastata yksilön tai väestön tarpeeseen;
2) riskit potilaan hengelle tai terveydelle eivät ole kohtuuttoman suuret suhteessa saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon;
3) vaikuttavuus terveyteen ja hyvinvointiin on saatavilla olevan näytön perusteella riittävää, ja
4) kustannukset ovat saavutettavissa olevaan terveys- ja hyvinvointihyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden kohtuulliset.

---

[23] Torkki P, Patja K, Leskelä R-L. Avoimen priorisoinnin edistäminen edellyttää avointa keskustelua ja hyväksyttävyyden rakentamista. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2024;140(5):357-8.
[24] Mäklin S, Sinervo L. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet: ammattilaiskyselyn tulokset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:20;
[25] Raudasoja A, Tikkinen KAO, Bellini B et al. Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey (biomedcentral.com). BMC Prim. Care 2024 25(1):159.
[26] Palveluvalikoima. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) (palveluvalikoima.fi). Viitattu 23.4.2026.

Palveluvalikoimaan kuulumattoman tutkimus- ja hoitomenetelmän käyttö olisi kuitenkin mahdollista, jos se on välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys sekä menetelmällä yksilöllisessä tilanteessa saavutettavissa oleva terveyshyöty ja hoidollinen arvo huomioiden. Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin palveluvalikoimaa koskevissa kansallisen tason päätöksenteossa ja suosituksissa.[27] Hyvinvointialueet päättävät jatkossakin menetelmien käyttöönotosta ja käytöstä poistamisesta. Siksi lakimuutos ei yksin välttämättä takaa potilaiden yhdenvertaisuutta siinä, millaisia hoitomenetelmiä eri alueilla käytetään.

[27] Hallituksen esitys HE 90/2026 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita koskevaksi lainsäädännöksi (eduskunta.fi) Viitattu 27.5.2026.

3 Vähähyötyisistä menetelmistä luopuminen edellyttää vaikuttavuustietoa, johtamista ja yhteisiä käytäntöjä

Arvioinnissa toteutettiin Webropol-kysely HUSin erikoisaloja johtaville lääkäreille eli linjajohtajille (N=63) vähähyötyisten hoitojen ja menetelmien tunnistamisesta ja niiden käytöstä luopumisesta. Kyselyllä selvitettiin vähähyötyisten hoitojen ja menetelmien seuraamista ja seuraamisen tapoja, hoitoja ja menetelmiä, joista on luovuttu tai joiden käyttöä on vähennetty sekä mitä luopumisesta ja käytön vähentämisestä on seurannut. Kysely sisälsi myös avokysymyksiä. Kyselylomake on muistion liitteenä 1. Kysely oli avoinna 19.5.-9.6.2026 ja siihen saatiin 32 vastausta (vastausprosentti n. 51). Vastauksia saatiin laajasti eri erikoisaloilta.

Vähähyötyisten menetelmien hallintaan ei ole järjestelmällistä toimintamallia, mutta niiden käyttöä seurataan erikoisaloilla

Käytössä olevia hoitoja ja menetelmiä seurataan ja arvioidaan järjestelmällisesti 24 vastaajan (80 % vastanneista) erikoisalalla. Seurantamenetelminä mainittiin laaturekisterit, oma tutkimustyö sekä tutkimuskirjallisuuden ja hoitosuositusten seuranta. Uusinta tutkimustietoa käsitellään aamumeetingeissä ja tutkimusklubeissa, ja menetelmistä keskustellaan moniammatillisesti kehittämissuuntaa miettien. Lisäksi mainittiin potilasryhmien hoidon indikaatioiden ja hoitopolkujen vuosittainen arviointi sekä uusien menetelmien HTA-arvioinnit.

Vastausten perusteella suurimmalla osalla erikoisaloja oli joko luovuttu kokonaan vähähyötyisistä menetelmistä (14 vastaajaa, 45 % vastanneista) tai vähennetty niiden käyttöä (15 vastaajaa, 48 % vastanneista). Kaksi vastaajaa (6 % vastanneista) totesi, ettei menetelmistä ole luovuttu eikä käyttöä ole vähennetty.

Vastauksissa painottuivat erityisesti hoidon kohdentamisen tarkentaminen, tarpeettomien tutkimusten ja kontrollikäyntien vähentäminen sekä lääke- ja toimenpidehoitojen indikaatioiden tiukentaminen. Esimerkkeinä nousivat esiin epäspesifien tuki- ja liikuntaelinoireiden rutiinikuvantamisen vähentäminen, lähetteiden palauttaminen tilanteissa, joissa tutkimuksesta ei arvioida olevan vaikuttavaa hyötyä, sekä kontrollikäyntien korvaaminen etäkontakteilla, hoitopuheluilla tai muiden ammattiryhmien arvioilla.

Myös hoitojen ja toimenpiteiden potilaskohtaista hyötyä on arvioitu. Lääkehoitojen, ravitsemus- ja nestehoitojen, kivunhoidon, antibioottihoitojen sekä immunoterapioiden käyttöä on joissakin tilanteissa lyhennetty, vähennetty tai lopetettu. Leikkaushoidoissa ja kajoavissa toimenpiteissä yksittäisistä toimenpiteistä on luovuttu tai indikaatioita kiristetty erityisesti tilanteissa, joissa hoidon odotettu hyöty on rajallinen tai potilaan kokonaistilanne heikentää hoidon vaikuttavuutta.

Hoitoon pääsy ja hoidon laatu paranivat, kun vähähyötyisistä menetelmistä luovuttiin

Vastaajia pyydettiin kertomaan, mitä seurauksia vähähyötyisistä menetelmistä tai niiden käytön vähentämisellä on ollut potilashoidolle. Selkeästi eniten vaikutus oli näkynyt potilaiden hoitoon pääsyn paranemisena (15 vastaajaa, 48 % vastanneista), parantuneena hoidon laatuna (13 vastaajaa, 42 % vastanneista) sekä lyhentyneenä hoitoaikana (12 vastaajaa, 39 % vastanneista). Avovastauksissa mainittiin myös mahdollisuus kohdentaa hoito siitä enemmän hyötyviin (1 maininta).

Vastaajien johtamilla erikoisaloilla vaikutus näkyi erityisesti kustannusten laskuna (19 vastaajaa, 61 % vastanneista), mahdollisuutena käyttää vapautunutta henkilöstöresurssia muissa toiminnoissa (18 vastaajaa, 58 % vastanneista) sekä mahdollisuutena purkaa hoitojonoja (12 vastaajaa, 39 % vastanneista). Lisäksi avovastauksissa mainittiin selkeytynyt työ (1 maininta).

Tiedon tuottamisen puute on kyselyn mukaan keskeisin syy sille, ettei vähähyötyisistä menetelmistä luovuta

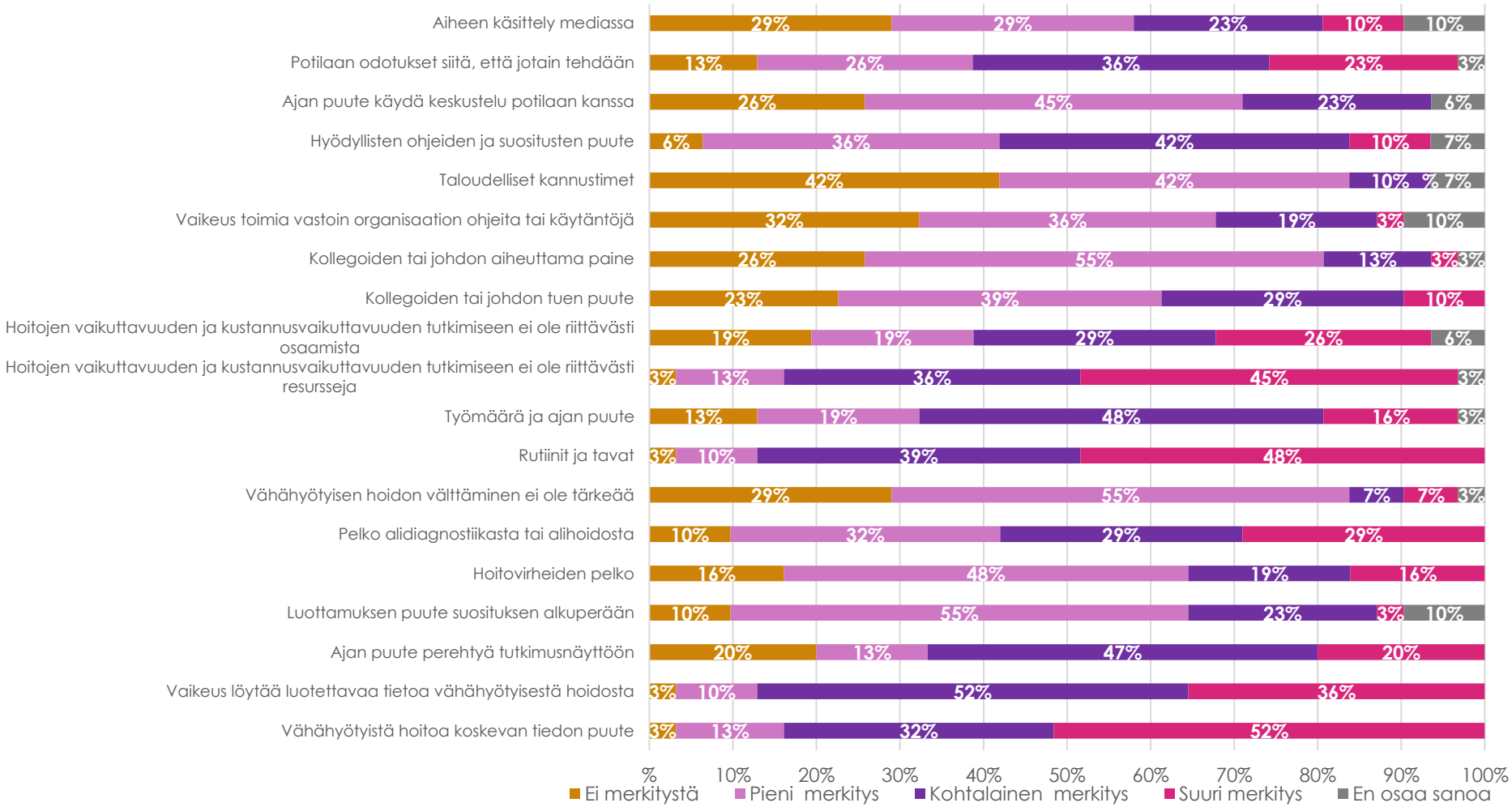
Vastaajia pyydettiin arvioimaan vähähyötyisistä menetelmistä luopumisen tai käytön vähentämisen esteiden merkitystä erikoissairaanhoidossa asteikolla ei merkitystä – suuri merkitys. (Kuvio 1) Kysymyksen vastausvaihtoehtojen laatimisessa hyödynnettiin Raudasojan ym. toteuttamaa kyselyä,[28] ja sen käyttöön pyydettiin lupa. Tähän kysymykseen vastasi 31 linjajohtajaa.

Suurimmiksi esteiksi katsottiin vähähyötyistä hoitoa koskevan tiedon puute, rutiinit ja tavat sekä riittämättömät resurssit hoitojen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimiseen. Avovastauksissa mainittiin lisäksi eettinen paine tarjota hoitoa, jos potilas sattuisi kuulumaan hoidosta hyötyviin sekä se, ettei vaikuttavuuden arviointi ole rutiinia.

Kohtalaisen merkittävinä esteinä nähtiin vaikeus löytää luotettavaa tietoa vähähyötyisestä hoidosta, työmäärä ja ajan puute sekä ajan puute perehtyä tutkimusnäyttöön. Luottamuksen puutteella suosituksen alkuperään, näkemyksellä ettei vähähyötyisen hoidon välttäminen ole tärkeää, sekä kollegoiden tai johdon aiheuttamalla paineella oli pieni merkitys. Taloudellisilla kannustimilla ei katsottu olevan lainkaan merkitystä.

[28] Raudasoja A, Tikkinen KAO, Bellini B, Ben-Sheleg E, Ellen ME, Francesconi P, et al. Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey. BMC Prim Care. 2024 May 9;25(1):159. doi: 10.1186/s12875-024-02382-9.

Kuvio 1. Vähähyötyisistä menetelmistä luopumiseen tai niiden käytön vähentämiseen liittyviä tekijöitä



Päätös vähähyötyisestä menetelmästä luopumisesta edellyttää asiantuntemusta

Vastausten perusteella luopumispäätösten tulee perustua tutkimusnäyttöön ja kliiniseen asiantuntemukseen. Päätökset pitäisikin tehdä siellä, missä asiantuntemusta on, eli erikoisaloilla. Toisaalta korostettiin, että isoista asioista tulisi päättää yhtymätasolla. Tarpeellisena nähtiin myös perustaa tutkimusnäytön arviointiin perehtyneiden ammattilaisten muodostama tiimi, jolla tulisi olla riittävät resurssit ja mandaatti linjata vähähyötyisistä hoidoista luopumisesta**.**

Osassa vastauksia tuotiin esiin, että luopumispäätökset tulisi tehdä kansallisella tasolla. Näin vältettäisiin tilanne, jossa vähähyötyistä hoitoa tarjotaan jossain sairaalassa mutta toisessa ei.

Vähähyötyisten menetelmien tunnistaminen ja niistä luopuminen edellyttää nykyistä systemaattisempaa johtamista

Vastauksissa korostui tutkimusnäytön kuten järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten ja kliinisten tutkimusten merkitys vähähyötyisten hoitojen ja menetelmien tunnistamisessa. Vaikuttavuuden arviointi tulisi vakiinnuttaa osaksi jokaisen erikoisalan rutiinityötä, esimerkiksi luomalla erikoisalan tarpeiden mukaan muokattava prosessi, ja työhön tulisi kohdistaa resursseja. Resursseja kaivattiin lisää myös kehittämiseen jo olemassa olevan tiedon käyttöönottamiseksi. Vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arvioinnin tulisi sisältyä uusien menetelmien käyttöönottoon.

Vastauksissa tuotiin esiin tarve kehittää tietojärjestelmiä tukemaan vaikuttavuuden seurantaa nykyistä sujuvammin esimerkiksi seurantalomakkeiden, grafiikan ja muiden käytännön työkalujen avulla. Nykyisten järjestelmien raskaus, tarve etsiä tietoa useammasta järjestelmästä ja käsin kirjaamisen kuormittavuus nähtiin seurannan toteuttamisen esteenä.

Johdon rooli vähähyötyisistä menetelmistä luopumisen edellytysten luomisessa nähtiin tärkeänä. Kehittämisen nähtiin edellyttävän ylimmän johdon tahtotilaa sekä asian nostamista prioriteetiksi osaksi johtamista. Lisäksi vastauksissa korostettiin yhteistyön ja viestinnän merkitystä. Kehittämistä tukevina tekijöinä pidettiin yhteistä keskustelu- ja tiedonvaihtofoorumia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä aktiivista viestintää eri kanavissa siitä, miksi vähähyötyisistä menetelmistä luovutaan ja mitä hyötyjä muutoksella tavoitellaan. Viestintää tulisi kohdistaa potilaiden lisäksi myös poliitikoille.

Kansallisina toimenpiteinä esitettiin Choosing Wisely -suositusten käyttöönottoa tai niistä tiedottamista Suomessa. Lisäksi tulisi luoda Englannin tapaan valtakunnalliset kriteerit esimerkiksi syövän hoitoon. HUSissa hoidetaan potilaita koko maasta. Vaikka heidän jatkoseurantansa toteutuu muualla, myös heidän hoitotuloksiaan tulisi pystyä seuraamaan.

4 Laaturekistereitä ei hyödynnetä parhaalla mahdollisella tavalla

Laaturekisterit ovat yksi vähähyötyisten menetelmien seurannan ja tunnistamisen väline. Hallintoylilääkärin mukaan HUSissa on 50 laaturekisteriä, joista 4 on kudospankkeja. Kaikkia rekistereitä käytetään joko suoraan hoitopäätösten tekemisen tukena, hoidon suunnittelussa tai tietojohtamisessa. Useaa rekisteriä kuten lonkka- ja polvirekisteriä käytetään tuottamaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle raportoitavaa tietoa.

Laaturekistereitä on irtisanottu säästösyistä vuosina 2024–2026. Lakkautettavat rekisterit ovat valikoituneet niiden käyttöasteen ja niillä saavutettavien hyötyjen perusteella.

Laaturekisterien vaatima kaksoiskirjaaminen, eli potilaan tietojen kirjaaminen asiakas- ja potilastietojärjestelmän lisäksi erikseen rekisteriin asettaa haasteita niiden käytölle. Lääkitystietojen integrointi laaturekistereihin on priorisoitu laajan hyötypotentiaalin vuoksi. Lisäksi rekistereillä on paljon integraatiokehitystarpeita, joita Apotti ei ole kyennyt toteuttamaan pakollisen ja lakisääteisten kehittämistarpeiden vuoksi.[29]

[29] Hallintoylilääkäri, HUS Sairaanhoidon ja palvelutuotannon johto. Sähköposti 17.8.2026.

5 Tarve luopua vähähyötyisistä menetelmistä on tunnistettu myös hoitotyössä

Arvioinnissa haastateltiin HUSin hoitotyön edustajia sen selvittämiseksi, mikä merkitys vähähyötyisyydellä on hoitotyössä. HUSissa on ollut arviointiylihoitajan tehtävä vuodesta 2017 lähtien. Arviointiylihoitajan tehtävänä on näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen, johon liittyy olennaisesti vähähyötyisistä menetelmistä luopuminen. Arviointiylihoitajan mukaan luopumiseen pyritään jatkuvasti.[30] Haastatteluissa tuli esiin tarve lisätä keskustelua vähähyötyisistä menetelmistä hoitotyössä. Aiheen esillä pitäminen hoitotyön johdon, asiantuntijatyöryhmien ja kehittämistoiminnan yhteydessä nähtiin tärkeänä.[31] Myös kansallisella tasolla tulisi käydä enemmän keskustelua. On varsin vähän tutkimustietoa siitä, noudatetaanko hoitotyössä hoitosuosituksia vai toimitaanko vanhojen toimintatapojen mukaan, ja mikä merkitys tällä on hoidon laadulle ja vaikuttavuudelle. Kansallisesti ei myöskään järjestelmällisesti seurata, kuinka laajasti Käypä hoito- tai Hotus-hoitosuosituksia otetaan käyttöön. Vähähyötyisyyttä syntyy myös, kun hoitajat tekevät muuta työtä kuin hoitotyötä.[32]

HUSissa tunnistetaan hoitotyön vähähyötyisiä menetelmiä seuraamalla tutkimuskirjallisuutta esimerkiksi tutkimusklubeissa sekä tekemällä omaa kliinistä tutkimusta. Päivittäisessä työssä tapahtuvan toiminnan lisäksi tehdään myös hankkeita. Meneillään on hanke vauvamyönteisyysohjelman implementoimiseksi HUSin synnytyssairaaloihin, tavoitteena saada WHO:n Vauvamyönteisyyssertifikaatti viimeistään vuonna 2027. Ohjelmaan kuuluu näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton lisäksi luopuminen tietyistä vähähyötyisistä menetelmistä, joita ovat esimerkiksi ei-lääketieteellisestä syystä annettava lisämaito ja tarpeettomat syöttöpunnitukset. Hankkeessa on saatu hyviä tuloksia kouluttamalla, tutkimusklubitoiminnalla ja keskustelemalla, moniammatillisessa yhteistyössä, sekä raporttiseurannalla ja tulosten yhteisellä tarkastelulla suhteessa WHO:n kriteereissä asetettuihin tavoitteisiin.[33]

Meneillään on myös HUS Akuutin hanke ”Pandemiasta saadun kokemuksen hyödyntäminen infektioturvallisuuden parantamiseksi ja ympäristövaikutusten vähentämiseksi”. Hankkeen kolmesta osahankkeesta yksi keskittyy tarpeettomista tehdaspuhtaista suojakäsineistä luopumiseen. Hanke toteutetaan valtion tutkimusrahoituksella (VTR), joka edellyttää tekemään tutkimusta, jolla on potentiaalia muuttaa nykyisiä käytänteitä aikaisempaa vaikuttavammiksi tai tehokkaammiksi. HUSin sisällä hankkeessa löydettyjä hyviä käytäntöjä ja tutkimustuloksia tullaan esittelemään muille vapaasti hyödynnettäväksi muun muassa Varasta parasta -tilaisuuksissa.[34]

[30] Arviointiylihoitaja, HUS Hoitotyön johto ja erityistehtävät. Haastattelu 26.5.2026.
[31] Kehittämispäällikkö, HUS hoitotyön johto ja erityistehtävät. Haastattelu 28.5.2026.
[32] Johtaja, HUS Hoitotyön tutkimuskeskus. Haastattelu 4.6.2026.
[33] Arviointiylihoitaja, HUS Hoitotyön johto ja erityistehtävät. Haastattelu 26.5.2026.
[34] Arviointiylihoitaja, HUS Hoitotyön johto ja erityistehtävät. Haastattelu 26.5.2026.

6 Tapausesimerkki: Vähähyötyiset ortopediset toimenpiteet

Ortopedian erikoisala on ollut edelläkävijä vähähyötyisten menetelmien tutkimisessa. Vähähyötyiseksi todettuja ortopedisiä menetelmiä ovat esimerkiksi olkapään avarrusleikkaus olkalisäkkeen alaisen kivun hoidossa, epävakaan ulkokehräsluun murtuman leikkaushoito sekä rappeutuneen polvikierukan osapoisto.[35]

Laurema ym. selvittivät rekisteritutkimuksessaan kuuden vähähyötyisen menetelmän yleisyyttä väestömäärään suhteutettuna, tehtyjen toimenpiteiden määrän alueellista vaihtelua sekä sen syitä Suomessa vuosina 2026–2021.[36] Tutkimukseen sisältyvät menetelmät olivat:

- olkalisäkkeen avarrus (toimenpidekoodit NBG10 ja NBG15)
- nivelkierukan osapoisto (toimenpidekoodi NGD05)
- ranteen puhdistus (toimenpidekoodi NDF25)
- nilkan tähystys (toimenpidekoodi NHA30)
- kiertäjäkalvosimen korjaus (toimenpidekoodit NBL00 ja NBL05)
- värttinäluun murtuman levytys (toimenpidekoodit NDJ62 ja NCJ62).

Toimenpiteiden määrä väheni 83 prosenttia tarkastellulla aikavälillä. Vuosina 2020–2021 toimenpiteiden ilmaantuvuus julkisella sektorilla oli keskimäärin 11/100 000 henkilövuotta, ja luku vaihteli laajasti sairaanhoitopiireittäin. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä toimenpiteiden ilmaantuvuus laski 87 prosenttia (2006–2007: 39 toimenpidettä/100 000 htv:ta, 2020–2021: 5,1 toimenpidettä/100 000 htv:ta).

Arviointia varten selvitettiin tietopyynnöllä Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksiköstä, miten edellä kuvattujen toimenpiteiden määrä kehittyi HUSissa vuodesta 2022 tammi-kesäkuun 2026 tilanteeseen. Toimenpiteitä tehdään edelleen. Toimenpidemäärät ovat kuitenkin pieniä ja niissä on vuosittaista vaihtelua.[37] Tukielin- ja plastiikkakirurgian toimialajohtajan mukaan esimerkiksi kiertäjäkalvosimen leikkauksia tehdään edelleen pieniä määriä tapaturmaisten vammojen korjaamiseksi. Näiden toimenpiteiden osalta tavoitteena ei siten ole nollataso. Myös nivelkierukan osapoisto voi joissain tapauksissa olla perusteltu. Toimenpiteiden määrän voidaan odottaa edelleen vähenevän, muttei välttämättä poistuvan kokonaan. Olkalisäkkeen avarrukselle ei nykyisen tutkimusnäytön perusteella ole käyttöaihetta edes rajatulle potilasryhmälle, ja sen osalta on odotettavissa, ettei toimenpiteitä tehdä lainkaan.[38] (Taulukko 1)

---

[35] Kanto K, Bäck M, Ibounig T, Björkenheim R, Malmivaara A, Czuba T et al. Arthroscopic subacromial decompression versus placebo surgery for subacromial pain syndrome: 10 year follow-up of the FIMPACT randomised, placebo surgery controlled trial. BMJ 2025; Kortekangas T, Lehtola R, Leskelä H, Taimela S, Ohtonen P, Savola O et al. Cast immobilisation versus surgery for unstable lateral malleolus fractures (SUPER-FIN): randomised non-inferiority clinical trial. BMJ 2026; 392 :e085295; Kalske R, Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A et al.; Arthroscopic Partial Meniscectomy for Degenerative Tear - 10-Year Outcomes. N Engl J Med. 2026 Apr 30;394(17):1757-1759.

[36] Laurema A, Ponkilainen V, Mattila VM, Karjalainen T. Vähähyötyinen tule-kirurgia on yhä yleistä osassa Suomea (laakarilehti.fi). Suom Lääkäril 2025;80:e44901.

[37] Toimialajohtaja, HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö, vastaus tietopyyntöön 7.9.2026 ja 17.9.2026.

[38] Toimialajohtaja, HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö, sähköposti 17.9.2026.

Taulukko 1. Ortopedisten ja käsikirurgisten toimenpiteiden määrät v. 2022-tammi-kesäkuu 2026

Toimenpidekoodi	2022	2023	2024	2025	1–6/2026
Kyynärvarren murtumaleikkaus levyllä NCJ62	>18-v: 774 18–65-v: 525 >65-v: 249	>18-v: 635 18–65-v: 440 >65-v: 195	>18-v: 673 18–65-v: 487 >65-v: 186	>18-v: 595 18–65-v: 431 >65-v: 164	>18-v: 299 18–65-v: 215 >65-v: 84
Nilkan tai jalkaterän nivelen tähystystutkimus NHA30	5	6	4	3	2
Olkalisäkkeen avarrus NBG10	0	2	0	0	0
Olkalisäkkeen avarrus tähystyksessä NBG15	19	4	1	2	0
Olkanivelen kiertäjäkalvosimen ompelu tai uudelleen kiinnitys NBL00	45	33	38	19	15
Olkanivelen kiertäjäkalvosimen ompelu tai uudelleen kiinnitys tähystyksessä NBL05	89	121	96	85	45
Polven nivelkierukan poisto, tähystyksessä osittain NGD05	185	165	109	112	56
Rannenivelen puhdistus, irtopalojen poisto tähystyksessä NDF25	44	30	24	15	14
Ranteen tai käden luun murtumaleikkaus levyllä NDJ62	>18-v: 86 18–65-v: 66 >65-v: 20	>18-v: 68 18–65-v: 55 >65-v: 13	>18-v: 55 18–65-v: 41 >65-v: 14	>18-v: 52 18–65-v: 47 >65-v: 5	>18-v: 16 18–65-v: 14 >65-v: 2

LÄHDE: HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö, vastaus tietopyyntöön 7.9.2026 ja 17.9.2026.

7 Arvioinnin havainnot ja suositukset

Arvioinnissa selvitettiin, miten HUSissa tunnistetaan vähähyötyisiä menetelmiä sekä miten niistä luovutaan tai niiden käyttöä vähennetään.

Sekä Suomessa että kansainvälisesti on todettu, että osa terveydenhuollossa käytetyistä menetelmistä tuottaa vain vähän terveyshyötyä potilaille. Tällaiset menetelmät voivat altistaa potilaita tarpeettomille toimenpiteille ja niihin liittyville riskeille sekä lisätä terveydenhuollon kustannuksia. Siksi niiden käyttöön on tärkeää kiinnittää huomiota sekä kansallisesti että HUSissa, jotta rajalliset resurssit voidaan kohdentaa mahdollisimman vaikuttavasti ja oikeudenmukaisesti.

Vähähyötyisistä menetelmistä luopuminen ei aina ole yksiselitteistä. Vaikka menetelmä olisi väestötasolla arvioitu vähähyötyiseksi, siitä voi olla hyötyä yksittäisille potilaille. Päätösten perusteiden tulee olla läpinäkyviä, jotta potilaat ja kansalaiset ymmärtävät, millä perusteilla erilaisia hoitoja tarjotaan.

Arvioinnin havainnot:

- Vähähyötyisten menetelmien tunnistamiseen, niistä luopumiseen tai käytön vähentämiseen ei ole olemassa HUS-tasolla järjestelmällisesti johdettua mallia.
- Linjajohtajille tehdyn kyselyn mukaan vähähyötyisistä menetelmistä luopuminen on joillakin erikoisaloilla parantanut hoitoon pääsyä ja hoidon laatua, sekä lyhentänyt hoitoaikoja. Lisäksi kustannukset ovat laskeneet ja hoitojonoja on voitu purkaa. Esimerkiksi kontrollikäyntejä on vähennetty joillakin erikoisaloilla.
- HUSin resurssit terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimiseen, tiedon tuottamiseen ja arviointiin ovat riittämättömät. Erityisesti menetelmien arvioinnin ja terveystaloustieteen osaamista tulee vahvistaa.
- Vähähyötyisistä menetelmistä luopumista koskevat päätökset tehdään kliinisessä toiminnassa. Kliinikot tarvitsevat päätösten tueksi nykyistä enemmän moniammatillista asiantuntija-apua, riittäviä resursseja sekä selkeämpää kansallista ohjausta. Tämä tukisi näyttöön perustuvaa päätöksentekoa ja varmistaisi potilaiden yhdenvertaisuuden toteutumisen.

Tarkastuslautakunnan suositus

Vähähyötyisten menetelmien tunnistamista, niistä luopumista ja niiden käytön vähentämistä tulee johtaa HUS-tasolla nykyistä johdonmukaisemmin. Työn tulee olla järjestelmällistä kaikilla erikoisaloilla ja sen tueksi on oltava käytettävissä riittävä moniammatillinen osaaminen.

Lähteet

Tarkastuslautakunnan kuulemiset, haastattelut ja sähköpostit

Arviointiylihoitaja, HUS Hoitotyön johto ja erityistehtävät. Haastattelu 26.5.2026.

Arviointiylilääkäri, HUS Vaikuttavuusyksikkö. Haastattelu 22.1.2026 ja 25.8.2026.

Hallintoylilääkäri, HUS Sairaanhoidon ja palvelutuotannon johto. Sähköposti 17.8.2026.

Toimialajohtaja, HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö, vastaus tietopyyntöön 7.9.2026 ja 17.9.2026.

Toimialajohtaja, HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö. Sähköposti 17.9.2026.

Johtaja, HUS Hoitotyön tutkimuskeskus. Haastattelu 4.6.2026.

Kehittämispäällikkö, HUS hoitotyön johto ja erityistehtävät. Haastattelu 28.5.2026.

HUS-aineisto

HUS. Konsernihallinto. Johtajaylilääkärin ohje 26.9.2024. Uuden terveydenhuollon menetelmän käyttöönotto.

HUS tarkastuslautakunta 28.1.2026 § 3 Tarkastuslautakunnan työohjelman päivittäminen vuodelle 2026.

Lainsäädäntö

Hallituksen esitys HE 90/2026 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteita koskevaksi lainsäädännöksi (eduskunta.fi) Viitattu 27.5.2026.

Suomen perustuslaki 731/1999 (finlex.fi).Viitattu 25.9.2026.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (finlex.fi). Viitattu 26.5.2026.

Muu aineisto

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

Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: A shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. J Gen Fam Med. 2018 Dec 21;20(1):9-12. doi: 10.1002/jgf2.225.

Choosing wisely (choosingwisely.org). Viitattu 23.4.2026.

FinCCHTA. Kansallinen arviointiverkosto (fincchta.fi). Viitattu 7.8.2026.

Hietanen P. Avustajamme tohtori Google. Suom Lääkäril 2015;70(43):2833.

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.

Kalske R, Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A et al.; Arthroscopic Partial Meniscectomy for Degenerative Tear - 10-Year Outcomes. N Engl J Med. 2026 Apr 30;394(17):1757-1759.

Kanto K, Bäck M, Ibounig T, Björkenheim R, Malmivaara A, Czuba T et al. Arthroscopic subacromial decompression versus place-bo surgery for subacromial pain syndrome: 10 year follow-up of the FIMPACT randomised, placebo surgery controlled trial (bmj.com). BMJ 2025; 391:e086201

Kankaanpää E, Komulainen J, Falkenbach P, Westersund V. Eroon vähähyötyisistä hoidoista ja talous mukaan hoitopäätöksiin (aka.fi). PROSHADE Politiikkasuositus 11/2023. Ratkaisuja resurssiviisaaseen terveydenhuoltoon #1.4.

Karppinen K, Knus-Galán M, Kakko T. MOT tutki syövän hoitoa ja löysi häkellyttävän tuloksen: potilaita kuolee Suomessa aiemmin kuin muissa Pohjoismaissa (yle.fi). Viitattu 14.9.2026.

Kloka kliniska val (sls.se). Viitattu 23.4.2026.

Komulainen J, Raudasoja A, Turpeinen M. Kuinka tunnistaa vähähyötyiset hoidot - ja miten niistä luovutaan? Suom Lääkäril. 2024;79(44):1761–1764.

Kortekangas T, Lehtola R, Leskelä H, Taimela S, Ohtonen P, Savola O et al. Cast immobilisation versus surgery for unstable lateral malleolus fractures (SUPER-FIN): randomised non-inferiority clinical trial (nlm.nih.gov). BMJ 2026; 392 :e085295.

Kosonen S. Miten terveydenhuolto saadaan toimimaan paremmin (laakarilehti.fi)? Suom Lääkäril 2026;81:e48021.

Käypä hoito. Vältä viisaasti (kaypahoito.fi). Viitattu 23.4.2026.

Laurema A, Ponkilainen V, Mattila VM, Karjalainen T. Vähähyötyinen tule-kirurgia on yhä yleistä osassa Suomea (laakarilehti.fi). Suom Lääkäril 2025;80:e44901.

Lääkäriliitto. Lääkärin etiikka. Medikalisaatio (lääkäriliitto.fi). Viitattu 26.4.2026.

Mutanen A. Turhaa ja kallista. Helsingin Sanomat 4.11.2025.

Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M. (toim). Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Duodecim; 2007.

Mäklin S, Sinervo L. Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet: ammattilaiskyselyn tulokset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2025:20.

Palveluvalikoima. Mikä on terveydenhuollon palveluvalikoima? (palveluvalikoima.fi). Viitattu 23.4.2026.

Palveluvalikoima. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) (palveluvalikoima.fi). Viitattu 23.4.2026.

PROSHADE. Suomalainen terveydenhuolto kaipaa resurssiremonttia. 16.5.2023 (proshade.fi). Raudasoja A. De-implementation of low-value care (helsinki.fi). Doctoral Programme in Clinical Research, Faculty of Medicine, University of Helsinki, 2025.

Raudasoja A, Parpia S, Mustonen JMJ et al. Effectiveness of different de-implementation strategies in primary care: systematic review and meta-analysis. BMJ Med. 2025 Sep 9;4(1):e001343.

Raudasoja A, Tikkinen KAO, Bellini B et al. Perspectives on low-value care and barriers to de-implementation among primary care physicians: a multinational survey (biomedcentral.com). BMC Prim. Care 2024 25(1):159.

Reito A, Raudasoja A, Torkki P. Miten saada rajalliset resurssit riittämään kirurgisten potilaiden hoidossa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2025;141:2020-6.

Reito A, Tikkinen KAO. Potilaslähtöisyys avuksi myös tarpeettomien hoitojen vähentämiseen. Suom Lääkäril 2020;75(50):2737.

Ryynänen OP, Pakarinen S. Vähähyötyinen hoito nakertaa hyvinvointiyhteiskunnan perustuksia. Vieraskynä, Helsingin Sanomat 25.2.2026.

Räsänen P, Hytönen M, Pakarinen S, Blom M. Menetelmäarvioinnista tukea päätöksentekoon. Suom Lääkäril 2021;76(45):2660–2662.

Scott IA, Duckett SJ. In search of professional consensus in defining and reducing low-value care. Med J Aust. 2015 Aug 17;203(4):179-81.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Services with low health benefits (skde.fnsp.nhn.no). Last updated 2/4/2026. Viitattu 17.8.2026.

Sipilä M. Mäkelä M, Komulainen J. Vältä viisaasti -suosituksista on tullut osa Käypä hoito -toimintaa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2020;136(6):599–600.

Tiessalo P. Norja laittoi kolme yleistä lääketieteellistä toimenpidettä karsintalistalle – asiantuntijan mukaan Suomi voisi tehdä samoin (yle.fi). Viitattu 17.8.2026.

Tjomsland O, Drewes C, Langeland H, Noremark KAL, Thoresen C, Bøe B, et. al. Reducing unwarranted variation in low-value health care in Norway: description of the NOR programme (springer.com). Res Health Serv Reg. 2026 May 28;5(1):7.

Torkki P, Patja K, Leskelä R-L. Avoimen priorisoinnin edistäminen edellyttää avointa keskustelua ja hyväksyttävyyden rakentamista. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2024;140(5):357-8.

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

Vaikuttavuusseura. Hukkajahti (vaikuttavuusseura.wordpress.com). Viitattu 23.4.2026.

Liite 1. Tarkastuslautakunnan kysely linjajohtajille vähähyötyisistä hoidoista ja menetelmistä

Hyvä linjajohtaja,

tarkastuslautakunta arvioi tänä vuonna vähähyötyisten hoitojen ja menetelmien tunnistamista ja niiden käytöstä luopumista. Arvioinnin tulokset raportoidaan arviointimuistiossa syksyllä 2026 sekä keväällä 2027 julkaistavassa tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa 2026.

Osana arviointia toteutamme linjajohtajille kyselyn, jolla selvitetään kokemuksia vähähyötyisistä hoidoista ja menetelmistä, niiden tunnistamisesta sekä niistä luopumista.

Vastaaminen vie noin 10 minuuttia, ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tulokset raportoidaan siten, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Toivomme vastauksia viimeistään tiistaina 9.6.2026.

Vastauksesi on tärkeä arvioinnin onnistumiselle – kiitos osallistumisestasi!

Kaipaatko lisätietoja? Ota yhteyttä:

Tuloksellisuustarkastaja Jaana Isojärvi, HUS Ulkoisen tarkastuksen yksikkö,
jaana.isojarvi (at) hus.fi tai +358 40 6734 291

Arviointipäällikkö Jenni Hämäläinen, HUS Ulkoisen tarkastuksen yksikkö,
jenni.e.hamalainen (at) hus.fi tai +358 40 547 7570

Lisää tietoa HUSin tarkastuslautakunnasta löydät osoitteesta www.arviointikertomushus.fi

Taustatiedot

Millä tulosalueella työskentelet?

- Aivokeskus
- Naisten, lasten ja nuorten palvelut
- Medisiiniset palvelut
- Operatiiviset palvelut
- Akuutti, leikkaus- ja tehohoitokeskus
- Diagnostiikkakeskus

Millä linjalla työskentelet? (avovastaus)

Tässä kyselyssä vähähyötyisyydellä tarkoitetaan hoitoja tai menetelmiä, jotka eivät todennäköisesti hyödytä potilasta, kun otetaan huomioon hoidon mahdollinen haitta, kustannukset ja käytettävissä olevat vaihtoehdot. Vähähyötyisistä hoidoista luopuminen voi tarkoittaa myös sitä, että luovutaan hoidoista, josta osalle potilaita voi olla hyötyä.

1. Seurataanko ja arvioidaanko linjallasi järjestelmällisesti käytössä olevia hoitoja ja menetelmiä vähähyötyisten hoitojen ja menetelmien tunnistamiseksi?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

2. Onko linjallasi luovuttu vähähyötyiseksi tunnistetuista hoidoista tai menetelmistä tai vähennetty niiden käyttöä?

- Kyllä, olemme luopuneet seuraavista
- Kyllä, olemme vähentäneet seuraavien käyttöä
- Ei
- En osaa sanoa

Jos vastasit edelliseen kyllä, kertoisitko, miten seurantaa tehdään? (avovastaus)

3. Mitä seurauksia vähähyötyisistä hoidoista tai menetelmistä luopumisella tai niiden käytön vähentämisellä on ollut **potilashoidolle**? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Hoitoon pääsyn paraneminen
- Hoidon laadun paraneminen
- Hoitoajan lyheneminen
- Hoitotulosten paraneminen
- Potilastyytyväisyyden paraneminen
- Jotain muuta, mitä (avokysymys)

4. Mitä seurauksia vähähyötyisistä hoidoista tai menetelmistä luopumisella tai niiden käytön vähentämisellä on ollut **johtamallesi linjalle**? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- Hoidon kysynnän väheneminen
- Mahdollisuus hoitojonojen purkamiseen
- Hoidon kysynnän kasvu jossain muussa palvelussa
- Henkilöstöresurssien väheneminen
- Vapautuneen henkilöstöresurssin käyttö muussa toiminnossa
- Kustannusten lasku
- Jotain muuta, mitä (avokysymys)

5. Mikä mielestäsi estää vähähyötyisistä hoidoista luopumista erikoissairaanhoidossa? Vastausvaihtoehdot Ei merkitystä – Suuri merkitys

- Vähähyötyistä hoitoa koskevan tiedon puute
- Vaikeus löytää luotettavaa tietoa vähähyötyisestä hoidosta
- Ajan puute perehtyä tutkimusnäyttöön
- Luottamuksen puute suosituksen alkuperään
- Hoitovirheiden pelko
- Pelko alidiagnostiikasta tai alihoidosta
- Vähähyötyisen hoidon välttäminen ei ole tärkeää
- Rutiinit ja tavat
- Työmäärä ja ajan puute
- Hoitojen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimiseen ei ole riittävästi resursseja
- Hoitojen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkimiseen ei ole riittävästi osaamista
- Kollegoiden tai johdon tuen puute
- Kollegoiden tai johdon aiheuttama paine

- Vaikeus toimia vastoin organisaation ohjeita tai käytäntöjä
- Taloudelliset kannustimet
- Hyödyllisten ohjeiden ja suositusten puute
- Ajan puute käydä keskustelu potilaan kanssa
- Potilaan odotukset siitä, että jotain tehdään
- Aiheen käsittely mediassa
- Jokin muu, mikä (avovastaus)

6. Minkä tahon tai kenen HUSissa tulisi tehdä päätös vähähyötyisestä hoidosta luopumisesta?(avokysymys)

7. Nimeä miltä tahansa erikoisalalta enintään 3 vähähyötyistä hoitoa tai menetelmää, joista pitäisi luopua. (avokysymys)

8. Miten kehittäisit vähähyötyisten hoitojen ja menetelmien tunnistamista ja niistä luopumista HUS-yhtymässä? (avokysymys)

9. Mitä muuta haluaisit tuoda tarkastuslautakunnan tietoon vähähyötyisiin hoitoihin ja menetelmiin liittyen? (avokysymys)