



Sanna Myrskysalo

# Sote-uudistuksen aiheuttamat muutokset erikoissairaanhoidossa -yhden tulosalueen näkökulma

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja liiketoiminnan johtamisen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

25.3.2024

## Tiivistelmä

Tekijä(t):	Sanna Myrskysalo
Otsikko:	Sote-uudistuksen aiheuttamat muutokset erikoissairaanhoidossa-yhden tulosalueen näkökulma
Sivumäärä:	79 sivua + 2 liitettä
Aika:	25.3.2024
Tutkinto:	Sairaanhoidaja YAMK
Tutkinto-ohjelma:	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja liiketoiminnan johtamisen tutkinto-ohjelma
Ohjaaja:	Lehtori, TtT Antti Niemi

---

Sote-uudistus, HUS-yhtymä, hyvinvointialue

---

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen (sote-uudistus) aiheuttamia muutoksia HUS-yhtymän organisaatioon, strategiaan ja rahoitukseen. Tavoitteena oli selvittää millä tavoin muutokset näyttäytyvät yhden tulosalueen toiminnanohjauksessa, toiminnassa ja päätöksenteossa.

Aineisto kerättiin dokumenttianalyysin sekä teemahaastatteluiden avulla. Haastateltavat olivat Operatiivisen tulosalueen toiminnanohjauksesta ja päätöksenteosta vastaavia henkilöitä, jotka edustivat lääkäreitä, hoitohenkilökuntaa sekä talousasiantuntijoita. Teemahaastattelussa kysyttiin kokemuksia organisaatio-, strategia- ja rahoitusmuutokseen liittyen. Haastattelumateriaali analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Tulosten perusteella organisaatiomuutos on lisännyt yhteistyötä tulosalueen tulosityksiköiden kesken, joka on mahdollistanut yhdenmukaiset toiminnot ja asioiden kehittämisen yhdessä. Hyvinvointialueyhteistyö sekä yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa oli vasta aluillaan. Erityisesti toimintaan vaikuttava tekijä on henkilöstön saatavuusongelma, joka vaikeuttaa potilaiden hoidon saatavuutta. Uusi rahoitusmalli on tiukentanut talustilannetta, johon vaikuttaa lisäksi kustannusten nousu sote-uudistuksesta riippumattomista syistä.

Tutkimuksen perusteella organisaatiouudistus ja päivitetty strategiset painopisteet antavat hyvän perustan uudistuksen tavoitteiden toteutumiselle. Muutos vie kuitenkin aikaa eikä rahoitusmalli näyttäydy muutosta edesauttavana elementtinä.

## Abstract

Author: Sanna Myrskysalo  
Title: The changes caused by the social and healthcare reform in special care - perspective of one result area

Number of Pages: 79 pages + 2 appendices  
Date: 25 March 2024

Degree: Master of healthcare  
Degree Programme: Master's Degree Programme in Service and Business Management in Health Care and Social Services  
Instructor: PhD Antti Niemi

---

HUS Group, Service structure reform of social welfare and health care, Welfare Area

---

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

The purpose of this thesis is to describe the changes in the organization, strategy and financing of the HUS Group caused by the social and healthcare reform (sote reform). The goal was to investigate what kind of effect the changes have in the management, operations and decision-making of one result area.

The material was collected through document analysis and thematic interviews. The interviews were persons responsible for operational guidance and decision-making in the Operational Results Area represented both doctors and nursing staff. The theme interview asked about experiences related to organizational, strategic and financial change. The interview material was analyzed using material-oriented content analysis.

Based on the results, the organizational change has increased cooperation between the result units of the result area, which has enabled aligned operations and the development of issues together.

Cooperation between welfare regions and with primary health care was just getting started. A factor affecting the operation in particular is the problem of staff availability, which lowers the availability of treatment for patients. The new financing model has tightened the budget, which is also affected by the increase in the costs of services for reasons independent of the social security reform.

Based on the research, the organizational reform and the updated strategic priorities provide a good basis for the realization of the goals of the reform. However, change takes time, and the funding model does not appear to be an element that helps change.



## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sairaala- ja terveystaloiden kehitys Suomessa	2
	2.1 Kuntien rooli terveydenhuollon kehityksessä	2
	2.2 Sairaalalaitoksen kehittyminen	3
	2.3 Kuntien vastuun lisääntyminen	5
3	Terveydenhuolto 2000-luvulla	6
	3.1 Julkinen terveydenhuolto	6
	3.2 Yksityinen terveydenhuolto	7
	3.3 Työterveyshuolto	8
	3.4 Kohti sote-uudistusta	9
4	Sote-uudistuksen tavoitteet	10
	4.1 Yhdenvertaisten palvelujen turvaaminen	10
	4.2 Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen	12
	4.3 Palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen	12
	4.4 Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen	14
	4.5 Vastaaminen yhteiskunnallisten muutosten haasteisiin	15
	4.6 Kustannusten kasvun hillitseminen	16
5	Sosiaali- ja terveydenhuolto sote-uudistuksen jälkeen	18
	5.1 Hyvinvointialueet palvelujen järjestäjänä	18
	5.2 Hyvinvointialueiden rahoitus	20
6	HUS-kuntayhtymästä HUS-yhtymäksi	23
	6.1 Organisaatio, strategia ja rahoitus	23
	6.2 Laki ja asema	26
7	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	27
8	Opinnäytetyön toteutus	27
	8.1 HUS-yhtymä Operatiiviset palvelut tulosalue	27
	8.2 Tutkimusmenetelmä	29
	8.3 Aineiston keruu	29
	8.4 Aineiston analyysi	31
9	Tutkimustulokset	35
	9.1 Kokemuksia organisaatio-, strategia- ja rahoitusmuutoksen	

aiheuttamista muutoksista	35
9.2 Operatiivisen tulosalueen vuosien 2022–2023 suoritteiden vertailua	49
10 Pohdinta	54
10.1 Tulosten pohdinta	54
10.2 Eettisyys ja luotettavuus	58
10.3 Johtopäätökset ja tutkimushaasteet	59
Lähteet	61
Liitteet	

# 1 Johdanto

Suomessa vastuu terveyspalvelujen järjestämisestä on ollut kuntien harteilla vuodesta 1869 lähtien (Mattila 2009: 49). Sosiaali- ja terveydenhuollon pitkä uudistushistoria on ollut yhteydessä yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin, joista ikääntyminen on kuvattu jo muutaman vuosikymmenen ajan suureksi yhteiskunnan rakenteelliseksi ongelmaksi (Hautamäki 2001: 7). Terveydenhuollon palveluista vastanneille kunnille väestörakenteen muutos, väestön ikääntyminen sekä keskittyminen kasvukeskuksiin aiheutti epätasaista palvelutarvetta (Parjanne 2004:42).

Eriytyvän kantokyvyn vuoksi kuntien hartiat eivät enää kestäneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja rahoittamista, eikä yhdenvertaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen kaikille suomalaisille ollut enää mahdollista (Eduskunta 2020: 19).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen (sote-uudistus) tavoitteena on turvata koko maan kattavat yhdenvertaiset ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hillitä kustannusten kasvua. Taloudellisia vaikutuksia tavoitellaan organisaatiouudistuksen sekä rahoitus- ja palvelujärjestelmän muutoksien yhteisvaikutuksena. Uudistuksessa vastuu palvelujen rahoittamisesta siirtyi kunnilta valtiolle ja palvelujen järjestämisvastuu siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. (Eduskunta 2020: 233, 189.)

Uudellamaalla palvelujen järjestämisestä vastaa muusta maasta poiketen neljä hyvinvointialuetta sekä Helsingin kaupunki. HUS-yhtymä vastaa erikoissairaanhoidon järjestämisestä Uudellamaalla ja yhteistyöalueella kuten aiemminkin. Toimintaympäristössä tapahtuneiden muutosten vuoksi HUS-yhtymän organisaatorakenne uudistettiin ja strategiset päämäärät päivitettiin. Muuttuneen rahoitusmallin myötä HUS saa rahoituksensa pääosin Helsingin kaupungilta sekä Uudenmaan hyvinvointialueilta. (HUS 2022a: 6, 44, 69.)

Tämän työn tarkoituksena on kuvata sote-uudistuksen aiheuttamia muutoksia HUS-yhtymän strategiaan, organisaatioon, rahoitukseen sekä toiminnanohjaukseen, suoritteisiin ja tuottavuuteen. Lisäksi työssä tarkastellaan ovatko sote-uudistuksessa asetetut tavoitteet pystytty jalkauttamaan osaksi HUS-yhtymän toimintaa uudistuksen tavoitteita vastaten. Työ rajataan HUS-yhtymän Operatiiviseen tulosalueeseen (Operatiiviset palvelut).

Tutkimuksen taustana on Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehittyminen, kuntien ja valtion vastuun jakautuminen palvelujen järjestämisessä ennen sote-uudistusta ja uudistuksen ensimmäisenä vuotena, sote-uudistuksen tavoitteet sekä muutokset, jotka tapahtuivat HUS-kuntayhtymän muuttuessa HUS-yhtymäksi.

## **2 Sairaala- ja terveystalouden kehitys Suomessa**

### **2.1 Kuntien rooli terveydenhuollon kehityksessä**

Kuntien rooli terveydenhuollon palveluiden järjestäjänä sai sinetin vuonna 1869, kun vastuu terveydenhuollon toteutuksesta sekä sairaanhoito-, toimenpide- ja lääkekuluista siirtyi valtiolta kunnille. Kuntalaisten mahdollisuudet terveystalouteen olivat jo tuolloin riippuvaisia kunnan päätöksentekijöistä ja heidän asenteistaan. Valtion vapautuminen terveydenhuollon järjestämisvastuusta ja kuntien itsehallinnollinen merkitys terveystalouden toteuttamisessa on peruja tuolta ajalta. (Mattila 2011:48–51.)

Huonon taloustilanteen vuoksi kunnat eivät kuitenkaan pystyneet huolehtimaan riittävän hyvin säädetystä velvollisuudestaan ja terveydenhoidon taso etenkin maaseudulla oli heikko. Tilanne edesauttoi kunnanlääkärijärjestelmän vakinaistamista, jonka seurauksena kunnansairaaloita alkoi syntyä eri puolilla Suomea, ensimmäinen niistä Ruovedelle vuonna 1881. (Pesonen 1980: 406.)

Sairaaloiden määrä lisääntyi nopeasti 1800-luvun lopulla, mutta siitä huolimatta sairaalassa hoidattaminen oli harvinaista. Kunnansairaalat olivat pieniä, esimerkiksi 20 vuodepaikkaa, eikä niitä ollut jokaisessa kunnassa. Kunnat olivat edelleen riippuvaisia valtion omistamista isompien kaupunkien suuremmista sairaaloista. (Saarivirta & Consoli & Dhondt 2010: 31.)

Valtion sairaalat sijaitsivat usein kaukana ja olivat osin maksullisia, joka vaikutti köyhän väestön hoidon saatavuuteen (Harjula 2015: 88). Tilanne parani 1920-luvulla, kun liikenneverkoston kehittymisen seurauksena kunnat alkoivat perustaa suurempia sairaaloita parempien liikenneyhteyksien päähän. Sairaalapalvelut olivat kuitenkin edelleen epätasapainossa maaseudun ja kaupunkien välillä. (Mattila 2011: 59, 91–92.)

Vuonna 1934 valtio ja kunnat tekivät sopimuksen yhteistoiminnasta sairaalalaitoksen kehittämiseksi. Kunnallisten sairaaloiden perustamisen lisäksi valtion omistamia sairaaloita haluttiin laajentaa ja muuttaa erikoissairaanhoidosta huolehtiviksi keskussairaaloiksi. Pää tavoitteena oli suuremmat yksiköt, joka mahdollistaisi monipuolisemmat ja toimivammat sairaalapalvelut sekä kansalaisten tasa-arvon sairaalapalvelujen saataavuudessa. (Saarivirta ym. 2010: 32; Pesonen 1980: 596.)

1940-luvulla koko maata käsittävää yhtenäistä sairaalalojen kehittämissuunnitelmaa ei vielä ollut ja kehittäminen perustui siihen mitä valtio ja eri kunnat katsoivat tarpeelliseksi perustaa ja ylläpitää. Tämä johti Keskussairaalain syntymiseen vuonna 1943, joka oli alku koko maan kattavan sairaalaverkoston rakentamiselle. Suunnitelmat terveydenhuollon uudistamiseksi alkoivat vihdoinkin näkyä kehityksessä ja II maailmansodan (1939–1945) jälkeen päästiin aloittamaan pitkään kestänyt keskussairaalaverkoston rakentaminen ja avosairaanhoidon kehittäminen. (Mattila 2011: 59, 106.)

## 2.2 Sairaalalaitoksen kehittyminen

Keskussairaalain myötä Suomeen muodostettiin 20 keskussairaalapiiriä, joissa jokaisessa oli keskussairaala (Saarivirta ym. 2010: 32). Keskussairaaloiden tarkoituksena oli vastata erikoissairaanhoidosta kunnansairaaloiden toimiessa täydentävinä sairaaloina. Sairaalaverkon rakentaminen ja kansaneläkejärjestelmä olivat osa 1950-luvun hyvinvointivaltion rakentamista. Uudet sairaalat rakennettiin ensin alueille, jotka olivat sairaanhoidossa eniten muita alueita jäljessä. Ensimmäinen keskussairaala valmistui Joensuuhun vuonna 1953. (Pesonen 1980: 598,608.)

Valtion rooli keskussairaaloiden hallinnassa ja rakentamisessa oli saanut alkunsa sotaoloissa eikä osoittautunut kestäväksi (Mattila 2011: 98). Valtion ja kuntien rahapula viivästytti keskussairaalaverkoston valmistumista ja loppupäähän sijoitettujen sairaaloiden rakentaminen kesti pitkään. Keskussairaalaverkosto siirtyi vuonna 1957 kuntien hallintaan ja viimeisetkin valtion omistamat sairaalat siirtyivät kuntien hallinnon alaisuuteen vuonna 1965. (Saarivirta ym. 2010: 30, 32.)

Laki yliopistollisista keskussairaaloista astui voimaan vuonna 1957. Yliopistolliset keskussairaalat ja myöhemmin yliopistosairaalat syntyivät niistä keskussairaaloista, joiden alueella toimi yliopisto ja lääketieteellinen tiedekunta. Aluksi vain Helsingissä ja Turussa sijaitsi yliopisto, joten nämä keskussairaalat määrättiin toimimaan yliopistollisina sairaaloina. (Pesonen 1980: 610; Saarivirta ym. 2009: 32–33.)

1960-luvulla terveydenhuollon palveluja lisättiin ja sairaansijojen määrä yleissairaaloissa kolminkertaistui. Uudet lääketieteelliset tiedekunnat perustettiin Kuopioon, Ouluun ja Tampereelle 1960–1972. Lisäksi suunniteltiin palvelujen rahoitus- ja tuotantorakenteen uudistuksia. Avohoidon ongelmat ratkaistiin sairausvakuutuksella (1964), joka korvasi muun muassa lääkärin tekemät tutkimukset ja hoidon. Sairaalahoidoa ei korvattu, jolla pyrittiin sairaalahoidon vähentämiseen. (Heikkilä & Kautto & Teperi 2005: 60–62.)

Vuoden 1972 Kansanterveyslaki oli merkittävä terveydenhuollon uudistus, jonka tavoitteena oli luoda kunnille taloudelliset ja hallinnolliset edellytykset terveyden- ja sairaanhoitoon sekä väestön terveyden ylläpitoon. Painopistettä haluttiin siirtää avosairaanhoidon ja ehkäisevään terveydenhoitoon. Kunnat veloitettiin perustamaan terveyskeskus yksin tai naapurikuntien kanssa ja kunnanlääkärijärjestelmä purettiin. (Heikkilä ym. 2005: 63.)

Erikoissairaanhoidon tarvetta ja hoitomahdollisuuksia oli mietitty jo 1950-luvulla valtion toimesta. Lääketiede oli kehittynyt ja erikoisaloista oli kehittynyt suppeampia erikoisaloja (mm. urologia, sädehoito, plastiikkakirurgia, rintakirurgia). Koska kaikkia erikoisaloja ei ollut järkevää järjestää kaikissa keskussairaaloissa, todettiin että sopiva väestöpohja palvelun järjestämiseksi on noin miljoona asukasta. Vaativat erityistason sairaalapalvelut keskitettiin viiteen yliopistolliseen keskussairaalaan valtakunnallisen vastuualue toiminnan alkaessa vuonna 1976. Näitä viittä aluetta kutsuttiin miljoonapiireiksi. (Pesonen 1973: 83.)

Julkisen sosiaali- ja terveystalouden rakentaminen oli saatu lähes päätökseen 1980-luvulla. Vuosikymmenen lopulla terveydenhuollon kokonaisuudet kasvoivat ja työntekijöistä oli pulaa. Valtion rahoitus oli sidottu kuntien toimintamenoihin sekä henkilöstömäärään ja kunnan tai kuntainliiton saama valtionosuus lisääntyi mitä enemmän se kullutti rahaa keskushallinnon ohjeistamaan toimintaan. Ohjausjärjestelmän kritisoitiin houkuttelevan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän laajentamiseen sekä menojen ja henkilökunnan lisäämiseen palvelujen tuotannon tehostamisen sijaan. Ohjausjärjestelmää haluttiin kehittää palvelutuotannon sekä kuntien itsehallinnon tehostamiseksi. (Pesonen 1980 mukaan Lehto & Blomster 1999: 211–212.)

## 2.3 Kuntien vastuun lisääntyminen

Suomen talouskasvu pysähtyi vuonna 1990. Julkinen talous oli kriisissä, joka aiheutti voimakkaita säästötoimia. Kuntien valtionosuuksia leikattiin, joka pakotti myös kunnat leikkaamaan menojaan ja lomauttamaan henkilökuntaa. Sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistettiin huomattavia säästöjä ja toimintoja tehostettiin. Kunnat ja valtio säästivät ja samalla rakenteita uudistettiin. Terveystalouden valtionosuus- ja ohjausjärjestelmä muuttui keskellä suurtyöttömyyden kasvua ja syvää lamaa vuonna 1993. Valtionosuus-uudistuksen seurauksena kunnallisen itsehallinnon merkitys palvelujen tuottamisessa lisääntyi. (Kuntaliitto 2009: 6–8.)

Valtio antoi esimerkkejä ja suosituksia, mutta kunnan päättäjät pystyivät harkintansa mukaan päättämään terveyspalveluista terveydenhoitolakien rajoissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Valtio pyrki irtautumaan terveydenhuollon toteuttamisesta kuten 1860-luvulla. Tavoitteena kunnilla oli tehokkuus, taloudellisuus ja kustannusten minimointi, joten uudistus ei parantanut kansalaisten oikeuksia. Talous alkoi elpymään vuodesta 1995 alkaen, mutta terveydenhuollon kehityksen pysähtyminen näkyi vielä 2000-luvullakin. (Mattila 2011: 201, 225.)

Erikoissairaanhoidon kehitykseen vaikutti vuoden 1991 Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), joka erotti toisistaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon aiempaa tarkemmin. Lain pääperiaatteena oli edelleen kunnallinen vastuu ja siinä annettiin myös ehdottomia määräyksiä. (Mattila 2011: 155, 156.)

Aiemman erikoissairaanhoidon kuntaliitot yhdistettiin 21 sairaanhoitopiiriin, joiden vastuulle tuli aiemmin useille toimijoille kuuluneet erikoissairaanhoidon tehtävät. Jokaisen kunnan oli kuuluttava sairaanhoitopiiriin, eli kunnat olivat sairaanhoitopiirin kuntainliiton jäseniä. Uudistuksen myötä vahvat alueelliset toimijat tuottivat kunnille erikoissairaanhoidon palvelut. (Heikkilä ym. 2005: 67.) Erikoissairaanhoidolain myötä tapahtuneiden muutosten seurauksena yksittäisen kunnan ja erikoissairaanhoidon tehtävät selkiytyivät.

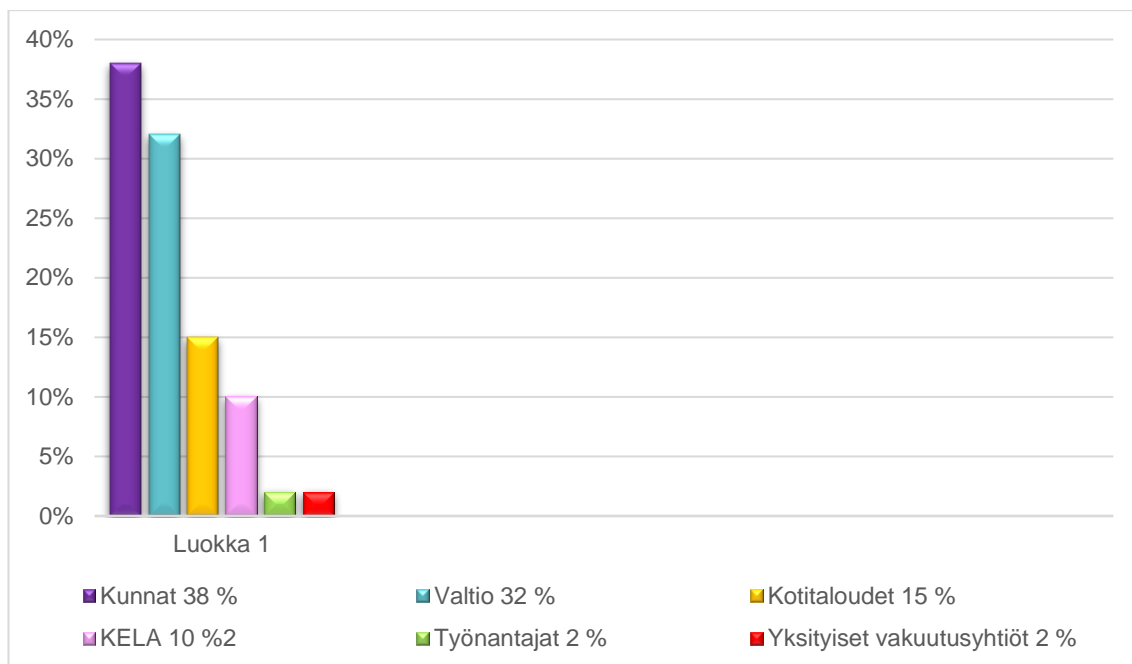
### 3 Terveydenhuolto 2000-luvulla

#### 3.1 Julkinen terveydenhuolto

Vastuu palvelujen järjestämisestä (perusterveydenhuolto, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, erikoissairaanhoido) oli kunnilla, kuntayhtymillä, eritysvastuualueilla sekä sairaanhoitopiireillä (Eduskunta 2020: 40–42). Erikoissairaanhoidon toteuttamiseksi kunnan oli kuuluttava sairaanhoitopiirin kuntayhtymään, jolloin asiakas sai sairaanhoitopiirin tuottamat palvelut kunnan toimiessa tilaajana ja maksajana (Aaltonen & Jaatinen & Talvinko ym. 2007: 9).

Kuten aiemmin jo todettiin, palveluista suurin osa oli lakisääteisiä ja kuntien tuli osoittaa voimavaroja terveydenhuoltoon valtionosuuden perusteen mukaisesti. Laki ei säädellyt toiminnan järjestämistapaa, laajuutta tai sisältöä yksityiskohtaisesti, joten toimintojen ja palvelujen järjestämisessä oli vaihtelevuutta kuntien välillä, riippuen väestön tarpeista ja olosuhteista. Lähtökohtana oli kuitenkin tasavertaisten terveyspalvelujen toteutuminen koko väestölle kielestä, sosiaalisesta asemasta tai asuinpaikasta riippumatta. (STM 2005: 5, 16–17.)

Julkisen terveydenhuollon rahoitus toteutettiin Suomessa monikanavaisesti (kuvio 1). Rahoitus oli peräisin eri lähteistä ja kohdennettiin palveluihin eri rahoittajien kautta, joista tärkeimpiä olivat valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos (KELA), kotitaloudet, yksityiset vakuutusyhtiöt sekä työnantajat. Kunnat saivat rahoituksen palvelujen järjestämisen tukemiseksi valtiolta valtionosuuksina, lisäksi toimintaa ja palveluja rahoitettiin kunnallisverolla. Valtio rahoitti kunnille maksettavat valtionosuudet keräämällä verotuloja eri lähteistä ja osallistui näin palvelujen rahoittamiseen. Valtion ja kuntien rahoitusosuus on pysynyt liki samana 2020-luvulle saakka, jolloin kuntien valtiolta saamat korona-avustukset aiheuttivat muutoksia rahoitusosuuksiin. (Seppälä & Pekurinen 2014: 11, 17, 21; Tilastokeskus 2023:5.)



Kuvio 1. Rahoittajatahojen osuudet sosiaali- ja terveydenhuollon menoista vuonna 2023 (Sep­pälä ym. 2014: 17).

THL kartoitti ja kuvasi vuonna 2014 Sosiaali- ja terveysministeriölle valmistele­massa raportissa terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää vaikeasti hahmotetta­vaksi ja monimutkaiseksi. Raportissa todetaan, että rahoitusjärjestelmää virtavii­vaistamalla olisi sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellista tehokkuutta mahdol­lista parantaa merkittävästi. (Seppälä ym. 2014: 47.)

### 3.2 Yksityinen terveydenhuolto

Yksityisiä terveydenhuollon palveluja on ollut Suomessa koko itsenäisyyden ajan täy­dentämässä julkista terveydenhuollon järjestelmää. Palvelun perustana on asiakkaan oikeus valita itselleen sopiva palveluntuottaja. Vuonna 1963 säädetyn kansanterveys­lain perusteella yksityisistä terveystalouksista alettiin maksaa korvausta. (Harjula 2015: 69, 271; Eduskunta 2020: 497.)

Yksityisten terveystalouksien osuus koko terveystalouksien tuotannosta on noin 22 % (STM 2023a). Palveluja käytetään eniten suurten kaupunkien alueella ja käyttäjissä korostuvat ylempien tuloluokkien edustajat, sillä korkeat omavastuuosuudet rajaavat palvelujen käyttöä. Yksityisvastaanotoilla tuotetaan perusterveydenhuollon lisäksi myös erikoissairaanhoidon vastaanottoja. Esimerkiksi gynekologia ja silmätaudit nojaavat voimakkaasti yksityissektorille. (Heikkilä ym. 2005: 79, 87).

Yksityisellä sektorilla voidaan tuottaa myös aiemmin kuntien järjestämisvastuulla (nykyisin hyvinvointialueiden) olleita tehtäviä ostopalveluna (Kuntalaki 410/2015). Jos asiakas saa palvelun ostopalveluna, hän maksaa palvelusta julkisen palvelun mukaisen asiakasmaksun. Sairausvakuutus maksaa osan yksityisen lääkärin tai hammaslääkärin palkkiosta (STM 2013: 10). Yksityisten palvelujen hyödyntäminen ostopalveluna on lisääntynyt 2000-luvulla, ja kunnat ovat ulkoistaneet kokonaisia terveystieteiden palveluita yksityisille palveluntuottajille (STM 2012: 8).

### 3.3 Työterveyshuolto

Työsuhteessa olevat voivat saada terveydenhuollon palveluja työterveyshuollosta. Aiemmin työterveyshuolto oli lähinnä suuryritysten tarjoama etu, kunnes 1970-luvulla ennaltaehkäiseväistä työterveyshuollosta tuli työnantajille lainsäädännöllinen velvoite. Lakisääteiseen työterveyshuoltoon (Työterveyshuoltolaki 2001/1383) kuuluu ennaltaehkäisevä työterveyshuolto. Lisäksi työnantaja voi halutessaan järjestää muita terveydenhuolto- ja sairaanhoitopalveluita työterveyshuollon yhteydessä. Kaikki työterveyshuollon palvelut ovat maksuttomia työntekijöille, KELA korvaa osan työnantajan maksamista kustannuksista. (Heikkilä ym. 2005: 64–65.)

Työterveyshuollon palvelut ovat siirtyneet 2000-luvulla paljolti yksityisten terveysyritysten tuottamaksi, jotka tuottavat palvelut ostopalveluina. Vuonna 2020 työterveyshuollon piiriin kuuluvista 86 % sai työterveyshuollon palvelut lääkärikeskuksista. (Hujanen & Mikkola & Luoto 2023.)

Oikein ohjattuna julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut voivat täydentää toisiaan muodostaen toimivan kokonaisuuden (Heikkilä ym. 2005: 90). Palvelujärjestelmän useat rahoittamis- ja järjestämistavat ovat kuitenkin vaikuttaneet palvelujen erilaiseen käyttöön eri sosioekonomisten ryhmien välillä (Teperi & Vuorenkoski & Manderbacka ym. 2006: 43).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän on todettu suosivan korkeasti koulutettuja ja suurituloisia, kuten monessa muussakin Euroopan maassa. Terveydenhuoltopalveluiden käyttö jakautuu epätasaisesti OECD-maiden vertailun mukaan Suomessa, Irlannissa ja Portugalissa eivätkä erot koske vain yksittäisiä palveluja vaan myös lääkehoitoa, kirurgista hoitoa, terveystarkastuksia sekä lääkärikäyntejä. (Kallio 2008: 479; Teperi & Keskimäki 2007: 279.)

Terveyskeskuskäynnit painottuvat pienituloisille, kun taas erityisesti työterveys- ja yksityislääkärikäynnit ovat painottuneet suurituloisia suosivasti (Teperi ym. 2006: 43). Työterveyshuollon palvelut ovat asiakkaalle ilmaisia ja palvelujen kattavuus on paras keski suurten ja suurten työnantajien vakituudessa työsuhteessa olevilla, usein keskimääräistä paremmin ansaitsevilla henkilöillä. Sekä yksityisten että työterveyshuollon palvelujen osuus perusterveydenhuollon käynneistä on kasvanut viime vuosina ja kansainvälisissäkin vertailuissa epäsuotuisaksi todettu tilanne on kehittynyt entisestään. (Heikkilä ym. 2005: 87.)

Terveyden eriarvoisuuden näkökulmasta monikanavaisen palvelujen tuottamiseen liittyy ongelmia. Työterveyspalveluissa ennaltaehkäisevät palvelut ovat paremmin korkeammin koulutettujen ja työssäkävien saatavilla. Lisäksi yksityisen- ja työterveyshuollon palveluja käyttävät, paremmin toimeentulevat ihmiset pääsevät helpommin erikoissairaanhoidon palveluihin. (Jokela & Kilpeläinen & Parikka ym. 2021: 43.)

### 3.4 Kohti sote-uudistusta

1970–1980-luvuilla onnistunutta terveydenhuollon kehityskaarta ja palvelujen uudistamista on pidetty malliesimerkkinä ja menestystarinana (Heikkilä ym. 2005: 69). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita on kuitenkin yritetty uudistaa jo vuosien ajan yhteiskunnassa tapahtuneiden muutosten, erityisesti väestörakenteen muutoksen ja väestön ikääntymisen seurauksena. Muita kehitystarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ovat alueelliset erot, teknologian kehitys sekä kansalaisten lisääntyneet odotukset terveydenhoidossa (Heikkilä ym. 2005: 69–70). Ikäsidonnaisten menojen arvioidaan jatkavan edelleen kasvuaan 2020-luvulla ja julkisen talouden kestävyysvajeen suuruuden arvioidaan olevan 3–4 % BKT:sta. Taustalla vaikuttavat tekijät ja haasteet ovat erilaisia eri osissa Suomea, jonka vuoksi myös kuntien terveydenhuollon palvelujen kantokyky on eriytynyt eikä yhdenvertaisten sote-palvelujen turvaaminen kaikille suomalaisille ollut enää mahdollista. (Eduskunta 2021: 19.)

Uudistamistarpeita on todettu olevan erityisesti perusterveydenhuollon palveluihin pääsemisessä sekä paremman koordinaation kehittämisessä sairaaloiden, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Arvion mukaan perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta parantamalla voidaan vähentää käyntejä erikoissairaanhoidossa ja päivystyspoliklinikalla sekä kalliiden hoitomuotojen tarvetta. (OECD 2021: 22; SITRA 2010: 8.)

Erikoissairaanhoidon osalta ongelmaksi on arvioitu alueellisten väestöpohjien pieni koko, sairaalaverkoston pirstaleisuus sekä erikoisalojen vaihteleva saatavuus, jonka seurauksena erikoissairaanhoidon yhdenvertainen ja tasapuolinen järjestäminen koko väestölle on vaikeaa (Haapiainen & Kaila & Salomaa 2019: 50). Toisaalta perinteisesti on ajateltu, että laajamittaisessa hajauttamisessa on myös positiivisia puolia; sen hyötyinä on pidetty terveysjärjestelmän mahdollisuutta mukautua väestön tarpeisiin heidän asuessa hajallaan ympäri Suomea, joskus pitkienkin välimatkojen päässä. Järjestelmän katsotaan kuitenkin aiheuttavan tehottomuutta ja eriarvoisuutta. (OECD 2021: 8.)

Kuntaliiton tutkimuksen mukaan monet kunnat ovat kokeneet riittämättömyyttä erikoissairaanhoidon kustannusten ohjaamisessa. Keskeisenä keinona rahoituksen mitoittamiseksi suhteessa väestön tarpeisiin nähtiin eri toimintamuotojen integraatio (erikoissairaanhoido, perusterveyden- ja sosiaalihuolto) jolloin palvelukokonaisuus on saumaton ja tarjottavat palvelut sekä potilaan hoidon vaatavuus vastaavat toisiaan. (Aaltonen ym. 2007: 22.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta on pyritty uudistamaan useiden hallitusten toimesta. 2000-luvulla uudistuksiin on pyritty erilaisten hankkeiden ja kehitysohjelmien keinoin, kuten Kainuun maakuntakokeilu ja PARAS-hanke. Hankkeiden taustalla on ollut lähinnä samantyyppisiä tavoitteita vuodesta toiseen, kuten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimiva kokonaisuus ja perusterveydenhuollon aseman korostuminen (Kansallinen terveydenhuollon hanke 2008) sekä terveyspalvelujen kehittäminen valtion ja kuntien yhteistyönä hoidon saatavuuden ja laadun turvaamiseksi sosioekonomisesta asemasta riippumatta (Valtioneuvoston periaatepäätös vuonna 2002). Haasteina isoissa uudistusyrityksissä ovat olleet perustuslain vaatimukset, aikataulut, alueiden erilaisuus sekä uudistusten laajuus. (Eduskunta 2020: 19.)

Kesäkuussa 2021 eduskunnan hyväksymän hallintouudistuksen seurauksena vastuu Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä siirtyi hyvinvointialueille, tavoitteena yhtäläiset mahdollisuudet palvelujen tuottamiseen. (Eduskunta 2020: 19; Häkkinen & Holster 2020: 3.)

## **4 Sote-uudistuksen tavoitteet**

### **4.1 Yhdenvertaisten palvelujen turvaaminen**

Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan ihmisten samanarvoisuutta henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumatta (Valtioneuvosto 2023a). Käsite pitää sisällään myös syrjinnän kiellon sekä yhdenvertaisuuden lain edessä. Henkilöön liittyvät ominaisuudet kuten ihonväri, sukupuoli, terveydentila tai mielipiteet eivät saa vaikuttaa mahdollisuuksiin saada erilaisia palveluja. (Heiskanen 2012: 4.)

Laadukkaiden ja riittävien terveyspalvelujen tarjoaminen jokaiselle suomalaiselle riippumatta asuinalueesta, taloudellisista edellytyksistä tai sosioekonomisesta asemasta on ollut yksi terveyspolitiikan peruseräpäätteistä (Kestilä & Karvonen 2018: 207). Ihmiset kuitenkin kokevat eriarvoisuutta terveydenhuollon palvelujen toteutumisessa, johon on vaikuttanut kunnallisten toimien epätasaisuuden lisäksi valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan kykenemättömyys puuttua eriarvoisuutta aiheuttaviin mekanismeihin. Muita todettuja ongelmakohtia ovat eriytynyt perus- ja erikoissairaanhoidon, palveluntarpeen vaihtelevat arviointikäytännöt, erot kuntien välisissä resursseissa ja niiden kohdentamisessa sekä erityisryhmien, kuten kehitysvammaisten alueittain erilaiset ja vaihtelevat palvelut. Päätökset palveluiden järjestämisestä ovat olleet voimavaroiltaan erilaisten, yksittäisten kuntien varassa. Ihmisten välistä eriarvoisuutta aiheuttaa alueellisten olojen ja kuntien resurssien lisäksi kuntien tulkinnot siitä, mitkä ovat riittävät terveydenhuollon palvelut. Alueelliset ongelmat korostuvat erityisesti maaseutumaisissa olosuhteissa, joissa mahdollisuudet palvelujen tuottamiseen ylipäätään ovat erilaiset. (ETENE 2013: 20–25.)

Koska sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjiä on ollut paljon, terveydenhuollon haasteena on ollut eri järjestelmien pirstaleisuus. Lisäksi alueet poikkeavat toisistaan väestörakenteen muutoksen, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden ja osaamisen sekä kuntien taloudellisista vaikeuksista johtuvien palveluiden tuottamisen haasteiden vuoksi. Ihmisen tulee kaikesta huolimatta saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut riippumatta siitä, missä kunnassa hän asuu. Yhdenvertaisuuden ja alueellisen tasa-arvon toteutumiseksi on katsottu tarpeelliseksi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kuntia vahvempien, isompien järjestäjien toimesta. (Jokela ym. 2021: 42, 44.)

Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on mahdollista käyttää kuntarajojen yli, lisäksi myös niiden kuntien asukkaat saavat käyttöönsä palveluja, joita he eivät ole voineet kotikunnastaan saada kunnan resurssien tai vähäisen asiakasmäärän vuoksi (Rantamäki & Kattilakoski & Halonen 2020: 7,8).

Järjestämisvastuun siirtymisen kunnilta hyvinvointialueille toivotaan parantavan ihmisten yhdenvertaisuutta palvelujen toteutumiseksi.

#### 4.2 Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

Hyvinvoinnin- ja terveyden eriarvoisuudella tarkoitetaan vältettävissä olevia terveyden ja hyvinvoinnin eroja. Yhteiskunnallisten tekijöiden lisäksi erojen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat yksilön ominaisuudet kuten perintötekijät ja käyttäytyminen sekä yksilön fyysinen, taloudellinen ja sosiaalinen ympäristö ja niihin liittyvät rakenteet. Muita vaikuttavia tekijöitä ovat ihmisten omat valinnat sekä sairastavuuden erot. Osa hyvinvointi- ja terveyseroista ovat seurausta palvelujärjestelmän toiminnasta, esimerkiksi hoivapalvelujen tai terveyskeskuksen palvelujen puutteesta. (Ahonen & Ahopelto & Heikkinen ym. 2021: 36; Jokela ym. 2021: 21.)

Hyvinvointi- ja terveyserot ovat olleet pitkään yksi isoista ja vaikeista terveys- ja yhteiskuntapoliittisista ongelmista Suomessa (Ahonen ym. 2021: 36). Eriarvoisuuden kaventamiseksi terveyspalvelut tulisi saada nimenomaan tarpeeseen perustuen ja oikein kohdistetusti (Lehtonen & Hiilamo & Erhola ym. 2018).

Enrothin tutkimuksessa nousi esiin heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien huonommat resurssit terveyspalveluihin pääsemisessä. Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyspalveluihin pääsemiseen ovat tutkimuksen mukaan oikeiden palveluiden löytäminen, jonotusaika, kyky kuvailla sairauden oireet, mahdollinen varallisuus ja sen vaikutus valinnanvapauteen palveluja valitessa. (Enroth 2018:172.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat keskeinen toiminta-alue pyrkimyksissä terveyserojen kaventamiseen. Tavoitteena on mahdollisimman hyvä väestön keskimääräinen terveydentaso sekä terveyserojen vähentäminen väestöryhmien välillä. (STM 2001: 10,11; Jokela ym. 2021: 4.)

#### 4.3 Palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen

Keskeistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa on niiden yhdenvertainen toteutuminen. Saatavuudella tarkoitetaan toi-

mintaa palveluntarjoajan, esimerkiksi sairaalan tai terveyskeskuksen sisällä. Saatavuutta voidaan arvioida esimerkiksi lääkärin vastaanotolle tai leikkaukseen pääsyyn kuluva ajasta, eli hoitajonon pituudesta. (Eduskunta 2020: 150–151.)

Palvelujärjestelmän keskeisenä ongelmana on ollut suuret väestöryhmien ja alueelliset erot sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudessa sekä saavutettavuudessa. Alueellisten erojen taustalla on henkilöstön saatavuuteen, väestörakenteeseen, palveluverkoston ja palvelunjärjestäjän taloudelliseen kantokykyyn liittyviä syitä. Pääkaupunkiseudulla on harvaan asuttuja alueita parempi henkilöstötilanne esimerkiksi lääkäreiden osalta, mikä parantaa saatavuutta. Toisaalta pääkaupunkiseudulla on enemmän ulkomaalaistaustaisia asukkaita, joilla on ongelmia sekä yhteydenottoon että tutkimuksiin pääsemiseen liittyen. (Eduskunta 2020: 150–151.)

Palvelujen tuottamiseksi ja yhdenvertaisuuden toteutumiseksi tarvittavia tekijöitä ovat muun muassa riittävä ammattitaitoinen henkilöstö, tietojärjestelmät, tilat sekä laitteet, joille on edellytyksenä riittävät taloudelliset voimavarat. Jos palveluvalikoima on kapea palvelujen saatavuuteen liittyvien ongelmien vuoksi, asiakas joudutaan lähettämään jatkohoitoon toisaalle, jolloin hoidon koordinointi ja palvelujen integraatio voivat aiheuttaa haasteita. (Lehtonen ym. 2018: 79–80.)

Palvelujen saavutettavuus sisältää käsitteenä asiakkaan matkan sekä siihen kuluva ajan palvelua tarjoavaan toimipisteeseen (Lehtonen ym. 2018: 79). Liikenneverkostossa sekä väestörakenteessa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet terveyspalvelujen saavutettavuuteen Suomessa, koska aluerakenne on muuttunut sairaalaverkoston rakentamisen jälkeen ja varsinkin nuorempi sukupolvi asuu keskuksissa ja niiden läheisyydessä. Välimatkat ovat pitkiä ja väestö on jakautunut epätasaisesti maan eri osien välillä. (Huotari & Antikainen & Rusanen 2013: 6.)

Alueisiin ja kuntiin liittyviä ongelmakohtia ovat ETENE:n raportin mukaan riittämättömät palvelut ja pitkät välimatkat sekä näistä aiheutuvat ongelmat palvelujen saatavuuteen liittyen, esimerkiksi päivystyksellisen avun saaminen hätätilanteissa sekä jälkihoidon ja kuntoutuksen saatavuus vaihtelee alueittain. (ETENE 2013: 21.)

Palvelujen saavutettavuuteen vaikuttavat myös asiakasmaksut, joka korostuu erityisesti matalan sosioekonomisten ryhmien kohdalla (Lehtonen ym. 2018: 79). Jos asiakkaalla ei ole varaa käyttää terveydenhuollon palveluja tai ostaa lääkkeitä, palvelut eivät ole hänen kohdallaan saavutettavissa. Lähes 5 % suomalaisista ilmoitti vuonna 2019, että heillä oli tyydyttämätöntä hoidon tarvetta johtuen maantieteellisistä esteistä, taloudellisista syistä tai pitkistä odotusajoista. (OECD 2021: 14.)

Lehtonen ym. kuvaakin saavutettavuus- sekä saatavuusongelmien olevan mahdollisia syitä terveyspalvelujen alikäytölle. Hoito on heikosti saavutettavissa palveluihin hakeutumisen kalleuden tai vaikeuden vuoksi henkilön sosioekonomiseen asemaan liittyen, tai hoitoon hakeutuessa tarvittavia hoitomuotoja ei ole saatavilla. Asiakasta saatetaan lisäksi pompotella luukulta toiselle koska koordinaatio tai palvelujen integraatio on puutteellista. (Lehtonen ym. 2018: 79.)

Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta parantamalla on ollut yksi sote-uudistuksen lähtötavoitteista. Palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden välillä on ristiriitaisuutta: saavutettavuutta parantava tiheä palveluverkosto vähentää käytössä olevaa palveluvalikoimaa, mikä vaikuttaa heikentävästi saatavuuteen. Yhdeksi ratkaisuksi on esitetty jatkohoitoon ohjauksen sujuvien käytäntöjen kehittämistä. Lisäksi Lehtonen ym. toteaa, että on tärkeää huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta, mikä on edellytys väestöryhmien välisen ja alueellisen eriarvoisuuden kaventamisessa. (Lehtonen ym. 2018: 80.)

#### 4.4 Ammattitaitoisen työvoiman saannin turvaaminen

Osaava henkilöstö on edellytys riittävien ja laadukkaiden terveydenhuollon palveluiden toteutumiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on heikentynyt viime vuosina voimakkaasti, mikä vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen. Ammattitaitoisen henkilöstön rekrytoinnissa on haasteita koko Suomessa, varsinkin ikääntyneille suunnatuissa palveluissa (STM 2023a: 7–9). Saatavuuteen liittyy alueellisia sekä valtakunnallisia eroja, mihin vaikuttaa esimerkiksi työpaikan syrjäinen sijainti sekä väestön ikääntymisen myötä lisääntyvä hoidon tarve (Ahonen ym. 2021: 40; STM 2022: 12).

Tilanteen korjaamiseksi tarvitaan monenlaisia keinoja, huomioiden alueelliset erot sekä kestävät ratkaisut niin lyhyillä kuin pitkillä aikaväleillä. Sote-uudistuksen uskotaan mahdollistavan järjestelmällinen kehitystyö, jolla turvataan henkilöstön riittävyys ja saatavuus alueellisella sekä kansallisella tasolla. Uudistuksen hyödyiksi todetaan myös mahdollisuudet henkilöstön hyvinvoinnin vahvistamiseksi sekä osaamisen varmistamiseksi. (STM 2023a: 7–8.)

#### 4.5 Vastaaminen yhteiskunnallisten muutosten haasteisiin

Väestön ikääntyminen on keskeinen yhteiskunnallinen haaste sekä syy Suomen talouden kestävyysvajeen taustalla. Ikärakenteen kehityksen seurauksena terveysmenot kasvavat ja työikäisten määrä vähenee. Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on kuroa umpeen julkisen talouden kestävyysvajetta. (Valtiovarainministeriö 2022: 1.)

Suomi on maailman ikääntyneimpiä maita, johon vaikuttaa väestön suhteellista ikääntymistä kiihdyttävä syntyvyyden lasku, joka on jatkunut tasaisesti jo yli kymmenen vuoden ajan (Tilastokeskus 2020). Lisäksi työikäisten määrä vähenee, koska elinajanodote on kasvanut ja kuolleisuus alentunut (Kestilä & Martelin 2018: 26). Tällä hetkellä Suomen väkiluku kasvaa ainoastaan maahanmuuton ansiosta. Koko maan väestönkasvun on ennakoitu jatkuvan 2030-luvulle, jonka jälkeen sen arvioidaan kääntyvän laskuun maahanmuutosta huolimatta. (Croel & Hetemaa & Knape ym. 2023: 7.)

Väestön ikääntymisen myötä ikäsidonnaisten menojen kasvu tulee jatkumaan pitkään, mikä aiheuttaa ongelmia palvelujen rahoittamisessa ja järjestämisessä. Kuntien eriytyvä kantokyky yhdistettynä väestön ikärakennekehitykseen on johtanut kykenemättömyyteen turvata yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kaikille suomalaisille. Haasteet ovat eri puolilla Suomea erilaisia; maaseudulla muuttotappiokunnissa, jossa väestö ikääntyy ongelmat ovat erilaisia kuin esimerkiksi pääkaupunkiseudulla, jossa haasteita aiheuttaa maahanmuuttajien määrän sekä yleinen väestönkasvu. (Eduskunta 2020:19.) Vaikka Uudellamaalla ikääntyneiden osuus väestöstä on muuta maata pienempi, ikääntyneiden määrä kuitenkin lisääntyy merkittävästi. Vuoteen 2040 mennessä yli 80-vuotiaiden ikäryhmän ennustetaan kaksinkertaistuvan Uudellamaalla. (HUS 2023b: 19).

Uhkakuvina on nähty terveyserojen kasvaminen peruspalvelujen saatavuuden heikentymisen seurauksena, sekä suurkaupunkiympäristön väestön erilaisten terveystarpeiden tunnistamisen vaikeus. (Harju-Kolkka & Solin & Tyyskä 2020: 12.)

Kuntien eriytyvän kantokyvyn ja väestörakenteen taustalla on Suomalaisen yhteiskunnan kehitystä leimannut, jo 1960-luvulla käynnistynyt muuttoliike maaseudulta taajamiin, kuntakeskuksiin ja kaupunkeihin. Keskittymisen seurauksena väestörakenne on tiivistynyt Etelä- ja Lounais-Suomeen ja alueet erilaistuvat. Tämä näkyy palvelujen keskittymisenä keskusta-alueille. Harvaan asutuilta alueilta negatiivinen kehitys voimistuu, kun nuoret muuttavat pois ja työpaikat ja palvelut katoavat. (ETENE 2013:16–17.)

#### 4.6 Kustannusten kasvun hillitseminen

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan väestön ikärakenteen odotettua nopeampi muuttuminen vaikuttaa keskeisesti kuntien merkittävimmän menoerän, sosiaali- ja terveysmenojen kehitykseen (Honkatukia 2018). Uudistuksen yhtenä tavoitteena on palvelutarpeen kasvun ja ikärakenteen muutoksen aiheuttamien kustannusten nousupaineiden hillitseminen (Valli-Lintu 2017: 40).

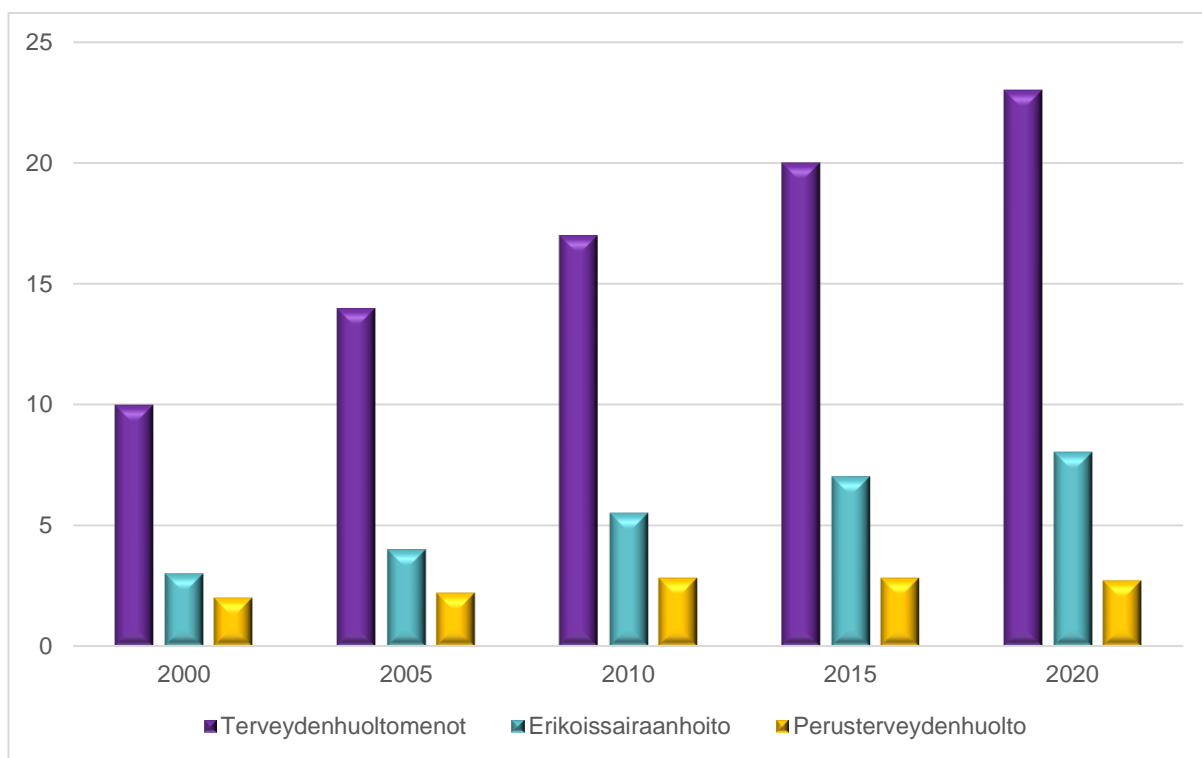
Vuonna 2020 suurin vaikuttavuus kustannusten muodostumiseen ja palvelujen käyttöön oli yli 65-vuotiailla (Pernu & Nemlander 2020: 93). Yli 65-vuotiaita suomalaisia ennustetaan olevan vuoteen 2030 mennessä 26 % väestöstä, kun vuonna 1980 heitä oli vain 12 % (OECD 2019: 6). Väestön ikärakenne vaihtelee alueittain, joten myös kustannusten kehityksen alueelliset erot ovat suuret (Honkatukia 2018). Korkeimmat terveysmenot asukasta kohden vuonna 2018 olivat Lapin, Kainuun sekä Etelä-Savon hyvinvointialueilla ja alhaisimmat Uudenmaan hyvinvointialueella (SotkaNet 2018).

Muita tekijöitä, jotka vaikuttavat suuriin eroihin kuntakohtaisissa kustannuksissa olivat Eduskunnan lausunnon mukaan erot kuntien toimintatavoissa, olosuhteissa, työterveyspalvelujen ja yksityisen hoidon käytössä sekä paikallisessa päätöksenteossa (Eduskunta 2020: 69).

Sote-menojen lisääntymisen ohella ikäihmisten väestöosuuden ja määrän kasvu on vaikuttanut verotulojen kasvua heikentävästi. Kuntien heikon taloudellisen kantokyvyn vuoksi palveluiden järjestäminen ja rahoittaminen ei ollut enää lain

vaatimusten puitteissa mahdollista. Uudistuksen myötä nopeimmin kasvavat menot siirtyvät kunnilta hyvinvointialueille. (Valtiovarainministeriö 2020: 26.)

Erikoissairaanhoidon kustannusten määrä on ollut noususuuntainen koko 2000-luvun ajan (kuvio 2). Muut terveydenhuoltomenot sisältävät lääkkeitä ja lääkinnälliset kulut, ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon sekä kotihoitoa. Kustannusten hillitsemiseksi painopistettä on tarkoitus siirtää perustason palveluihin, yhdistää toimintoja sekä häivyttää rajoja erikois- ja perustason välillä. Erityisen tärkeää on saumattomat ja hyvin toimivat palveluketjut paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden kohdalla. (Ranta & Laasonen & Manu ym. 2019: 1.)



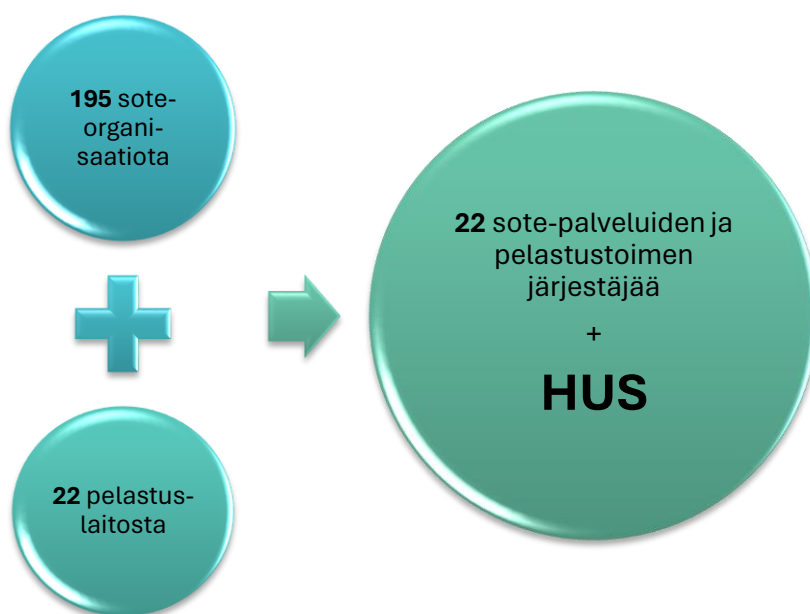
Kuvio 2. Terveydenhuollon menojen kehitys vuosina 2000–2020, miljardia euroa (Tilastokeskus 2023).

Uudistuksen kustannusvaikutukset syntyvät rahoitus- ja palvelujärjestelmän sekä niiden ohjausmekanismien muutoksen sekä organisaatiouudistuksen yhteisvaikutuksena. Eduskunnan selonteossa todetaan, että menojen kasvun hillitseminen ja säästöjen syntyminen on epätodennäköistä vielä 2020-luvulla palvelujärjestelmän rakenne- sekä toiminnallisten muutosten aiheuttamien kustannusten takia. (Eduskunta 2020: 233.)

## 5 Sosiaali- ja terveydenhuolto sote-uudistuksen jälkeen

### 5.1 Hyvinvointialueet palvelujen järjestäjänä

Uuden hyvinvointialuerakenteen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siirtyivät noin 200 eri organisaatiolta 22 hyvinvointialueelle sekä HUS-yhtymälle (kuvio 3).



Kuvio 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäjien määrän muutos uudistuksen seurauksena Valtioneuvoston kaaviokuvaa mukailten (Valtioneuvosto a).

Palvelujen järjestämistä koskien sosiaali- ja terveydenhuollon perustana toimii julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto, jonka ohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kaikki Suomessa asuvat ovat oikeutettuja julkisin varoin ylläpidettävään terveydenhuoltoon (Croel ym. 2023: 3). Uudistuksessa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalihuolto integroituivat sulautuen perustettuihin hyvinvointialueisiin (taulukko 1), joiden vastuulla on sosiaali-, terveydenhuolto- ja pelastustoimen palveluiden järjestäminen (STM 2023e).

Taulukko 1. Yhteistyöalueet ja niihin kuuluvat hyvinvointialueet (STM 2023f).

Hyvinvointialue	Yhteistyöalue
Helsinki	<b>Etelä-Suomi</b>
<b>HUS</b> Helsingin yliopistollinen sairaala	
Itä-Uusimaa	
Keski-Uusimaa	
Länsi-Uusimaa	
Vantaa ja Kerava	
Etelä-Karjala	
Kymenlaakso	
Pohjanmaa	<b>Länsi-Suomi</b>
Satakunta	
<b>Varsinais-Suomi</b> TYKS Turun yliopistollinen keskussairaala	
Etelä-Pohjanmaa	<b>Sisä-Suomi</b>
Kanta-Häme	
<b>Pirkanmaa</b> TAYS Tampereen yliopistollinen keskussairaala	
Etelä-Savo	<b>Itä-Suomi</b>
Keski-Suomi	
Pohjois-Karjala	
<b>Pohjois-Savo</b> KYS Kuopion yliopistollinen keskussairaala	
Kainuu	<b>Pohjois-Suomi</b>
Keski-Pohjanmaa	
Lappi	
<b>Pohjois-Pohjanmaa</b> OYS Oulun yliopistollinen keskussairaala	

Hyvinvointialue on valtiosta ja kunnista erillinen julkisoikeudellinen itsehallintoalue (THL 2022b: 8). Ylintä päätösvaltaa käyttävä aluevaltuusto valitaan neljän vuoden välein aluevaaleissa (Valtiovarainministeriö d). Hyvinvointialueiden aluejako on tehty maakuntajaon perusteella, poikkeuksena Uusimaa, jonka alueelle muodostettiin neljä hyvinvointialuetta (STM 2023d). Hyvinvointialueet poikkeavat toisistaan myös niihin kuuluvien kuntien lukumäärän sekä asukasmäärän perusteella. Suomi on jaettu viiteen yhteistyöalueeseen, joiden tarkoitus on alueiden välisen yhteistyön kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Jokaisella yhteistyöalueella sijaitsee yksi Suomen viidestä yliopistollisesta sairaalasta. (STM 2023e.)

Hyvinvointialueiden keskussairaalat sekä yliopistolliset keskussairaalat vastaavat sekä vaativasta että perustasoisesta erikoissairaanhoidosta oman väestönsä osalta. Yliopistolliset keskussairaalat vastaavat vaativimman erityistason erikoissairaanhoidosta koko väestön osalta. (Valtiovarainministeriö a.)

Uudellamaalla palvelut järjestetään muusta maasta poikkeavasti (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 2021/615) järjestämisvastuun jakautuessa taulukossa 1 esitetyille kuudelle organisaatiolle. Toisin kuin muualla Suomessa, Uudellamaalla HUS vastaa erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta hyvinvointialueista erillisenä organisaationa. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi Uudenmaan hyvinvointialueet sekä Helsingin kaupunki kuuluvat HUS-yhtymään. Perusteluna Uudenmaan erilliskäytölle ovat alueen erityiset ominaisuudet, kuten suuri ja kasvava väestömäärä, jonka palvelut turvataan useamman palvelunjärjestäjän toimesta. (THL 2022a: 7.)

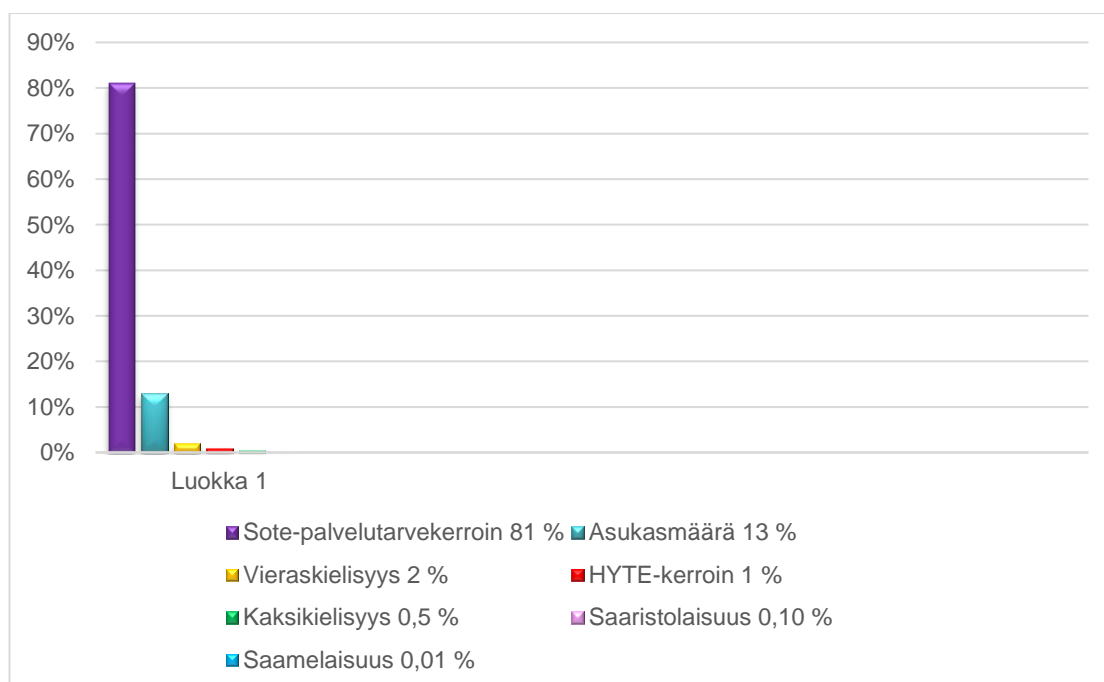
Palveluiden integraation ja yhteensovittamisen varmistaminen HUS-yhtymän, hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kanssa on monitahoinen tehtävä, jonka rakentamista HUS on tukenut vuodesta 2019 alkaen. Integraatiohankkeiden toteuttamiseen myönnettyä integraatorahaa on myönnetty sekä integraation edistämiseen että perusterveydenhuollon palveluiden kehittämiseen. (THL 2022a: 14.)

## 5.2 Hyvinvointialueiden rahoitus

Hyvinvointialueet saavat rahoituksen valtiolta laissa määriteltyjen periaatteiden mukaisesti (Perustuslaki 1999/731; Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021 3 §). Rahoituksessa on huomioitu palvelutarpeen ja palvelutuotannon olosuhteiden alueelliset erot, kuten palkat, alueen sijainti, lakisääteiset tehtävät esimerkiksi yliopistosairaalaita

koskien sekä väestörakenne ja palvelutarve. Valtion rahoitus on yleiskatteellista, joka tarkoittaa, että hyvinvointialueet voivat päättää itse rahojen käyttämisestä ja kohdentamisesta huolehtiessaan palvelujen järjestämistä vastuustaan. Tavoitteena on rahan jakautumisen perustuminen todelliseen palveluntarpeeseen. (Valtiovarainministeriö b; Häkkinen & Laukkonen ym. 2022: 2).

Valtion rahoituksesta 81,5 prosenttia jaetaan THL:n palvelutarvekertoimen perusteella (kuvio 4). Väestön palvelutarvetta kuvaavia tarvetekijöinä huomioidaan muun muassa sukupuoli, ikä, sairastavuus sekä sosioekonominen asema. Aluekohtainen palvelutarve suhteutetaan koko maan palveluntarpeeseen, jonka perusteella saadun tarvekertoimen perusteella allokoitetaan hyvinvointialueiden rahoitus. Alueet, joilla on korkea palvelutarve saavat enemmän rahaa kuin alueet, joilla on pienempi palvelutarve. Näin pyritään huomioimaan asukkaiden palveluntarpeen ja järjestämisen olosuhteiden alueelliset erot. Muita rahoitukseen vaikuttavia tekijöitä ovat hyvinvointialueiden asukasmäärät sekä alueelliset tekijät, kuten vieraskielisten osuus väestöstä, asukastiheys, kaksikielisyys, saaristolaisuus ja saamelaisuus. HYTE-kerroin tarkoittaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuuden lisäosaa. Se on kannustin, eli valtionosuuden määräytyminen riippuu kunnan tekemästä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöstä, jolla halutaan varmistaa kuntien toiminta asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi jatkossakin. (Häkkinen ym. 2022: 4; THL 2023a: THL 2024.)



Kuvio 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen vaikuttavat tekijät (Finlex a).

Yleiskatteellisen rahoituksen pohjaan vaikuttaa arvioitu palvelutarpeen kasvu, eli väestönmuutos sekä kustannustason nousu, jotka arvioidaan vuosittain. Palvelutarpeen muutosta arvioidaan THL:n kasvuennusteessa. (HUS 2023b: 11.)

Hyvinvointialueet saavat lisäksi rahoitusta asiakas- ja käyttömaksuista, lainsäädännön ohjatessa asiakasmaksupolitiikkaa. Vaikka palveluntuottaja voi päättää maksujen suuruudesta, palvelusta perittävät maksut eivät saa olla tuotantokustannuksia suurempia eivätkä asiakasmaksut saa olla este palveluun hakeutumiselle. (STM 2023c.)

Merkittävänä erona vanhaan rahoitusjärjestelmään on se, ettei uusi rahoitusmalli perustu enää menneeseen. Aiemmin kunta sai ja maksoi laskun kuntalaisten käyttämistä palveluista esimerkiksi sairaanhoitopiirille. Uuden järjestelmän mukaan tavoitteena on, että rahat riittävät tarvittavien palvelujen tuottamiseen ja päättäjät mukauttavat tarpeet saatavaan rahamäärään ja palveluihin. (Laesterä 2023: 11.)

Laesterä kuvaa raportissa, että alueet ovat joutuneet tekemään palveluverkko-suunnittelua palveluiden keskittämiseksi, jonka seurauksena esimerkiksi kuntien omistukseen jääneitä terveyskeskuksia on sulkemisuhan alla. Erikoissairaanhoidon osalta hän toteaa, että palvelutarpeen ylittyminen jonkin palvelukokonaisuuden osalta vaatii sopeuttamista toisen palvelukokonaisuuden kustannuksella, jotta rahat saadaan riittämään. Vaikka jonkun alueen tulorahoitus ei riittäisi kattamaan säännöllisiä menoja, se ei saa ottaa lainaa investointeja varten. (Laesterä 2023: 12.)

Jos myönnetty rahoitus ei ole riittävä hyvinvointialueen vastuulla olevien palveluiden tuottamiseen, lisärahoituksen saaminen on mahdollista. Se ei kuitenkaan korota seuraavan vuoden rahoituksen määrää. Toistuva lisärahoituksen hakeminen (kahdesti kolmen peräkkäisen tilikauden aikana) voi johtaa arviointimenettelyyn. (Valtiovarainministeriö c.)

Julkisen talouden kestävyuden turvaamiseksi ja kustannusten kasvun hallitsemiseksi hyvinvointialueiden rahoitusta tarkistetaan vuosittain jälkikäteen, jotta laskennalliset ja todelliset kustannukset pysyvät keskenään linjassa. Kaikkien hyvinvointialueiden toteutuneet kustannukset ja verrataan loppusummaa hyvinvointialueille myönnettyyn rahoitukseen.

tukseen. Mahdollinen lukujen erotus korjataan seuraavan vuoden valtion rahoituksessa, joten valtion hyvinvointialueelle myöntämää rahoitusta ei kannata sen vuoksi ylittää. (Valtiovarainministeriö 2023.)

## 6 HUS-kuntayhtymästä HUS-yhtymäksi

### 6.1 Organisaatio, strategia ja rahoitus

Organisaatiouudistuksen tavoitteena oli rakentaa Helsingin kaupungin, Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Etelä-Suomen yhteistoiminta-alueen kanssa vahvaan yhteistyöhön pystyvä HUS. Rakenteita ja toimintatapoja yhdenmukaistamalla ja yksinkertaistamalla tavoitellaan entistä parempaa perus- ja erityistason palvelujen yhteen toimivuutta, joka parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja HUSin kilpailukykyä. Pääpaino yhteistyössä on terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, joka vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta ja erikoissairaanhoidon kustannusten kasvua. Tavoitteena on lisäksi asiakaslähtöisyys ja kokonaistuottavuuden parantaminen yhteisiä hoitoketjuja ja prosesseja hyödyntämällä yhdessä edellä mainittujen sote-kumppanien kanssa. (HUS 2023b:15.)

Yhteistoiminnan kehittäminen on HUS-yhtymän uuden asiakkuusyksikön vastuu-tehtävä. Yksikön tehtävänä on edistää HUSin, Helsingin kaupungin sekä hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä ja palvella näiden välisiä asiakkuuksia. Lisäksi yksikkö vastaa palvelujen yhteensovittamisesta ja toimivuudesta sekä koordinoi mittareiden ja yhteisesti sovitun tietopohjan tarjoamista edellä mainituille yhteistyökumppaneille. (THL 2022a: 8; HUS 2023b: 27).

HUS-yhtymän organisaatiouudistuksessa muodostettiin kuusi Uudenmaan laajuista ydinpalvelujen tulosaluetta, toimiala- ja osaamiskeskusrakenteen säilyessä ydinpalvelujen osalta ennallaan (kuva 1). Tulosaluemallissa ydinpalvelut ovat toimitusjohtajan alaisia erikoissairaanhoidon ja perustason sairaanhoidollisia- sekä diagnostisia palveluita, jotka on keskitetty kuudelle tulosalueelle. Tulosalueet jakautuvat edelleen tulosityksiköiksi. (HUS 2022b: 13.)

		Aivokeskus	Naisten, lasten ja nuorten palvelut	Konservatiiviset palvelut	Operatiiviset palvelut	Akuutti, leikkaus- ja tehohoitokeskus	Diagnostiikkakeskus
Asiakastiimit	Helsinki	Neurokeskus	Naistentaudit ja synnytykset	Sisätaudit ja kuntoutus	Pää- ja kaulakeskus	Akuutti	Radiologia ja patologia
	Länsi-Uusimaa	Psykiatria	Lasten ja nuorten sairaudet	Sydän- ja keuhkokeskus	Tukielin- ja plastiikkakirurgia	Leikkaus- ja tehohoito	Fysiologia, genetiikka ja preanalytiikka
	Keski-Uusimaa			Tulehduskeskus	Syöpäkeskus		
	Itä-Uusimaa			Lähi-sairaaloiden medisiiniset palvelut	Vatsakeskus		
	Vantaa-Kerava				Lähi-sairaaloiden operatiiviset palvelut		
	Kymenlaakso						
	Etelä-Karjala						
Päijät-Häme							

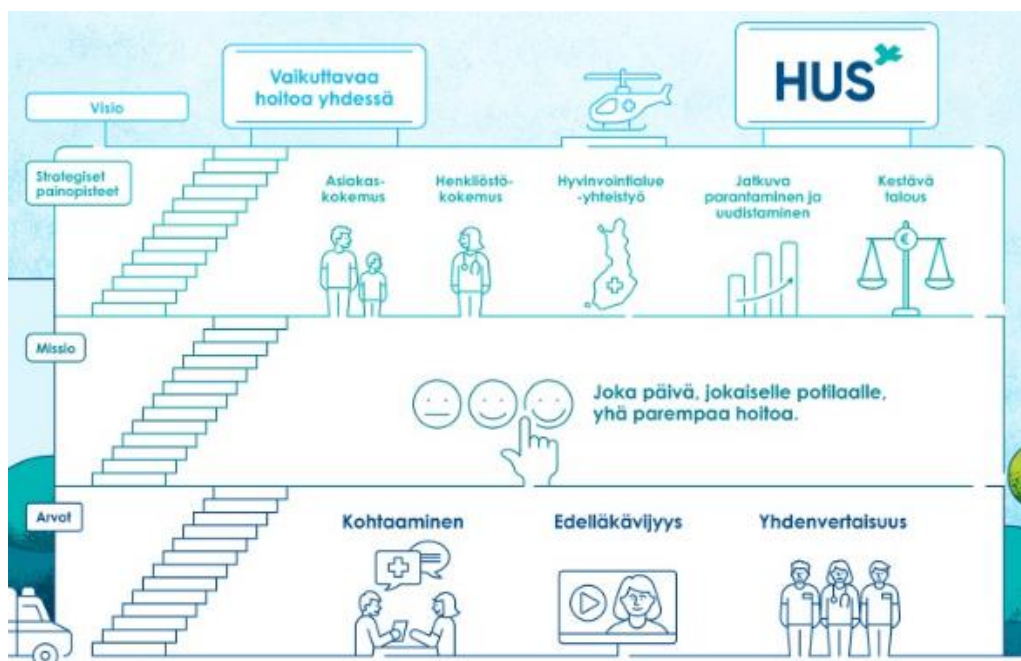
Kuva 1. HUS-yhtymän ydinpalvelujen organisaatiokaavio HUS-yhtymän organisaatiokaaviota mukaillen (HUS).

HUS-yhtymässä ylintä päätösvaltaa käyttää Yhtymäkokous. Yhtymäkokouksen valitseman yhtymähallituksen tehtävänä on talouden tasapainon ylläpitäminen sekä strategisten tavoitteiden toteuttaminen. Tulosalueet vastaavat operatiivista toimintaa johtavan toimitusjohtajan alaisuudessa talouden hallinnasta ja operatiivisesta johtamisesta strategian mukaisesti (HUS 2022b: 5).

Strategia voidaan määritellä organisaation punaisena lankana, siinä määritellään mihin organisaatio pyrkii ja millä tavoin. Strategiassa otetaan kantaa tavoitteisiin, eli mitä organisaatiossa halutaan saada aikaan, sekä tehdään linjavetoja siitä, mihin voimavaroja jatkossa sidotaan. Strategiaprosessi alkaa yleensä kartoittamalla eri sidosryhmien odotukset, sekä analysoimalla toimintaympäristön muutosvoimat, jotka sote-uudistuksessa oli merkittäviä. Tämän jälkeen tarkastetaan organisaation perustehtävä, eli missio. (Raudasoja & Johansson 2009: 27–28.)

Organisaatiossa ja toimintaympäristössä tapahtuneiden muutosten vuoksi HUS-yhtymän strategiset päämäärät, eli painopisteet sekä visio päivitettiin uusien tavoitteiden ja mittarien johtamiseksi. Missio ja arvot pysyivät ennallaan. Strategiapäivityksessä huomioitiin toimintaympäristön muutokset ja niiden vaikutus HUS-yhtymän tehtävien toteuttamiseen ja se on valmisteltu yhteistyössä jäsenten kanssa. (HUS 2022a: 3,28; HUS 2023a: 15.)

HUSin tavoite eli Visio ”vaikuttavaa hoitoa yhdessä” saavutetaan panostamalla viiteen valittuun strategiseen painopisteeseen, jotka ohjaavat strategiakauden 2023–2027 strategian toimeenpanoa (kuva 2). Tavoitteet ja toimenpiteet määritellään vuosittain toimintaympäristöanalyysin ja henkilöstökyselyn palautteiden perusteella. Tulosalueet- ja yksiköt laativat valittuihin viiteen strategiseen painopisteeseen kiinnittyvät omat tavoitteensa yhteisten strategisten projektien lisäksi. (HUS 2023b: 36)



Kuva 2. HUS-yhtymän strategiakuva (HUS).

Julkisen organisaation ollessa kyseessä joudutaan tyytymään pääsääntöisesti poliittisen päätöksentekijän osoittamaan taloudelliseen raamiin (Raudasoja 2009: 26). Uudistuksen myötä HUS saa valtion yleiskatteellisen rahoituksen, jonka laskennassa on käytetty samoja parametrejä hyvinvointialueiden kanssa, kuten aiemmin hyvinvointialueiden rahoitusta käsittelevässä kappaleessa todetaan.

HUS-yhtymän järjestämistä tehtävien rahoitus perustuu suurilta osin HUS-yhtymän jäsenten, eli Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden osoittamaan rahoitusosuuteen. Hyvinvointialuekohtaiset maksuosuudet määritetään talarvioneuvottelujen yhteydessä ja kehysrahoitus laskutetaan aikataulullisesti kuukaudessa, samaan aikaan kun jäsenet saavat valtionrahoituksen. Muita maksajia ja hyvinvointialueita laskutetaan kuukausittain palveluiden käytön mukaisesti. Lisäksi tuloja muodostuu asiakasmaksuista. (HUS 2023a: 2, 40.)

## 6.2 Laki ja asema

Sote-uudistuksen perustana on lainsäädäntö, joten uudistettuja ja uusia lakeja on lukuisia. Lakimuutosten tarkoitus oli sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön päivittäminen uudenlaista järjestämisvastuuta ja järjestäjäjärkennettä vastaavaksi, jotta palvelut olisivat yhdenvertaisia koko Suomessa. Uudenmaan erillisratkaisua sekä terveydenhuollon ammattihenkilölakiin liittyvää muutosta lukuun ottamatta tarkoituksena ei ole ollut lainsäädännön sisältöön puuttuminen. (STM 2021a: 7, 13.)

Palvelujen järjestäjiä on Uudellamaalla yhteensä kuusi ja niiden välinen yhteistyö on katsottu tärkeäksi. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla (615/2021) tarkoituksena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen sekä yhdenvertaisten, kustannusvaikuttavien ja yhteen toimivien palveluiden varmistaminen (Finlex b).

Uusien lakien tarkoituksena on tiivistetysti esitettynä luoda hyvinvointialueille edellytykset itsehallintoon (611/2021), varmistaa asiakas- ja hyvinvointitietojen turvallinen käsittely sosiaali- ja terveydenhuollon käyttötarkoituksissa (784/2021) sekä varmistaa asiakas- ja potilasturvallisuus ja edistää yhteistyötä valtion, HUS-yhtymän, Helsingin kaupungin, hyvinvointialueen, Kansaneläkelaitoksen, viranomaisten ja palveluntuottajan välillä. Lisäksi laissa säädetään rekisteröinnistä, omavalvonnasta sekä palveluntuottajan toimintaedellytyksistä (741/2023). (Valtioneuvosto 2021.)

HUS-yhtymän toimintaa ohjaa HUS-järjestämissopimus (Uusimaalaki 9 §) sekä Etelä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteistyösopimus (Sote-järjestämislaki 36 §) perussopimuksen ja hallintosäännön ohella (HUS 2023c: 8).

HUS-yhtymän työnjaosta, toimintojen yhteensovittamisesta sekä yhteistyöstä sovitaan yhteistyössä Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa valmistelussa järjestämissopimuksessa (THL 2022a: 10). HUSin järjestämisvastuulla on yliopistollisen sairaalan ylläpitäminen sekä järjestyssopimuksessa ja laissa erikseen määrätyt erikoissairaanhoidon toiminnot. HUS-yhtymälle kuuluvaa terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää toimintaa ovat lisäksi tutkimus-, koulutus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta. (HUS 2022c: 4.)

## 7 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tämän työn tarkoituksena on kuvata sote-uudistuksen aiheuttamia muutoksia HUS-yhtymän strategiaan, organisaatioon ja rahoitukseen sekä kartoittaa muutosten ilmenemistä tulosalueen toiminnanohjauksessa sekä toiminnassa. Lisäksi tarkoituksena on kuvailla mahdollisia muutoksia suoritteisiin ja tuottavuuteen. Työ rajataan HUS-yhtymän Operatiiviset palvelut-tulosalueeseen.

Tutkimuksen tavoitteena on saada uutta tietoa SOTE-uudistuksen aiheuttamista muutoksista. Opinnäytetyötä voi hyödyntää, kun tarkastellaan, onko sote-uudistukselle asetetut tavoitteet samassa linjassa käytännön toiminnassa tapahtuneiden muutosten kanssa.

1. Miten sote-uudistus ja sen aiheuttamat muutokset strategiassa, organisaatiossa ja rahoituksessa ilmenevät toiminnanohjauksessa/toiminnassa?
2. Mitä muutoksia hyvinvointialueen kehityksen mukainen rahoitus aiheuttaa tulosalueen tuottavuuteen eli tuotteisiin ja suoritteisiin?

## 8 Opinnäytetyön toteutus

### 8.1 HUS-yhtymän Operatiiviset palvelut-tulosalue

Operatiiviset palvelut vastaavat palveluista, jotka liittyvät vatsan sekä tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien, syöpäsairauksien, plastiikkakirurgisten sekä pää- ja kaulan alueen sairauksien hoitoon (taulukko 2). Toimintaa on useissa eri kiinteistöissä Uudellamaalla. Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon lähisairaalapalveluiden vastuualueeseen kuuluvat yksiköt kuuluvat Lähisairaaloitten operatiiviset palvelut- tulosityksikköön.

Taulukko 2. Operatiivisten palvelujen tulosyksiköt ja linjat (HUS).

Pää- ja kaulakeskus	Tukielin- ja plastiikkakirurgia	Syöpäkeskus	Vatsakeskus	Lähisairaalat
Silmäsairaudet Korva-, nenä- ja kurkkutaudit Suu- ja leukasairaudet	Tukielinkirurgia Plastiikkakirurgia Opetus ja tutkimus	Kiinteät kasvaimet Sädehoito Hematologia Rintarauhas-kirurgia Palliatiivinen hoito Kliininen lääketutkimus	Vatsaelinkirurgia ja endoskopia Endokrinologia ja parenkyymlinten sairaudet Urologia Verisuonikirurgia	Lohja Hyvinkää Porvoo

Pää- ja kaulakeskus vastaa korva-, nenä- ja kurkkutautien, suu- ja leukasairauksien sekä silmätautien hoidosta. Tukielin- ja plastiikkakirurgian (TuPla) yksikkö vastaa ortopedian ja traumatologian, käsikirurgian sekä plastiikkakirurgian perus- ja erityistason hoidosta sekä HUS-yhtymän vaativimmasta traumakirurgiasta Uudenmaan alueella. Syöpäkeskus vastaa yli 16-vuotiaiden potilaiden syöpätautien lääkehoidosta, sädehoidosta sekä verisairauksien hoidosta. Lisäksi Syöpäkeskuksen vastuulla on vaativan erityistason palliatiivinen hoito ja saattohoito sekä rintarauhas-kirurgia. Vatsakeskuksen erikoisaloja ovat endokrinologia ja endokriininen kirurgia, nefrologia, elinsiirto- ja maksakirurgia, vatsaelinkirurgia, verisuonikirurgia, gastroenterologia sekä urologia. (HUS.)

Uudenmaan alueen potilaiden hoitovastuun lisäksi erikoisosaamista vaativia potilaita saapuu läheteellä hoitoon eri erikoisaloille myös muualta Suomesta. HUS-yhtymällä/operatiivisella tulosalueella on myös valtakunnallisia vastuita, kuten elinsiirrot, huuli- ja suulakihalkioiden kirurginen hoito sekä transkirurgia. Operatiivisten palvelujen tulosyksiköissä työskentelee yhteensä noin 6500 ammattilaista (taulukko 3). (HUS.)

Taulukko 3. Operatiivisten palvelujen tulosityksikköjen henkilöstön lukumäärä (HUS).

Tulosityksikkö	Hoitohenkilöstö	Lääkärit	Muu henkilöstö
Pää- ja kaulakeskus	500	300	1000
Tukielin- ja plastiikkakirurgia	360	220	660
Syöpäkeskus	430	120	630
Vatsakeskus	810	300	1250

## 8.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö on toteutettu käyttäen laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa. Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on kokonaisvaltaisen tiedon hankkiminen sekä tutkittavan ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkintojen luominen. Tavoitteena on aiheen syvälinen ymmärtäminen, joka mahdollistaa tutkittavan kohteen kokonaisvaltaisen tarkastelun (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 161). Yleisimpiä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, kysely sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Erilaisia aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää joko yksittäin tai yhdisteltynä eri tavoin tutkimusresurssien tai tutkittavan ongelman mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2008: 71.) Tässä työssä aineiston keräämiseen menetelmänä käytettiin teemahaastattelun lisäksi dokumenttianalyysia. Aineistotriangulaatiolla tarkoitetaan monimuotoisen aineiston käyttämistä ja yhdistämistä (haastattelut, tilastot, dokumentit ym.) yhdessä tutkimuksessa/opinnäytetyössä (Tuomi ym. 2008: 145).

## 8.3 Aineiston keruu

Aineisto muodostui haastatteluaineistosta ja dokumenteista, joista tarkasteltiin HUS-yhtymän organisaatiomuutosta, strategiapäivitystä sekä taloutta. Haastattelu suositellaan aineistonkeruumenetelmäksi, koska haastattelutilanne antaa haastateltavalta saatavan tiedon lisäksi tutkijalle mahdollisuuden omien havaintojen tekemiseen (Hirsjärvi ym. 2009: 164). Haastattelun etuja ovat muun muassa mahdollisuus oikaista väärinkäsityksiä ja kysymyksen toistaminen tarvittaessa

sekä keskustelun käyminen haastateltavan kanssa. Haastattelu on aineistonkeruumuotona joustava myös siksi, että kysymykset tai haastatteluteemat voidaan antaa haastateltaville tutustuttaviksi etukäteen, joka on suositeltavaa haastattelun onnistumisen kannalta. Lisäksi haastattelutilanteessa kysymykset voidaan esittää tarpeenmukaisessa järjestyksessä. (Tuomi & Sarajärvi 2008: 73.)

Opinnäytetyössä haluttiin kuvata sote-uudistuksen aiheuttamia muutoksia toiminnan ohjauksesta päättävien henkilöiden näkökulmasta. Tutkimuskysymyksen 1 tiedon keräämisen menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Menetelmänä teemahaastattelu oli joustava ja vapaamuotoinen, sallien haastattelujen etenemisen ennalta valittujen teemojen sekä tarkentavien kysymysten varassa. Haastattelussa tutkimukseen osallistuvaa kannustettiin puhumaan varsin vapaasti ennalta päätetyistä aihepiireistä, jotka haastateltavat saivat tutustuttaviksi etukäteen. Haastattelussa käytiin läpi kaikki ennalta valitut teemat, mutta kysymisen tapa, laajuus ja järjestys vaihtelivat riippuen haastateltavasta. Haastattelun etenemiseen vaikuttivat lisäksi haastateltavan tapa kertoa asioita sekä erilaiset vastaukset. Edellä mainituista syistä tutkijan osa haastattelijana voi olla erilainen, esimerkiksi aktiivinen kuuntelija tai suorien kysymysten esittäjä. Tutkijan riittävä ymmärrys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on tärkeä tekijä haastattelun onnistumiselle, joten aihepiiriin perehtyminen ennen haastattelutilannetta on tärkeää. (Puusa & Juuti & Aaltio 2020.)

Haastattelun etuna oli mahdollisuus valita haastateltaviksi henkilöitä, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Haastateltaviin oltiin yhteydessä henkilökohtaisesti sähköpostitse, jonka myötä kahdeksan kymmenestä haastateltavasta vastasi ja osallistui haastatteluun. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilla. Valitut teemat ja haastattelurunko pohjautuivat opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta nouseviin seikkoihin. Tavoitteena oli käydä haastattelussa keskustellen läpi tutkimuskysymyksistä muodostettuja, ennalta suunniteltuja teemoja. (Tuomi ym. 2008: 74–75.)

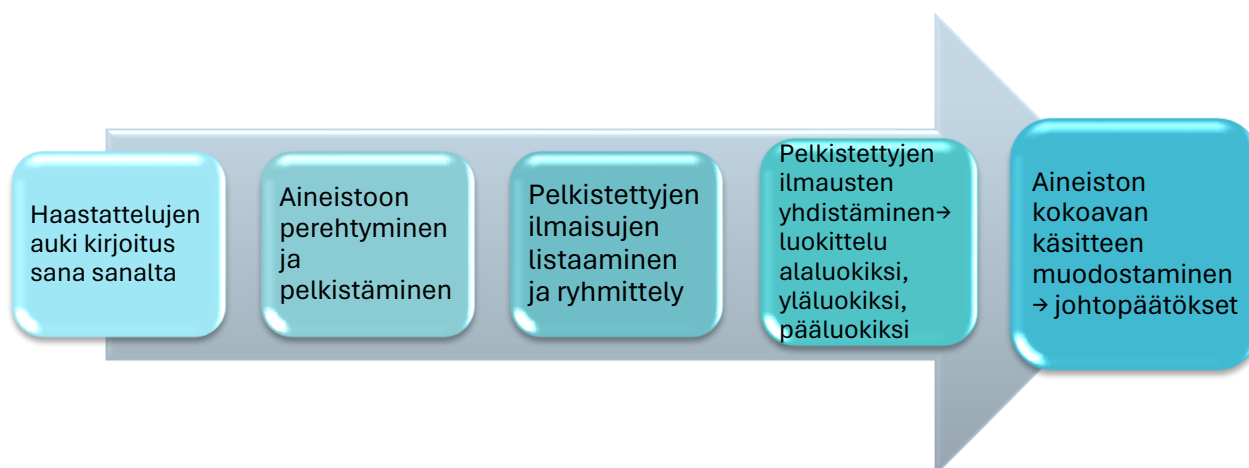
Haastatteluihin osallistui HUS-yhtymän Operatiivisten palveluiden kaikista tulosyksiköistä yhteensä 10 henkilöä. Haastateltavaksi pyydettiin henkilöitä, jotka vastaavat toiminnanohjauksesta ja/tai ovat perehtyneet HUS-yhtymän strategiaan, rahoitukseen sekä tulosyksikköjen ja tulosalueiden budjettiin. Haastateltavat edustivat lääkäreitä, hoitohenkilökuntaa sekä talousasiantuntijoita. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden edustajien haastatteluihin varattiin aikaa 30 minuuttia ja ne

kestivät 12–42 minuuttia. Jokainen heistä haastateltiin henkilökohtaisesti tilassa, jossa ei ollut muita henkilöitä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin tarkoitukseen sopivalla nauhurilla.

Kysymykseen 2 kerättiin tutkimusaineistoa dokumenttianalyysin keinoin. Dokumentteista tarkasteltiin Operatiivisen tulosalueen suoritteita ja niiden lukumäärän sekä kustannusten muutosta vuosina 2022–2023. Vuoden 2024 talousarviosta tarkasteltiin tiettyjen toimintakulujen muutosta sekä säästökohteita. Dokumentit olivat HUS-yhtymän hallintosääntö, järjestämissopimus, perussopimus, omavalvontaohjelma, suoritekäsikirja, talousarvio ja taloussuunnitelma, tilinpäätös- ja toimintakertomus, operatiivisen tulosalueen suoritteet vuosilta 2022–2023 sekä vuoden 2024 talousarvio. Talouden tunnuslukuja ja tietoja saatiin kolmelta tulosalueen talousasiantuntijalta sähköpostin välityksellä ja kaksi heistä tavattiin kasvokkain yhtä aikaa lisätietojen saamiseksi. Sekä internetistä saatavilla olevat dokumentit että talousasiantuntijoilta saadut tiedot vuosilta 2022–2024 ovat julkista tietoa. Dokumenttien sisältö sivumäärineen on kuvattu liitteessä 2.

#### 8.4 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineistoa analysoitaessa tarkoituksena on luoda kokonaisuus ja perusteltu tulkinta, jonka avulla tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä johtopäätöksiä (Puusa ym. 2020). Laadullisen tutkimuksen perusanalyysin, eli sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta (Tuomi ym. 2008: 91). Tässä opinnäytetyössä haastattelujen analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä.



Kuvio 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2008: 109).

Sisällönanalyysi etenee prosessina, jossa tieto järjestetään ensin selkeään ja tiiviiseen muotoon, säilyttäen keskeinen tietoaines. Hajanaisesta aineistosta on pyrittävä luomaan yhtenäinen ja selkeä informatiivinen kokonaisuus johtopäätöksiä tekemiseksi. Analysoinnissa on tärkeää uskottava tulkinta, totuudenmukaisuus sekä tehtyjen ratkaisujen perustelevuus. (Puusa ym. 2020.)

Aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla nauhoitetut haastattelut sanatarkasti tekstimuotoon ilman puheen muokkaamista. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 53 sivua (riviväli 1.0, fonttikoko 10). Kaikki tekstit luettiin useampaan kertaan läpi nostaten esiin tutkimuskysymysten mukaiset aiheet, jonka jälkeen ne järjestettiin teemoittain. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin eli redusointiin karsimalla tutkimukselle epäolennainen tieto pois sekä tiivistämällä, että osiin pilkkomalla. Olenaiset ilmaisut merkittiin värikoodein, jonka jälkeen merkityt ilmaisut listattiin. Listatut ilmaisut ryhmiteltiin eli klusteroitiin havaittujen eroavaisuuksien ja samankaltaisuuksien perusteella (taulukko 4).

Taulukko 4. Esimerkki tutkimuskysymyksen ”Miten sote-uudistus ja sen aiheuttamat muutokset strategiassa, organisaatiossa ja rahoituksessa ilmenevät toiminnanohjauksessa/toiminnassa?” pelkistäminen alkuperäisestä ilmaisusta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Ollaan yhdistytty tulosaluetasolla esimerkiksi rekrytoinnin kehittämistä ja katsottu mittareita, mitä me sitten mitataan ja henkilöstömitoituksia. Tehdään tulosaluetasolla mitä ei varmaankaan ilman tätä organisaatiota olisi.	Toimintamallien ja toimintojen kehittäminen ja yhtenäistäminen Operatiivisten palvelujen tulosyksiköiden kesken

Ryhmittelyssä, jossa luokitteluyksikkönä on esimerkiksi käsitys tai piirre tutkittavasta ilmiöstä tai sen ominaisuudesta, luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia ilmiöstä, jota tutkitaan. Tämän jälkeen listatut ilmaisut yhdistettiin alaluokiksi (taulukko 5). (Tuomi ym. 2008 109–111.)

Taulukko 5. Esimerkki tutkimuskysymyksen ”Miten sote-uudistus ja sen aiheuttamat muutokset strategiassa, organisaatiossa ja rahoituksessa ilmenevät toiminnanohjauksessa/toiminnassa?” pelkistettyjen ilmaisujen muodostamisesta alaluokiksi

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Toimintamallien ja toimintojen kehittäminen ja yhtenäistäminen Operatiivisten palvelujen tulosityksiköiden kesken	Yhdenmukaisten toimintamallien ja käytäntöiden rakentaminen
Yksiköiden omien toimintatapojen tarkasteleminen ja muuttaminen niin, että kaikilla on sama tapa tehdä asioita	

Muodostuneet alaluokat ryhmiteltiin muodostuvien yläluokkien alle, jotka yhdistyvät käsitteen kokoavassa pääluokassa (taulukko 6). Viimeisenä vuorossa aineiston abstrahointi, eli muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä valikoidun tiedon perusteella. (Tuomi ym. 2008: 109–111.)

Taulukko 6. Esimerkki alaluokkinen muodostamisesta yläluokiksi.

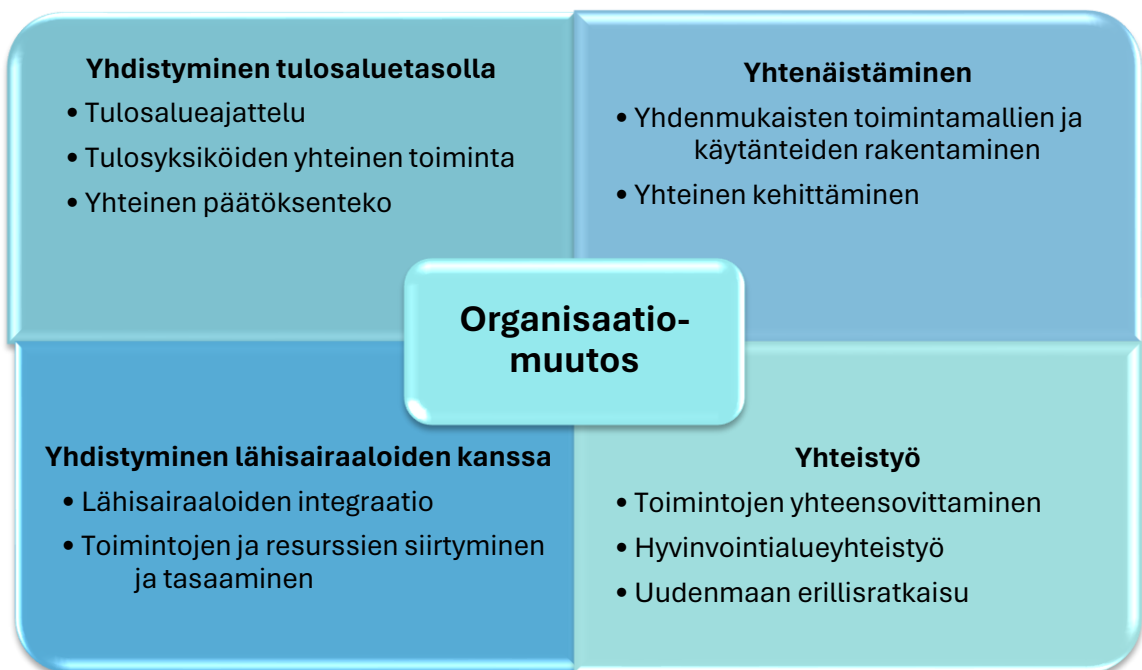
Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Talousarvio	Kehysrahoitus	Rahoitusmuutos
Toimintojen rahoittaminen		
Toiminnan järjestäminen		
Valtakunnalliset vastuualueet		
Hyvinvointialuesopimus		
Raami		
Budjetti	budjetti	Strategia
Potilasmäärän kasvu		
Palkkojen korotukset		
Tehtäväsiirtojen vaikutukset		
Säästötavoitteet	Säästöt	
Kulujen pienentäminen		
Hoitotyön strategia	Strategiset tavoitteet	
Painopistealueet		
Säästöt	Kestävä talous	
Ostopalvelu, kilpailutus, valinnanvapaus		

Tulosyksiköiden yhteinen toiminta Päätöksenteko Tulosalueajattelu	Yhdistyminen tulosalueetasolla	Organisaatiomuutos
Toimintojen ja resurssien siirtyminen ja tasaaminen Lähisairaaloiden integraatio	Yhdistyminen lähisairaaloiden kanssa	
Yhteistyön käynnistyminen Toimintojen yhteensovittaminen Hyvinvointialueyhteistyö Uudenmaan erillISRatkaisu	Yhteistyö	
Yhdenmukaisten toimintamallien ja käytänteiden rakentaminen Yhteinen kehittäminen	Yhtenäistäminen	
Kulut Laskutus		
Hoidon saatavuus Yhteistyökumppaneiden toiminnan vaikutus Yhdenvertaisuus	Asiakaskokemus	
Osaaminen Työolosuhteet	Henkilöstökokemus	
Yhteistyö Hoitopolku Toimintamallit Uudenmaan erillISRatkaisu	Hyvinvointialueyhteistyö	
Hanke Kehittäminen Yhteistyö	Jatkuva kehittäminen	

## 9 Tutkimustulokset

9.1 Kokemuksia organisaatio-, strategia- ja rahoitusmuutoksen aiheuttamista muutoksista

Organisaatiomuutoksessa haastattelumateriaalista nousi neljä yläluokkaa; yhdistyminen tulosaluetasolla, yhtenäistäminen, yhdistyminen lähisairaaloiden kanssa sekä yhteistyö (kuvio 6). Haastateltavat käsittelivät organisaatiomuutosta yksikkö-, tulosalue-, lähisairaala-, sekä hyvinvointialuetasolla.



Kuvio 6. Pääluokka organisaatiomuutos ylä- ja alaluokkineen

### Yhdistyminen tulosaluetasolla

Organisaatiomuutoksen todettiin lisänneen yhteistyötä Operatiivisen tulosalueen tulosyksiköiden kesken. Näkemys oli, että asioita ajatellaan enemmän tulosalueen näkökulmasta aiemman tulosyksikkökohtaisen ajattelun sijaan, joka mahdollistaa asioiden ja yhteisten toimintamallien kehittämisen yhteistyössä. Muutoksen nähtiin tuoneen mukanaan uudenlaista toimintaa ja yhdenmukaisia toimintamalleja.

Tulosalueen 4 yhteistoiminta on ehkä ollut se suurin resurssi mikä on aikaisempaan verrattuna ollut ja se yhteistyö ja ne yhteisten toimintamallien rakentaminen.

### **Yhtenäistäminen**

Asioita, käytänteitä ja toimintamalleja rakennetaan yhdessä, jonka myötä yksikköjen käytäntöjä on tarkasteltu esimerkiksi ajanvarausten, potilasmäärien ja kirjaus-tapojen osalta, tavoitteena että kaikilla on sama tapa tehdä asioita. Yhteistyöstä esimerkkinä mainittiin yhteinen leikkaussalitoiminta joidenkin tulosyksikköjen kesken. Yhtenäinen näkemys oli, että tulosalueella toimitaan hyvässä yhteistyössä, yhtenäisiä käytäntöjä ja toimintamalleja rakentaen. Lisääntynyt yhteistyö tulosalueen sisällä koettiin positiivisena ja tärkeänä asiana.

On nostettu tulosaluetasolle ja yhteiseen käsittelyyn ja yhteistyön alle tällaisia teemoja, jotka koskettavat kaikkea esimerkiksi palkkaukseen liittyvät asiat, tehtävien vaativuuden arvioinnit ja tällaiset...katsotaan niitä tulosalueen kokonaisuudessa.

On tullut semmoiset yhdenmukaisemmat käytänteet...katsotaan että meillä on yhdenvertaisia toimintamalleja ja toimintatapoja, kuten palkkauksen kehitykseen ja tietynlaisiin toimintatapoihin ja pyrkinyt kehittämään sitten meidän yhtenäisiä asioita yhdessä eteenpäin.

Hoitotyön edustajien haastatteluissa nousi esiin varsinkin yhtenäisten toimintatapojen tarkastelu ja kehittäminen, kuten yhtenäisten mittaristojen ja henkilöstömitoitusten tarkastelu sekä rekrytoinnin kehittäminen yhteistyössä toisen tulosalueen kanssa, mitä ilman uutta organisaatiota ei ajateltu olevan mahdollista.

Vähän tällaisia paikallisia omia tapoja on muodostunut. Nyt tavallaan katsotaan yhdessä, että kaikilla on sama tapa tehdä niitä asioita ja kehittää samoja asioita.

### **Yhdistyminen lähisairaaloiden kanssa**

Organisaatiomuutoksen vaikutukset kohdistuivat erityisesti lähisairaaloihin aiheuttaen yksikkökohtaisia muutoksia, kuten henkilöstösiirtoja. Eräällä toimialalla tiivistä yhteistyötä oli ollut jo aiemmin lähisairaaloiden kanssa.

Lääkärit on ne jotka liikkuu sitten näillä lähisairaala-alueilla, niin sitä kautta ehkä niin kun vähän tullut semmoista tiivistyvää...ehkä näitä yhdenmukaisia toimintamalleja sitten rakennetaan vähän ehkä tiiviimmin kuin aikaisemmin.

Joidenkin kohdalla lähisairaaloiden siirtyminen omaan organisaatioon vaikutti toiminnanohjaukseen, kuten Vatsakeskuksessa tapahtunut organisaatiomuutos, jossa erikoissalat ja lääkäriresurssien hallinta laajenivat lähisairaaloihin eli Porvooseen, Lohjalle ja Hyvinkäälle sekä dialyysin osalta hoitohenkilöstö. Lisäksi erikoisalojen laajentuminen joidenkin yksiköiden kohdalla vaikuttaa toimintoihin.

Organisaatioporras ylöspäin on muuttunut eli uusi esimies siellä ja uudet lähitulosyksiköt, joiden kanssa tehdään yhteistyötä.

Meille tuli aika iso asia tässä organisaatiouudistuksessa, että ne lähisairaalat tuli osaksi omaa toimintaa.

## Yhteistyö

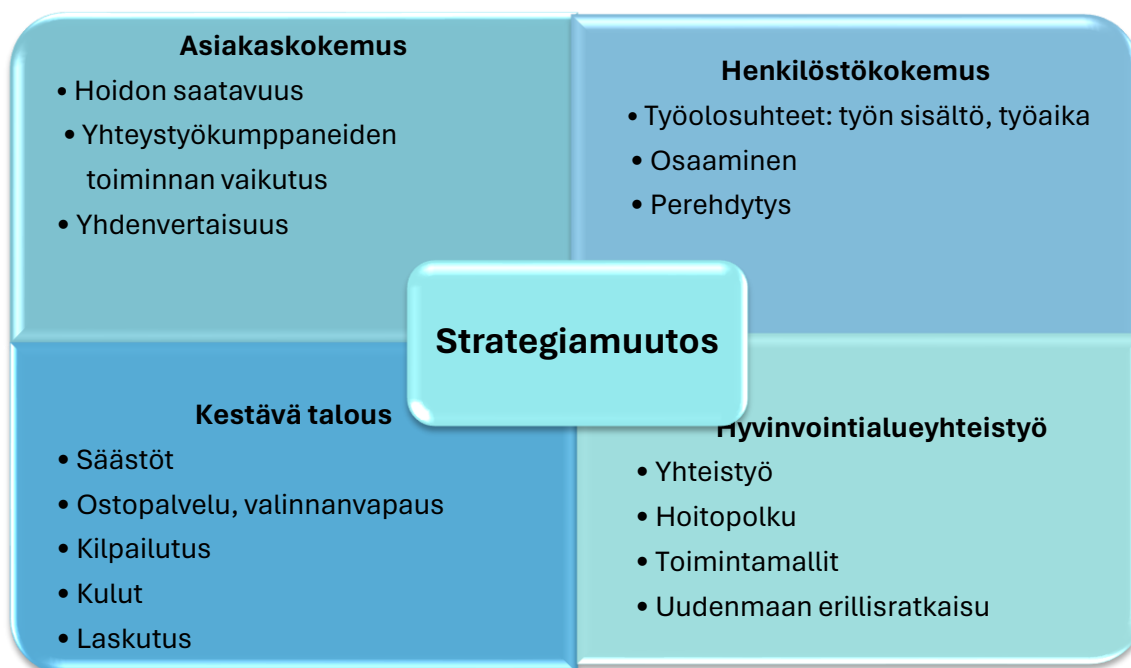
Uudenmaan erillISRatkaisun kuvattiin hankaloittavan yhteistyötä ja yhteisten toimintamallien kehittämistä. Samojen asioiden käsitteleminen Uudellamaalla kuudessa eri organisaatiossa yhden sijaan koettiin ongelmallisena ja tuovan omia haasteita toimintoihin, kuten yhdenmukaisiin toimintaprosesseihin. Asioiden käsitteleminen useilla eri tahoilla oli joidenkin haastateltavien mielestä turhaa.

Jotenkin ehkä ajattelen, että oliko se sittenkään paras mahdollinen malli tää Uudenmaan erillISRatkaisu, se tuo tänne ihan oman omantasoiset haasteet.

Mahdoton sanoa, että miten pystytään toteuttamaan, jos ajatellaan, että meillä on 4 hyvinvointia aluetta ja Helsinki ja niin kun pitäisi olla yhtenevät prosessit potilailla niin miten se sitten rakennetaan kaikkien kanssa.

Hyvinvointialueen malli meillä täällä Uudellamaalla ei ole hyvä tietenkään. Tää moninkertaistaa vaikka kokoukset, kaikki hyvinvointialueet kokousta samasta asiasta. Ei siinä ole mitään järkeä.

Strategian painopisteitä ei eritelty teemahaastattelun aihepiireissä erikseen. Neljä haastatteluissa yläluokaksi noussutta strategista päämäärää (kuvio 7) asiakaskokemus, henkilöstökokemus, kestävä talous sekä hyvinvointialueyhteistyö nousivat esiin jokaisessa haastattelussa. Viides painopiste, jatkuva kehittäminen, tuli esiin strategian painopisteenä vähiten. Yksi haastateltavista näki tärkeäksi kaikkien osatekijöiden eli hoitotyön, sairaanhoidon, terveydenhuollon, lääkäriilyn ja tutkimustyön huomioimisen ja niiden eteenpäin viemisen.



Kuvio 7. Pääluokka strategiamuutos ylä- ja alaluokkineen

Strategianmuutoksessa todettiin oleva kyse strategian päivittämisestä. Vuoden 2023 strategiaa ei yleisesti ottaen pidetty erityisen onnistuneena. Yksittäisinä näkemyksinä sote-uudistuksen ei mielletty vaikuttaneen paljoakaan strategiaan, koska terveydenhuollossa kyse on tietyistä ”peruspalikoista” joita hienosäädetään. Lisäksi organisaatiomuutoksen koettiin hankaloittaneen strategiaprosessia ja osa totesi strategiaprosessin olevan ylipäätään vielä kesken.

### Asiakaskokemus

Tärkeimmiksi strategian painopisteiksi nousivat asiakaskokemus sekä henkilöstökokemus. Potilaiden tulee päästä hoitoon, johon henkilöstöllä on keskeinen merkitys.

Suurin voimavara on se henkilöstö ja sitten meidän asiakkaat.

Operatiivisten palveluiden strategia tässä keskittyy juuri näin kahteen oleelliseen kysymykseen, että miten me turvattaisiin kiireellisten ja muiden potilaiden hoitoon pääsy ja tää henkilöstökokemus.

Haastateltavat kuvasivat asiakaskokemusta heikentäviksi tekijöiksi pitkät hoitojonot, hoitoon pääsyn vajeen sekä erot hoitoon pääsemisessä. Vastausten perusteella potilaiden hoitoon pääsyssä on eroja tulosalueen eri tulosyksiköiden ja erikoisalojen välillä. Eräs haastateltava näkemys oli, että yhdenvertaisuus potilaiden hoidossa toteutuu hyvin.

Hoitoon pääsyyn todettiin vaikuttavan merkittävästi yhteistyökumppaneiden eli leikkaus- ja tehohoitoyksikön (LeTe) palveluiden sekä diagnostiikkakeskuksen kuvantamistutkimusten vaikea saatavuusongelma, joka on seurausta vaikeasta henkilöstötilanteesta. Operatiiviset palvelut on riippuvainen LeTen toiminnasta, jolta palvelut ostetaan. Toiminnanohjausvaikuttavuutta leikkaussaleihin ei kuitenkaan ole, mikä koettiin ongelmalliseksi.

Se jonossa olo on se pahin mikä huonontaa sitä asiakaskokemusta.

...Asiakastyytyväisyyden ja tämmöisen kautta, se numero yksi ja asiakastyytyväisyyteen vaikuttaa, että pääsee hoitoon ylipäänsä, siihen hoitoon mitä tarvitsee erikoissairaanhoidossa.

Hoidon saatavuuteen vaikuttaa kuvantamisen ja LeTen saatavuusongelmat. Jonossa oleminen huonontaa eniten asiakaskokemusta. Potilaan tulee saada riittävä apu ajoissa.

Useampi haastateltava totesi, että joidenkin yksiköiden hyvä henkilöstötilanne ei yksistään takaa potilaan hoitoon pääsyä tai toteutumista, jos esimerkiksi kuvantamistutkimuksiin ei pääse tai kuvauksista ei saada lausuntoja ajoissa. Vaikean henkilöstötilanteen ja tiukan taloustilanteen todettiin vaikuttavan asiakaskokemukseen, eli hoidon saatavuuteen ja hoitoon liittyviin asioihin. Myönteisenä kehityksenä nähtiin etävastaanotot, jotka ovat hyödyttäneet esimerkiksi eri puolilla Suomea asuvia elinsiirtopotilaita.

Henkilöstöasiaan ja hoitovelkaan hyvin selkeästi vaikuttava tekijä on yhteistyökumppanit leikkaus ja tehohoitoyksikkö eli leikkaussalohenkilöstö ja vaikea saatavuusongelmat siellä, niin se on se merkittävä ja toinen on diagnostiikkakeskuksen kuvantamistutkimusten saatavuus.

Asiakaskokemukseen liittyen todettiin perusasioiden toimivuuden tärkeys, eli huomion kiinnittäminen potilaan hoidon kannalta olennaisiin asioihin. Potilaan tulee päästä ajoissa hoitoon, jonka saatavuutta voidaan edistää parantamalla hoitohenkilökunnan saatavuutta.

## Henkilöstökokemus

Henkilöstö kuvattiin suurena voimavarana, mutta henkilöstötilannetta kuvailtiin vaikeaksi, joka vaikuttaa keskeisesti hoidon saatavuuteen. Erään haastateltavan näkemys oli, että koronapandemian aikaan hoitohenkilöstöllä vielä pärjättiin, mutta vuoden 2022 työtaistelun aikainen negatiivinen julkisuuskeskustelu ja voimaantullut potilasturvallisuuslaki vaikuttivat hoitajien motivaatioon hakeutua töihin.

Vaikka osa haastateltavista totesi henkilökuntatilanteen olevan paikoin hyvä, henkilöstön saatavuusongelma kosketti kaikkia jollain tavalla. Yhtenä ongelmakohtana nousi esiin vähäisestä henkilöstömäärästä johtuva puskurikapasiteetin puutos, jonka vuoksi henkilöstö joutuu tekemään ylitöitä pitkien hoitojonojen ja kertyneen hoitovelan vuoksi.

Täytyy miettiä selkeä suunnitelma, miten henkilöstömäärän lisätään ja asteittain hoitojonojen purku...sitten vaan tehdään sitä urakkaa, mutta sitäkin määräänsä enempää ihmiset ei jaksa.

Esiin tuodut ratkaisukeinot omassa organisaatiossa liittyivät työn sisältöön, työaikaan, osaamiseen sekä perehdytykseen. Eräs haastateltava toi esiin sairaanhoitajien työn sisältöön liittyen, että heillä tulisi olla mahdollisuus tehdä juuri sitä työtä mihin heidät on koulutettu, eikä kaikkea mikä ei muille kuulu. Todettiin myös, että henkilökunnan tulisi saada erikoistua, joka voisi toimia sitouttavana elementtinä ja vähentää työn raskautta ja haastavuutta. Lisäksi osa-aikatyö, joka oli mahdollista joissakin toimipisteissä, mainittiin yhtenä mahdollisena henkilöstöä sitouttavana elementtinä. Useampi toi esiin perehdyttämisen ja osaamisen tärkeyden ja siihen liittyen kehitetyn Step-in mallin. Yhtenä mahdollisuutena nähtiin yhteistyö oppilaitosten kanssa.

Hoitotyön puolella magneettisairaalamalli nähtiin työhyvinvointia ja työntekijöiden viihtyvyyttä lisäävänä tekijänä, sillä magneettisairaalamalli edellyttää esihenkilöitä järjestämään asiat niin, että henkilöstöllä on hyvä tehdä töitä. Erään haastateltavan näkemys oli, että esihenkilöiden ja työntekijöiden välit ovat hyvät ja henkilöstö voi esittää matalalla kynnyksellä kehitysehdotuksia, joita viedään suoraan tulosaluetasolle.

Haastateltavat eivät pystyneet nimeämään tiettyjä tekijöitä, jotka sote-uudistukseen liittyen turvaisivat henkilöstön saatavuutta. Eräs haastateltava totesi, että terveydenhuollon henkilöstöpula koskettaa myös perusterveydenhuoltoa, jolloin kilpaillaan samoista työn-

tekijöistä. Yhtenä ajatuksena henkilöstöpulan parantamiseksi nousi esiin toimintojen yhdistäminen. Näkemys oli, että on mahdollista saada aikaan elementit ihmisten töihin saamiseksi, mutta raha ratkaisee tässäkin asiassa.

Jos ajattelee nyt vaikka perusterveydenhuoltoa ja meitä, niin mehän kilpailemme samoilla markkinoilla ja yhtä lailla osaamisesta.

Hoitohenkilöstön lisäksi osan näkemys oli, että lääkäritilanne vaikutti alkavan paikoin heikkenemään. Yhtenä syynä nähtiin kirurgien siirtyminen muualle töihin koska he eivät pääse leikkaamaan riittävästi.

### **Hyvinvointialueyhteistyö**

Yhteistyö hyvinvointialueiden kanssa ei pääsääntöisesti ollut käynnistynyt vielä kunnolla tai ollenkaan, jonka vuoksi yhteistyö hoitoketjujen toteuttamiseksi koettiin yleisesti ottaen ongelmalliseksi. Joissain tulosityksiköissä oli ollut aiemminkin yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa tiettyjen potilasryhmien hoidossa ja joidenkin hoitopolkujen rakentaminen oli jo alkanut.

On hyvinvointialueitten ja meidän yhteistyökokouksia, niin nyt me nostetaan esimerkiksi niitä hoitopolkuja ja käydään sitä keskustelua, miten sitten tehdään.

Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa. Mä en omassa työssäni näe sitä tässä arjessa, että se olisi välttämättä lisääntynyt.

Ei siinä ole yhtään sitä perusterveydenhuoltoa tullut lisää.

Meillä on hirveän vähän rajapintaa perusterveydenhuoltoon tai muuhun.

Osan näkemys hyvinvointialueyhteistyöhön oli, ettei se näy omassa työssä tai arjessa, koska rajapintaa hoitaa asiakaspalveluyksikkö.

Hyvinvointialueen yhteistyö, että se on vielä vähän hakusessa ja meidän asiakkuusyksikkö on se elin, jonka kautta se yhteistyö sitten toteutetaan.

Ehkä sen asiakkuusyksikön kanssa kontaktia sinne perusterveydenhuollon puolelle pitäisi jollakin tavoin saada edistettyä, mutta se on meidän näkökulmasta katsottuna vielä aika heikolla tasolla. Sieltä ei hirveästi ole kuulunut mitään. Meillä ei oikein semmoista vuorovaikutuskontaktia heidän kanssa nyt ihan selkeätä vielä ole.”

Tehdään asiakkuusyksikön kanssa hyvinvointialueyhteistyössä hoitopolut, joilla saavutetaan yhteisiä toimintamalleja...joista tulee geneerisesti toimivia koko hyvinvointialueella. Ehkä näkisin, että tulevaisuudessa joku painopiste jossain just tän tyyppisessä, koska ymmärtääkseni vieläkin on eroja siitä, että kuinka esimerkiksi päästään leikkauksiin eri alueilta ihan Uudenmaan alueella. Siinä on vielä tekemistä joo.

Haastateltujen kokemukset hyvinvointialueyhteistyöstä näyttäytyivät vielä vähäisinä muutamaa haastateltavaa lukuun ottamatta.

### **Kestävä talous**

Uuden rahoitusmallin, kehysrahoituksen koettiin vaikuttavan taloustilanteeseen. Säästö-tavoitteet kuvattiin tiukkoina ja rahaa on käytettävissä aiempaa vähemmän. Yleinen näkemys oli, että rahoitusmalli vaikuttaa toimintaan ja esimerkiksi investointeihin. Haastateluissa nousi esiin säästöjen vaikutukset lisätöihin, joita tarvitaan koska toimenpiteitä ei pystytä tekemään riittävästi normaalina työaikana henkilöstöpulan vuoksi. Pienen lisätyöbudjetin vuoksi niitä ei kuitenkaan voida tehdä riittävästi. Osa haastateltavista totesi, että koska rahaa tulee hyvinvointialueilta vähemmän, esimerkiksi osastoja ei saada avattua. Yleisen näkemyksen mukaan säästöpainotukset koskettavat kaikkia, jonka vuoksi on priorisoitava ja tasapainoiltava.

No tietenkin tuohon nyt strategiaan liittyy nää säästötavoitteet, tässä nyt on paljon jo puhuttukin.

Kun tulosalueilla on se henkilöstökulu paljon suurempi niin meillä on ne lääkekulut. Että se on tietysti tarkkaillun alla tässä taloustilanteessa. Mutta tietyt lääkkeet tietysti täytyy antaa tässä hoitojen yhteydessä, että ei niitä voi niin kun jättää antamattakaan.

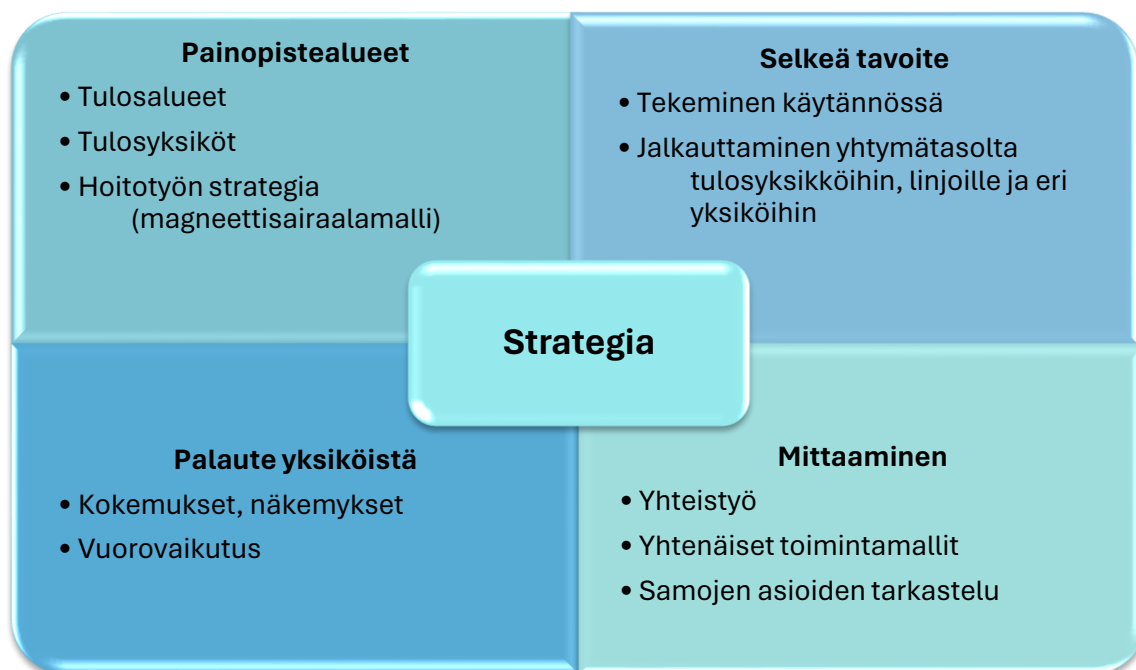
Muutaman haastateltavan mukaan omassa tulosityksikössä yhdenvertaisuus strategiaan liittyen toteutuu hyvin ja potilaat saavat tarvitsemansa lääkehoidon, vaikka lääkekulut ovatkin tarkkailun alla nykyisessä taloustilanteessa.

Lääkkeitä ei kuitenkaan voi jättää antamatta, koska strategiaan kuuluu jokaiselle potilaalle aina vaan parempaa ja parempaa hoitoa.

Haastatteluissa tuli esiin valinnanvapauteen ja ostopalveluun liittyvät menot, joihin ei ole mahdollista vaikuttaa. Potilaalla on tiettyjen kriteerien täytyessä oikeus käyttää ostopalvelua tai hoidattaa itseään valinnanvapauteen perustuen esimerkiksi toisella paikkakunnalla tai ulkomailla muun palveluntarjoajan toimesta. Näkemys oli, että myös ostopalve-

luuryyksissä on pulaa henkilöstöstä, jolloin aitoa kilpailua ei pääse syntymään ja ostopalvelun hinta on tuolloin korkea. HUSin omat hinnat olisivat halvemmat, mutta potilaalla on oikeus valita.

Valinnanvapauspotilaiden laskutukseen me ei pystytä millään vaikuttamaan...vaan nähdään että monta miljoonaa se on kasvanut.



Kuvio 8. Strategiatyössä tärkeiksi koettuja tekijöitä

Strategiutyössä tärkeäksi nähtiin yhteneväinen linja, huomioiden kuitenkin tuloyksikkö- ja linjakohtaiset tarpeet sekä hoitotyön osalta magneettisairaalamalli. Strategian menestymisen kannalta tärkeäksi nähtiin lisäksi selkeät tavoitteet, palaute yksiköistä sekä mitaaminen.

### Painopistealueet

Näkemykset strategiapäivityksestä olivat samankaltaisia. Yhteneväinen linja korostui, tuloyksikkö- ja linjatason sekä hoitotyön painotusalueet huomioiden.

HUS- strategia mikä tulee ja nyt kun meillä on tää uusi organisaatiomuutos, niin muodostetaan tulosalueen 4 strategiset painopistealueet. Sen jälkeen sitten sen pohjalta tehdään tuloyksiköiden omat strategiset tavoitteet. Toki samassa linjassa kehitetään niitä asioita.

On jo aikaisemmin ollut hoitotyön strategia, mikä sitten tietenkin pohjautuu siihen HUS strategiaan. Mutta sitten tätä katsotaan HUS hoitotyön linjassa sitten enempi ehkä sitä hoitotyön laadun näkökulmasta.

Magneettisairaala mallipohjalle viitekehyksen mukaisesti tehdään, että siellä on se hyvä johtaminen ja sitten laadukas ammatillinen hoito ja hoitajien kehittäminen.

### **Selkeä tavoite**

Ajatukset strategiatyöstä olivat hyvin yhtenäisiä. Uuden organisaation myötä strategia jalkautetaan yhtymätasolta tulosalueille, tulosyksiköihin, linjoihin ja eri yksiköihin kuten osastoille, jossa sen tulee näkyä tekemisenä käytännössä.

Ihan ylätasolla, asiakastyytyväisyys, henkilöstökokemus ihan pelkästään eikä mitään muuta määritelmää, niin sitten me otetaan se koppi täällä tulosalueella ja ruvetaan kopittelemaan ne tulosyksiköihin ja linjoihin ja osastotasolle mikä on heille tärkeä.

miten se näkyy tekemisenä, sehän se idea on. Muutenhan se jää täysin abstraktiksi. Silloin kun se on tekemisenä niin silloin me saadaan siihen mittarit.

### **Palaute yksiköistä**

Vuorovaikutus nähtiin tärkeänä osana strategiatyötä, sillä ilman sitä tavoitteet eivät toteudu käytännössä. Strategiatavoitteita ei voida saavuttaa, jos strategia on vain paperilla eivätkä ihmiset ole tietoisia tavoitteista ja sitoudu niihin. Lisäksi tärkeänä asiana korostui yksikköjen, esimerkiksi osastojen antamat parannusehdotukset sekä kokemukset ja näkemykset heille tärkeistä asioista.

Sitten voidaan tätä strategiaa viedä eteenpäin, koska se ei voi tulla ylhäältä annettuna. Jos tulee ylhäältä annettuna sillä ei ole mitään mahdollisuutta menestyä, jos on tällainen erikoisosaaja organisaatio.

Pitää olla vahva vuorovaikutus et saadaan eteenpäin ja ihmiset sitoutuu. Muuten se jää vaan, että kirjataan tällaisia tavoitteita ja käytännössä tapahdu yhtään mitään.

## Mittaaminen

Etenkin hoitotyön edustajat kuvasivat erityisesti mittaamisen tärkeyttä, jonka yhteydessä korostui yhteistyö ja yhtenäisten toimintamallien kehittäminen. Tavoitteena on mitata samoja asioita kuten asiakastyytyväisyys, rekrytoinnin onnistuminen sekä henkilöstökokeemus.

Mehän ollaan panostettu nyt ihan valtavasti rekrytointiin ja kehitetään kolmostulos alueen kanssa sitä keskitettyä rekrytointia. Niin ollaan ikään kuin sillä alueella ylitetty strategiset tavoitteet.

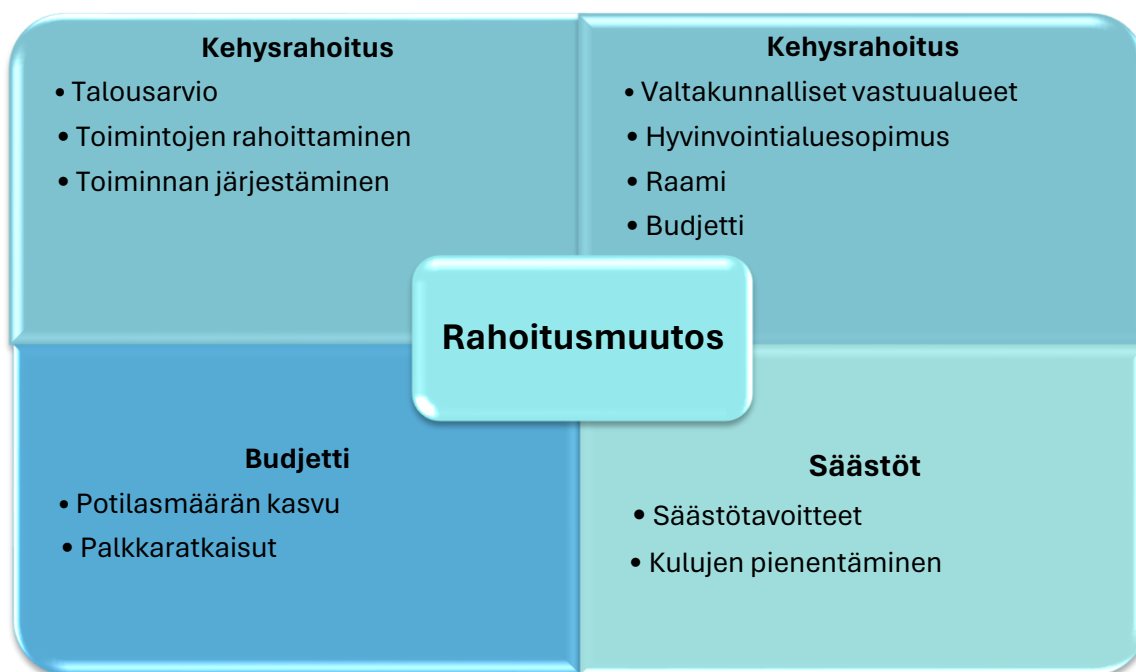
On ihan tehty konkretiaksi, että ei tietysti hoidon saatavuus siellä yksikkötasolla sano yhtään mitään. Sitten pitää mittaroida se, että minkä verran ja paljon pitää hoitopäiviä tai mitä katsellaan missäkin yksikössä.

On näitä asiakaspalauteasioita ja laatua seurataan ja millä tasolla me ollaan siinä hoidon laadussa ja muuta tällöisiä uusia innovaatioita.

Muutama haastateltavista totesi strategiatyön olevan vielä alkuvaiheessa tai kesken. Yleinen näkemys oli, että ratkaisukeinot puuttuvat.

Meillä on massiivinen hoitoonpääsy vaje ja henkilöstöongelma. Niitten ratkaisukeinot jäivät puolitiehen.

Jos ajatellaan semmoisia pysyvämpiä ratkaisuja, niitä ei ole vielä.



Kuvio 9. Pääluokka rahoitus ylä- ja alaluokkineen

Rahoituksen yläluokiksi muodostuivat kehysrahoitus, budjetti sekä säästöt (kuvio 9). Kokemukset rahoitusmuutoksesta olivat hyvin yhtenäisiä, rahoituksen riittävyys ja sen vaikutukset potilaiden hoitoon korostuivat tutkimusmateriaalissa.

### **Kehysrahoitus**

Kehysrahoitus näyttäytyi rahoitusmallina, jossa raha tulee etukäteen ja sillä on pärjättävä.

Aiemmin ollaan rahastettu kuntaa niiden suoritteiden mukaan. Ja nyt me saadaan se tietty rahapotti ja sillä meidän täytyy selvitä vuosi. Ja sillä täytyy niin sanotusti pärjätä.

Rahoitusmuutoksen ei uskottu tuovan kustannussäästöjä ja useimmat pohtivat, mitä raamille tapahtuu potilasmäärien kasvaessa ja mistä rahaa saadaan lisää potilaiden hoitoon. Osa suhtautui tilanteeseen positiivisemmin, todeten että tälläkin rahoitusmallilla pärjätään ja jonot eivät pitene mutta eivät lyhenekään.

Mitä raamille tapahtuu kun potilasmäärä kasvaa. Et kuka ja mistä tätä raamia sitten annetaan lisää.

Tää muutos ei kyllä tuo kustannussäästöjä.

Kyllähän se teoriassa se rahavirta on HUSille hyvin erilainen. Että tätä ei suoraan tälleen valtion toiminnan pyörittämisrahalla voida tehdä tietenkään.

Rahoituksen tuleminen hyvinvointialueilta ja Helsingin kaupungilta koettiin yleisesti ottaen ongelmaksi, erityisesti valtakunnallisten vastuiden rahoittamiseen liittyen. Yhtenäinen näkemys oli, että jos hyvinvointialueilta siirtyy tehtäviä HUSille, pitäisi siirtyä myös raamia tehtävien hoitamiseksi. Joidenkin toimintojen kohdalla prosessit olivat vielä kesken, eikä ratkaisua siitä, mikä maksu kuuluu erikoissairaanhoidolle ja mikä perusterveydenhuollolle (esimerkiksi apuvälineet) oltu vielä tehty.

Täytyisi tulla rahoitus suoraan korvamerkattuna HUSille, vaikka hyvinvointialueiden kautta, että se on laitettu valtiolta että tää menee HUSille. Tai sitten suoraan valtion rahoitus.

Tässä uudessa hyvinvointialue sopimuksessa ei oteta mitään kantaa näihin valtakunnallisiin vastuisiin. Eli Helsingin kaupunkihan oma hyvinvointialue on ilmoittanut, ettei he niistä maksa mitään. No kuka meille sitten sen osan uuden korvaa?

Hus ei saa suoraan rahoitusta valtiolta vaan hus saa rahoituksen hyvinvointialueilta ja se on se ongelma. Kuitenkin meillä on valtakunnallisiin velvoitteita.

## **Säästöt**

Haastateltavilla oli melko yhteneväinen näkemys kovista säästötavoitteista. Rahoitusmallin todettiin muuttaneen budjettia tiukempaan suuntaan, jonka seurauksena kuluja on saatava pienemmäksi. Esimerkkeinä mainittiin vuokratyövoiman käytön vähentäminen sekä tulkkipalvelut. Yleinen näkemys oli, että säästöohjelmat näkyvät jollain tapaa potilaan hoidossa. Osa totesi, ettei heidän tulosityksikössä ole sellaista toimintaa, josta voisi säästää.

Kyllä se jo tänä vuonna osalta oli hiukan tiukempi kuin edellisvuonna kaksisikymmentäkaksi, nyt on kovat säästötavoitteet.

Meillä ei ole mistä supistaa tai säästää resursseissa tai taloudessa kun tää potilasmäärä kasvaa joka vuosi 10 %.

Säästöohjelma näkyy esimerkiksi siten, ettei joitakin osastoja voida avata koska ei ole rahaa esimerkiksi henkilökunnan palkkaamiseen, vaikka tulijoita töihin olisi-kin.

Muutettiin uuteen hienoon sairaalaan, mutta se näkyy se säästöohjelma ja tää organisaatiomuutoskin siinä, että rahaa sieltä tulee paljon vähemmän eli emme saa avattua näitä osastoja. Nyt säästöt on selvästi tiukemat joo.

## **Budjetti**

Joidenkin kokemuksen mukaan talousarvion valmistelu oli ollut haasteellista, liittyen ainakin osittain talousarvion ja henkilöstösuunnitelman yhdistämiseen. Esiin nousi hoitajien palkankorotukset ja lääkäreiden urapalkkausmallin vaikutukset henkilöstöbudjettiin ja mahdollisesti toimintaan.

Kehysrahoitus ei nyt tällä hetkellä näy, mutta miten jatkossa kun esimerkiksi nää sovitut palkkaratkaisut aiheuttaa yli 47 miljoonan kustannustason nousun loppuvuodeksi niin miten se rahoitetaan niin se voi vähän muuttaa syksyn skenaariota.

Rahoitukseen liittyen osa haastateltavista nosti esiin edellä mainitut ostopalveluyritysten kustannukset. Ostopalveluja on kuitenkin tarjottava asiakkaille, ettei hoitotakuu ylitä.

Me tiedetään, että me tehdään halvemmalla, kun meidän ostopalvelu firmat. Vaikka me ollaan ne kilpailutettu, siellä ei aidosti ole kovasti kilpailua sen takia, että heillä on kanssa resursseista pulaa niin kuin meilläkin. Jollain he laittaa sen hinnan niin paljon korkeammalle, että siinä ei ole oikeasti aitoa kilpailua.

Sitten ensi vuoden budjetti on tosi tiukka, eikä me tiedetä miten me siitä selvittää.

Muutokseen liittyen koettiin, että raha-asioita on katsottava aiempaa tarkemmin. Osa haastateltavista toi esiin, että tehtyjä investointeja tulee voida hyödyntää, esimerkiksi huomioimalla henkilöstön saatavuus rakennus- ja laiteinvestointeihin liittyen.

Useimmat haastateltavat painottivat, että ennenkin on ollut budjetti, jota on seurattu tarkkaan, jopa viikoittain. Tiedossa oli, että vuoden 2024 budjetti on pienempi ja esiin tuli huoli hoitojonojen kasvusta, jos jo aiemmin mainittua lisäyörahaa ei saada.

Lisäyö rahaa on ensi vuodelle annettu meille aika pieni summa... että alkaako sitä rahaa jostakin tulemaan meille lisää vai annetaanko jonojen vaan kasvaa.

Miettii just tätä potilaiden priorisointia, että ketä me leikataan ja ketä me ei leikata, että nyt me tietenkin pyritään, että LP1 kierroksen jono pysyisi niin että syöpäpotilaat pääsisi hoitoon suht nopeasti.

Sieltä sitten jää tavallaan niitä ei kiireellisiä potilaita sinne hoito jonoihin odottamaan. Mutta kuitenkin niitäkin täytyy leikata, että tää on semmoista balanssin hakemista.

Melko yhtenäinen näkemys oli, että uudenlainen rahoitusmalli toki vaikuttaa, mutta sitä miten muutos konkreettisesti tulee näkymään, ei osattu vielä arvioida.

Budjetin käsittely on vielä vaiheessa, että se, miten se sitten ihan konkreettisesti näkyy niin en oikeastaan uskalla sanoa.

En näe tällä hetkellä mitään isoja mustia pilviä, mutta nää edellä mainitut seikat, just se et kun ollaan kasvava toimiala niin mitä tapahtuu tulevina vuosina.

Useampi haastateltava totesi, että taloustilanne vaatii priorisointia ja tasapainottelua. On valittava leikattavat potilaat ja potilaat, jotka joutuvat odottamaan hoitojonossa. Positiivisena asiana tuli esiin hyvä yhteistyö ja keskusteluyhteys talouspuolen kanssa.

Sinänsä hyvässä yhteistyössä talouspuolen kanssa. Olen ollut erittäin tyytyväinen yhteistyöhön meidän talouspäällikön kanssa ja käsitys on et ylimpään talousjohtoon asti on hyvä keskusteluyhteys, ollaan kaikki uuden äärellä.

### **Haastateltavien näkemyksiä sote-uudistuksen toteutumisesta**

Haastattelumateriaalissa nousi esiin muita, sote-uudistuksesta erillisiä toimintaan vaikuttavia asioita, kuten korona, työtaistelut ja Töölön sairaalan muutto Siltasairaalaan tammikuussa 2023, jonka myötä isoimpina asioina oli työstetty sairaansijojen avaamista ja erikoissairaanhoidon palvelujen rakentamista potilaille. Osan kokemuksen mukaan näistä eri syistä kerääntyneitä hoitovelkaa oli vielä hoidettavana.

Osa haastatelluista uskoi, että sote-uudistuksen tavoitteet toteutuvat ajan saatossa, mutta arvioiminen on vielä liian varhaista. Osa uskoi uudistuksen positiivisiin vaikutuksiin, jos yhteiskunnassa ei tapahdu mitään uutta yllättävää. Pysyviä ratkaisuja, kuten selkeää suunnitelmaa henkilöstömäärän lisäämiseksi ja hoitonojen purkamiseksi odoteltiin vielä. Korjaavia toimenpiteitä todettiin tarvittavan sekä työn johdollisiin että rahoitusmalliin liittyen.

Esiin tuli ajatuksia, että monenlaisia keinoja tarvitaan, että hyvinvointialueet saadaan toimimaan tavoitteiden mukaisesti. Toteutusta tarkastellessa tavoitteet tuntuivat olevan vielä kaukana, esimerkiksi palveluiden integraation suhteen. Tavoitteista muun muassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon sulautumisen niin ettei potilas huomaa kummassa häntä palvellaan, koettiin olevan vielä alkutekijöissään, eikä sote-uudistuksen vaikutusten koettu yleisesti ottaen näkyvän vielä.

### **9.2 Operatiivisen tulosalueen vuosien 2022–2023 suoritteiden vertailua**

Tarkastelluissa suoritteissa on Operatiivisen tulosalueen erikoisalujen tekemät suoritteet. Mukana on kaikki tuottajat luukun ottamatta Konservatiivisten palveluiden tulosityksikköä. Tarkasteltuja suoritteita ovat hoitopäivät, käynnit, leikkaussali-toimenpiteet sekä muut hoitotoimenpiteet (taulukko 7). Hoitopäivät sisältävät vuo-

deosastohoitopäivät sekä siirtoviivepotilaiden (potilas, joka ei enää tarvitse erikoissairaanhoidoa, mutta jolle ei ole onnistuttu järjestämään jatkohoitoa sovitussa ajassa) siirtoviivepäivät. Leikkaustoimenpiteet ovat leikkaussalissa tehtäviä suunniteltuja (elektiivisiä) sekä päivystyksellisesti tehtyjä leikkauksia ja toimenpiteitä. Muut hoitotoimenpiteet ovat poliklinikalla tehtäviä toimenpiteitä, joihin sisältyvät myös eri erikoisalalla osastohoidossa olevien potilaiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteet (osastopotilaan konsultaatio). (HUS 2024: 22, 67.)

Taulukko 7. Suoritteiden selitteet (HUS Suoritekäsikirja).

Suorite	Selite
Hoitopäivä	•Vuodeosastohoitopäivä
	•Siirtoviivepäivä (erikoissairaanhoidossa jatkohoitopaikkaa odottavan hoitopäivä)
Käynti	•Poliklinikkakäynti
	•Osastopotilaan konsultaatio (osastopotilaan käynti toisella erikoisalalla toimenpiteessä, tutkimuksessa tms.)
Leikkaustoimenpiteet	•Leikkaussalissa tehtävät leikkaukset ja toimenpiteet
Muut hoitotoimenpiteet	•Poliklinikalla tehtävät toimenpiteet

Taulukossa 8 on vertailtu Operatiivisen tulosalueen tulosityksiköiden sote-uudistusta edeltävän vuoden (2022) sekä uudistuksen ensimmäisen vuoden (2023) suoritteiden lukumäärien muutosta. Vuoden vaihteessa 2023 toteutettiin iso organisaatiomuutos Lähisairaaloiden operatiivisten erikoisaloiden yhdistyessä Hyks-sairaaloiden tulosityksiköihin. Muutokset olivat suuria, eikä niitä saatu raporteissa täysin vertailukelpoisiksi etenkin poliklinikkatoiminnan osalta, jonka vuoksi suoritevertailussa on jätetty konservatiivinen tulosityksikkö tekijänä pois. Silti organisaatiomuutos näkyy suurina muutoksina sekä käyntien että muiden hoitotoimenpiteiden lukumäärissä.

Operatiivisen tulosalueen talousasiantuntijoiden mukaan vuonna 2022 toimintaan vaikuttivat vielä korona sekä henkilökunnan normaalia suurempi sairastavuus. Keväällä hoitajien työtaistelu vähensi huomattavasti elektiivistä toimintaa, ja vaikutukset kohdistuivat eri tavoin eri tulosyksikköihin. Työtaistelutoimenpiteet rajoittivat lisätöitä ja työtaistelun jälkeen jatkunut vuoronvaihtokielto vaikutti osastojen toimintaan. Hoitohenkilökunnan saatavuus heikkeni, joka vaikutti myös kuvantamistutkimusten saatavuuteen. Tilanne helpottui vasta syksyllä 2022.

Vuonna 2023 hoitohenkilökunnan saatavuuden paranemisen seurauksena esimerkiksi Vatsakeskuksessa saatiin enemmän vuodeosastopaikkoja auki, joka näkyy hoitopäivien määrän kasvuna. Sekä leikkaussaleissa että poliklinikoilla tehtiin lisätöitä täysmääräisenä lähes koko vuoden ajan, joka lisäsi volyymia. Taulukossa näkyvä TuPlan volyymin lasku johtui toiminnan siirtymisestä Töölön sairaalasta Siltasairaalaan, jonka seurauksena tuotannon volyymi laski usean kuukauden ajaksi. Lisäksi tuotannon lisäämistä vaikeutti isohko hoitajavaje. TuPlan miinusmerkkiseen kehitykseen vaikuttaa tapaturma-aseman siirtyminen Akuutin yhteyteen Siltasairaalaan muun päivystystoiminnan kanssa vuoden 2023 alussa (Töölön sairaalan muutto). Tapaturma-aseman käynnit ja toimenpiteet näkyvät vielä vuoden 2022 luvuissa.

Taulukko 8. Suoritteiden lukumäärän muutos prosentteina vuosina 2022–2023 (PowerBi tuote-suoritekuutio).

Suorite muutos lkm. % 2022→2023	Hoitopäivät	Käynnit	Leikkaussali-toimenpiteet	Muut hoito-toimenpiteet
Pää- ja kaulakeskus	-0,4 %	+8,9 %	+7,7 %	+9,3 %
Tukielin- ja plastiikka-kirurgia	-6,1 %	-7,4 %	-8,2 %	+9,1 %
Syöpäkeskus	+7,1 %	+10,4 %	-1,0 %	+4,3 %
Vatsakeskus	+13,2 %	+28,2 %	+6,0 %	+39,2 %

Taulukosta 9 nähdään, että suoritteiden kustannukset olivat vuonna 2023 edellisvuotta korkeammat. Kustannustason muutoksia nostivat muun muassa hoitopäi-

vien osalta siirtoviivepäivät, joiden hinta on kaksinkertainen normaaliin hoitopäivään verrattuna. Leikkaustoimenpiteiden kustannuksia nostivat Tukielin- ja plastiikkakirurgian muutto Töölöstä Siltasairaalaan, jossa kustannukset esimerkiksi tiiloista ovat Töölön sairaalan kustannuksia korkeammat. Muita syitä olivat kasvanut elinsiirtotoiminta sekä elektiivisten leikkaussalien vähäisyys leikkaussalihenkilökuntavajeen takia, jonka seurauksena elektiivisiä eli suunniteltuja leikkauksia siirtyi kalliimmalle päivystysajalle.

Taulukko 9. Suoritekohtainen kustannuksen muutos vuosina 2022–2023 (PowerBi tuotesuoritekuutio).

Suoritteiden kustannusmuutos 2022→2023	Hoitopäivät	Käynnit	Leikkaussalitoimenpiteet	Muut hoitoimenpiteet
Pää- ja kaulakeskus	+31,6 %	+18,5 %	+11,1 %	+9,5 %
Tukielin- ja plastiikkakirurgia	+22,6 %	+10,2 %	+15,4 %	+7,2 %
Syöpäkeskus	+12,8 %	+23,1 %	+23,4 %	+10,0 %
Vatsakeskus	+8,0 %	-3,6 %	+10,0 %	+11,1 %

### Vuoden 2024 talousnäkymät

Vuoden 2024 talousarvion valmistelua kuvattiin vaikeaksi. Pelkästään henkilöstökulut kasvavat vuoden 2023 talousarviosta 5,4 %, mikä tekee kehysrahoituksen riittävyyden tulosalueella haastavaksi (taulukko 10).

Taulukko 10. Henkilöstökulujen muutos % vuoden 2022 tilinpäätökseen verrattuna (PowerBi talouskuutio).

	Pää- ja kaulakeskus		Tukielin- ja plastiikkakirurgia		Syöpäkeskus		Vatsakeskus	
TP= tilinpäätös TA= talousarvio	TP 2023	TA 2024	TP 2023	TA 2024	TP 2023	TA 2024	TP 2023	TA 2024
Henkilöstökulut	+9,4 %	+12,9 %	+7,7 %	+14,6 %	+15,2 %	+20,2 %	+13,6 %	+17,1 %

Talousasiantuntijoiden mukaan henkilökuntaa esimerkiksi leikkaussalitoiminnan ylläpitämiseen on liian vähän, mutta myös talousarvio asettaa haasteita kapasiteetin lisäämiselle. Talousarviossa on painotettu kehysten sisällä rahanjakoa yksiköille, joissa on haastavimmat hoitoon pääsyn ongelmat ja jonot ovat pitkiä. Tulosalueiden talousarvio on laadittu toiminnan mukaisesti painottaen jonotilannetta ja hoitotakuuta, mutta kehys ei mahdollista hoitojonojen purkamista, tavoitteena parhaimmillaan hoitojonojen kasvun pysäyttäminen. Operatiivisella tulosalueella talousarvion ensimmäisessä vaiheessa kuluja karsittiin 30 milj. eurolla. Lisäsopeutusvaateita tuli vielä ennen vuodenvaihdetta, joiden vaikutukset Operatiiviseen tulosalueeseen eivät olleet tätä tehdessä täysin selvillä.

Operatiivisen tulosalueen vuoden 2024 tuottavuustavoitteet (sama toiminta pienemmillä kustannuksilla tai samalla kustannuksella enemmän) kohdistuvat aineisiin, tarvikkeisiin ja tavaroihin (taulukko 11). Esimerkiksi Syöpäkeskuksessa lääkemenot pyritään laskemaan lääkkeiden omavalmistuksella, jolla pyritään hillitsemään lääkkeiden ostamista ulkopuolelta. Vuokratyövoima on yksi säästökohteista, vaikka henkilöstömenot eivät mahdollista kovin suurta henkilöstön määrän lisäystä. Muita säästökohteita ovat muun muassa koulutus- ja matkakulut.

Taulukko 11. Aineet, tarvikkeet ja tavarat, muutos % vuoden 2022 tilinpäätökseen verrattuna (PowerBi talouskuutio).

TP= tilinpäätös TA= talousarvio	Pää- ja kaulakeskus		Tukielin- ja plastiikkakirurgia		Syöpäkeskus		Vatsakeskus	
	TP2023	TA2024	TP2023	TA2024	TP2023	TA2024	TP2023	TA2024
Lääkkeet ja apteekkitarvikkeet	+23,1 %	-16,1 %	+6,0 %	-7,2 %	+34,1 %	+23,9 %	+8,7 %	+14,8 %
Tutkimus- ja hoitotarvikkeet	-3,9 %	+3,9 %	-6,6 %	-9,4 %	+17,6 %	+9,3 %	+7,8 %	+4,6 %
Laboratorio-tarvikkeet	+1,3 %	-57,7 %	-70,0 %	-65,0 %	-19,7 %	-36,5 %	+29,6 %	+167,7 %
Muut aineet, tarvikkeet ja tavarat	+15,5 %	+6,1 %	+6,6 %	+9,0 %	+15,1 %	+15,8 %	+15,1 %	+11,7 %

## 10 Pohdinta

### 10.1 Tulosten pohdinta

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää sote-uudistuksen aiheuttamia muutoksia HUS-yhtymän operatiivisen tulosalueen organisaatioon, strategiaan ja rahoitukseen.

THL:n mukaan integraatio ja palvelujen yhteensovittaminen hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kesken on HUS-yhtymähallinnon haasteellisimpia tehtäviä, mutta uuden organisaatorakenteen on arvioitu antavan hyvän pohjan yhteistyön ja integraation rakentamiselle Uudenmaan terveydenhuollon järjestäjien kesken (THL 2022a: 5, 8). HUS-yhtymän organisaatiomuutoksen tavoitteena on yhteistyön mahdollistaminen uusien yhteistyökumppaneiden, eli Helsingin kaupungin, Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Etelä-Suomen yhteistyöalueen kanssa (HUS 2023b: 19). Nyt tehdyn tutkimuksen mukaan organisaatiomuutos on mahdollistanut yhteistyön Operatiivisen tulosalueen sisällä, joka on lisännyt yhteisten toimintamallien rakentamista ja toimintojen kehittämistä tulosyksiköiden kesken. Yhteistyö hyvinvointialueiden kanssa on kuitenkin vasta aluillaan eikä yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa yleisesti ottaen vielä ole ollut. Pohja yhteistyölle on kuitenkin olemassa organisaation uuden asiakkuusyksikön myötä.

Toimivat hyvinvointialueet ovat yhteiskunnan kivijalka (Laitinen & Selander & Ervasti 2024: 43). Oikein porrastettujen terveydenhuollon palvelujen vahva merkitys terveydenhuollon kustannusten muodostumisessa on todettu Valtiontalouden tarkastusviraston lausunnossa, jonka mukaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista 70–80 % kohdistui 10 prosenttiin väestöstä. Olennaista on toimivat ennaltaehkäisevät palvelut paljon palveluita käyttävien henkilöiden kohdalla, koska terveydentilan heikkeneminen

johtaa kalliimpien palvelujen, kuten erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön. (Valtioneuvoston tarkastusvirasto 2017: 7.)

Palvelujen painottuminen perusterveydenhuoltoon oli uudistuksen tavoitteista tärkeimpiä. Tavoitteen toteutumiseksi olisi ratkaistava ongelmat perusterveydenhuollon palveluihin pääsemisessä, sillä odotusaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnille on Uudellamaalla pidempi kuin muualla Suomessa keskimäärin (HUS 2023b: 19). Perusterveydenhuollon tilasta on uutisoitu paljon, ongelmia on ollut esimerkiksi puhelinyhteyden saamisessa terveysasemalle. Perusterveydenhuollon ongelmia hoitoon pääsemisessä on ratkottu 1.9.2023 voimaantulleella tiukentuneella hoitotakuulla (Valtioneuvosto 2023b). THL:n raportin mukaan lokakuussa 2023 vain 57 prosenttia hyvinvointialueiden avosairaanhoidon jatkohoitokäynneistä lääkäreille toteutui enimmäisajassa, joka on seitsemän vuorokautta (THL 2023b). Asetettujen tavoitteiden toteutuminen edellyttää onnistumista palvelujen toteuttamisessa kaikissa organisaatioissa. Perusterveydenhuolto on tärkeä osa terveydenhuoltoa ja sen toimimattomuus aiheuttaa kuormitusta erikoissairaanhoidon aiheuttaen hoitajien pidentymistä sekä lisäkustannuksia. HUS-yhtymässä palvelujärjestelmän painopisteen siirtämisen tärkeys perustason suuntaan korostuu tämänhetkisen talustilanteen sekä huomattavien säästöpainneiden vuoksi (HUS 2023b: 18–19).

Hyvinvointialueuudistuksen onnistumisen perusta on työntekijöiden työkyky ja saataavuus, joka vaikuttaa suoraan potilaiden ja asiakkaiden turvallisuuteen ja hyvinvointiin (Laitinen 2024: 7). Tämän työn mukaan HUS-yhtymässä erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden hoidon saatavuutta vaikeuttaa tällä hetkellä haasteet etenkin hoitohenkilöstön, mutta paikoin myös lääkäreiden saatavuudessa. Selkeitä näkemyksiä siitä, miten sote-uudistus voisi turvata tavoitteiden mukaisesti ammattitaitoisen henkilöstön saatavuutta ei tullut haastatteluissa esiin. Strategisen painopisteen ”henkilöstökokemus” tavoitteena on olla halutuin työpaikka, joka täytyessään ratkaisisi henkilöstön saatavuusongelman. Henkilöstön saatavuuteen liittyen on kehitetty keskitettyä rekrytointia, mutta joihinkin tekijöihin kuten pysäköintipaikkojen puutteeseen, työtaistelun ja potilasturvallisuuslain (”pakkotyölaki”) myötä seuranneeseen negatiiviseen julkisuuskuvaan on rajalliset keinot puuttua. Työterveyslaitoksen hyvinvointialueiden työhyvinvointia koskevan tutkimuksen mukaan julkisessa keskustelussa olisi tärkeää tuoda enemmän esiin työn merkitystä sekä onnistumisia aiempaa positiivisemmin (Laitinen ym. 2024: 45).

HUSin lausunnossa eduskunnalle keinoina henkilöstön saatavuuden parantamiseksi todetaan muutokset työ- ja tehtäväkuivissa sekä työnjaossa sekä kansainvälinen rekrytointi

(HUS 2023d:3). Haastattelujen perusteella henkilöstön saatavuuteen liittyen kokemus oli, että työnhakijoita on jo enemmän, mutta rekrytoidut työntekijät olisi saatava pysymään työssään. Hoitotyön perehdyttämistä on kehitetty, mutta itse työn sisältöön liittyen ei ollut vielä olemassa pysyviä ratkaisuja. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan ammattitaito, osaaminen sekä työn merkitys ovat tärkeitä elementtejä työkyvyn ylläpitämisessä toimintakyvyn ja terveyden ohella (Laitinen ym. 2024: 44). Organisaatiomuutoksen seurauksena Operatiivisen tulosalueen toimintoja oli yhtenäistetty esimerkiksi työn vaativuuden arvioinnin sekä palkkauksen osalta. Työterveyslaitoksen raportin mukaan hyvinvointialueilla lähiesihenkilön toiminta koettiin yleisesti ottaen oikeudenmukaiseksi, mutta melko harva työntekijä koki päätöksenteon organisaatiotasolla oikeudenmukaiseksi ja vain harvat työntekijät kokivat saavansa tunnustusta ja arvostusta työstään. Työstä palautumiseen olisi tärkeää panostaa jo työpäivän aikana, lisäksi tarvitaan työtapoihin ja työn organisointiin liittyviä toimia takaamaan työn kehittämistä osana työtä. (Laitinen ym. 2024: 21, 42–45.)

Vaikea hoitohenkilökunnan saatavuustilanne on ajanut osan hyvinvointialueista palkkakilpailuun. HUS-yhtymän Eduskunnalle antamassa lausunnossa esitettiin huoli HUSin henkilökunnan pitovoiman heikkenemisestä hyvinvointialueiden ja eri toimijoiden välisen palkkakilpailun myötä. Pitovoiman heikkenemistä ja henkilöstön saatavuutta heikentää pääkaupunkiseudun korkea elinkustannusten taso, mutta HUSilla ei tässä taloustilanteessa liene mahdollisuutta lähteä mukaan palkkakilpailuun. Henkilöstökustannusten tason nousua ei ole huomioitu valtiovarainministeriön rahoituslaskelmissa (HUS 2023d: 3). Monet hyvinvointialueet ovat ottaneet käyttöön sitouttamisrahan, jotta kriittisesti henkilöstöpulasta kärsiviin työyksiköihin saadaan työntekijöitä. HUS-yhtymässä sitouttamisraha ei ole käytössä.

Organisaation sisäisten olosuhteiden lisäksi ulkoiset, yhteiskunnassa tapahtuvat asiat vaikuttavat henkilöstön kuormitukseen. Jo pidempään jatkuneen työvoimapulan sekä talousongelmien lisäksi epävarmuutta ja kuormitusta aiheutti Sote-uudistuksen loppumetreillä alkanut koronapandemia, jonka aikana työstressi oli hyvinvointialueille korkeimmillaan (Laitinen 2024: 5). Poikkeustilanne aiheutti muutoksia terveydenhuollossa, jonka seurauksena hoitovelkaa on vielä maksamatta. Myös parhailaan käynnissä oleva Suomen talouteen heijastunut Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan on aiheuttanut HUS-yhtymälle talousvaikutuksia. HUS voi vaikuttaa toimintojen ja palvelujen organisointiin, mutta vain rajoitetusti tulovirtoihinsa. (HUS 2023b: 5.) Kun aiemmin on oltu huolissaan muun muassa maaseudun muuttotappiokuntien asukkaiden terveystalvelujen saatavuuden

ongelmista, nyt huolena on myös Uudenmaan asukkaiden eriarvoinen asema erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudessa, joka johtuu tiukan taloustilanteen vaatimasta toimintojen sopeuttamisesta (HUS 2023d: 3).

Sote-uudistuksen tavoitteita ajatellen (palvelujen saatavuuden parantaminen, yhdenvertaisten palvelujen turvaaminen ja terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen) asiakaskokemukseen ja hoitoon pääsyyn vaikuttavat HUS-yhtymässä vaikeudet henkilöstön saatavuudessa ja toimintojen rahoituksessa. Ongelma ei koske vain HUS-yhtymää, sillä terveydenhuollon henkilökunnasta on pulaa kaikilla hyvinvointialueilla. Operatiivisen tulosalueen toimintaan vaikuttavat erityisesti Kuvantamisen diagnostiikan sekä Leikkaus- ja tehohoidon vaikea henkilöstön saatavuusongelma, talousarvion aiheuttaessa lisäksi haasteita kapasiteetin lisäämiselle. Tiukasta taloustilanteesta riippumatta esimerkiksi syöpäpotilaiden lääkehoitojen todettiin toteutuvan asianmukaisesti.

Terveydenhuollon kustannuksien on todettu jo aiemmin lisääntyneen lääkemenojen kasvun sekä ihmisten terveydenhuoltoon kohdistuvien odotusten seurauksena (Saarinen 2010: 11). Haastatteluissa nousi esiin huoli talousraamin riittävydestä potilasmäärän kasvaessa sekä suhteessa HUS-yhtymän valtakunnallisiin vastuisiin. Hyvinvointialueilta tuleva kehysrahoitus todettiin riittämättömäksi ja näkemys oli, että tiukka taloustilanne taloutta tasapainottavine toimenpiteineen sekä säästöohjelmat vaikuttavat potilaiden hoitoon jo nyt.

Laadukas tutkimus ja opetus on osa HUS-yhtymän strategiaa, tutkimustyöstä ei kuitenkaan esitetty haastatteluissa juurikaan näkemyksiä henkilöstötilanteen ja potilaiden hoidon saatavuuden korostuessa tämänhetkisessä taloustilanteessa. Tutkimusrahoituksen pienenemisen todetaankin uhkaavan väestön parhaaksi tapahtuvaa tutkimustyötä (Heikinheimo & Saxen & Haglund ym. 2022: 138).

Sote-uudistuksen myötä tapahtunut rahoitusmuutos ei haastattelujen perusteella vaikuttanut juurikaan toimintoihin tai suoritteisiin vielä uudistuksen ensimmäisenä vuonna 2023. Vuoden 2024 talousarvio näyttäytyy erilaisena sisältäen ylimääräisiä säästöohjelmia ja taloutta tasapainottavia toimenpiteitä, joten uusi rahoitusmalli näyttäytyy ongelmallisena pyrkimyksissä kohti HUS-yhtymän strategisia sekä sote-uudistuksen tavoitteita. Haastattelujen perusteella haasteita aiheutti jo ennestään koronavuosilta kertynyt, sote-uudistuksesta riippumaton hoitovelka sekä henkilöstön vaikea saatavuusongelma. Uusi rahoitusmalli ei vaikuta antavan mahdollisuutta tilanteen korjaamiseen ja hoitojonojen lyhentämiseen, koska rahoituksen riittämiseksi toimintoja joudutaan priorisoimaan.

Ikääntyvän väestön aiheuttama terveydenhoitomenojen kasvu, jatkuvasti kehittyvät hoitomahdollisuudet sekä taloustilanne ovat haastava kokonaisuus.

## 10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa on arvioitava tutkimusaiheen eettistä oikeutusta, tutkimusaiheen arkaluontoisuutta, tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuutta, tutkimuksen menetelmällisiä valintoja sekä tutkimukseen osallistuvien ja opinnäytetyöntekijän suhdetta aineiston keruussa, analysoinnissa sekä raportoinnissa (Kylmä & Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003).

Opinnäytetyö on toteutettu käyttäen laadullista lähestymistapaa hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti. Työssä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) eettisiä periaatteita koko tutkimusprosessin ajan suunnittelusta julkaisemiseen saakka (HTK 2023: 11).

Opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa HUSin käytäntöjen mukaisesti. Työssä on huomioitu anonymiteetti, luottamuksellisuus ja työn julkisuuteen sekä salassapitoon liittyvät asiat on määritelty, varmistettu ja huomioitu raportoinnissa. Opinnäytetyö on toteutettu lainsäädännön sekä HUSin GDPR tietosuojajohtajuuden mukaisesti.

Tutkimukseen osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista. Tarkoituksena oli kuvata haastateltavien näkemyksiä ja kokemuksia siten, ettei heitä voi tunnistaa tutkimuksesta. Haastatteluissa painotettiin enemmän aineiston laatua kuin määrää, jolla turvattiin oleellisten asioiden saaminen, tarkoituksena tarkastella teemoja kuitenkin mahdollisimman avoimesti. Haastatteluilla kerätty aineisto litteroitiin analyysia varten, jotta vastauksista tutkimuksen tarkoitusta vastaava kokonaisuus. (Kylmä ym. 2003.)

Ilmiön tutkiminen koettiin perustelluksi tutkittaessa sote-uudistuksen aiheuttamia muutoksia HUS-yhtymän toiminnassa. Aineiston keruu tapahtui haastattelemalla tutkimukseen osallistujat kahden kesken tilassa, jossa ei ollut muita henkilöitä. Haastateltavat saivat tiedon haastattelun aihepiireistä etukäteen sähköpostitse. Osassa haastatteluja aikataulu oli kireä, mutta haastateltavalle annettiin mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä tutkimuksen edetessä. Haastattelumateriaali

oli opinnäytetyöntekijän käytössä ja se hävitettiin tutkimuksen valmistuttua asianmukaisella tavalla. Talousasiantuntijat tavattiin yhtä aikaa ja talouden luvut sekä dokumentteja saatiin heiltä sähköpostitse etukäteen.

Tutkimuksessa käytettiin kahta eri menetelmää (aineistoriangulaatio), teemahaastattelua sekä dokumenttianalyysia luotettavuuden lisäämiseksi. Dokumenttianalyysin avulla saadaan luotettava kuva muuttuvista tekijöistä (Tuomi ym. 2008: 143). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston luotettavuuteen vaikuttaa aineiston laatu, johon vaikuttaa tutkijan oma toiminta. Merkittävää on, onko käytössä oleva aineisto huomioitu kokonaisuudessaan, miten aineiston käsittely, kuten litterointi on toteutettu ja onko tutkittavien ajatukset onnistuttu tuomaan esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2011: 188–189.)

Litterointia ja aineiston käsittelyä helpotti onnistuneet haastattelutilanteet, joissa haastatteluaineisto taltioitiin nauhurilla ja litteroitiin tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalla sanasta sanaan. Haastatteluaineistosta valittiin suoria lainauksia, joiden tarkoituksena oli vahvistaa tutkimustulosten luotettavuutta ja uskottavuutta.

### 10.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. HUS-yhtymän organisaatiomuutos ja strategian päivitys ovat hyvä pohja sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamiselle.
2. Organisaatiomuutos on lisännyt yhteistyötä ja mahdollistanut asioiden yhtenäistämisen sekä yhteisten toimintatapojen ja käytäntöjen kehittämisen tulosalueen sisällä.
3. Keskeisen tärkeäksi kuvattu hyvinvointialueyhteistyö ja integraatio perusterveydenhuollossa on vielä alussa. Uudenmaan erillISRatkaisun ja sen myötä kuuden eri organisaation koettiin vaikeuttavan yhteistyötä ja yhteisten toimintamallien kehittämistä.
4. Sote-uudistuksesta riippumattomana tekijänä vaikea terveydenhuollon henkilöstön saatavuus heikentää potilaiden hoitoon pääsyä ja henkilöstöstä on pulaa koko Suomessa. Sote-uudistuksen ei nähty tuovan keinoja henkilöstötilanteen parantamiseksi.

5. Kehysrahoitus nähtiin riittämättömänä, jonka arvioitiin vaikuttavan potilaiden hoitoon pääsyyn ja asiakaskokemukseen heikentävästi.

Uudistuksessa keskeistä oli palvelujen painottuminen perusterveydenhuoltoon ja ennaltaehkäisyyn sekä toimivat hoitoprosessit erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Jatkotutkimuksena voisi tarkastella miten suunnitellut potilaiden hoitopolut sekä yhteistyö perusterveydenhuollon ja hyvinvointialueiden kanssa toteutuu ja onko hyötyjä sote-uudistuksen tavoitteisiin nähden saavutettu.

## Lähteet

Aaltonen, Janne & Jaatinen, Seppo & Talvinko, Tuula & Virtanen, Martti & Vohlonen, Ilkka 2007. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotteistus Suomessa. 2007. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. <<https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2007/1238-erikoissairaanhoidon-palvelujen-tuotteistus-suomessa>>. Viitattu 15.10. 2023.

Ahonen, Esa & Ahopelto, Maire, Heikkinen, Matti & Huovinen-Tervo Marjo, Pekkala, Terho & Tolonen, Eija (toim.). Sote-sopan keittokirja- Sote-uudistuksen taustatekijät ja käännekohdat. KAKS-Kunnallisan kehittämissäätöön julkaisu 45. 2021. <[https://kaks.fi/wp-content/uploads/2021/09/45\\_sote-sopan-keittokirja.pdf](https://kaks.fi/wp-content/uploads/2021/09/45_sote-sopan-keittokirja.pdf)>. Viitattu 7.10.2023.

Croel, Katja & Hetemaa, Tiina & Knape, Nina & Leipälä, Jaana ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa. Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, kevät 2023. Päätöksen tueksi 1/2023. THL. Helsinki. <<https://www.sitra.fi/app/uploads/2020/06/vaestonselvitys-2040.pdf>>. Viitattu 28.10.2023.

Heikinheimo, Markku & Saxen, Harri & Haglund, Caj ym. 2022. Laadukkaan sairaanhoidomme tulevaisuus vaarassa. Duodecim 2022;138(20):1864. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo17023>>. Viitattu 18.2.2024.

Eduskunta, 2020. Hallituksen esitys eduskunnalle 2020.< [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE\\_241+2020.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_241+2020.pdf)>. Viitattu 1.10.2023.

Enroth, Linda 2018. Terveiden sosiaalinen eriarvoisuus hyvin vanhoilla. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta (Terveystieteet) ja Gerontologian tutkimuskeskus (GEREC), Tampereen yliopisto. Gerontologia 3/2018. Viitattu 1.10.2023.

ETENE 2013. Julkaisuja 43. Alueellisen yhdenvertaisuuden eettisiä kysymyksiä. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2013. Verkkojulkaisu. <<https://etene.fi/documents/66861912/66864943/ETENE-julkaisuja+43+Alueellisen+yhdenvertaisuuden+eettisi%C3%A4+kysymyksi%C3%A4.pdf/9eab1426-0ceb-48fd-977f-cab9d0f5b85b/ETENE-julkaisuja+43+Alueellisen+yhdenvertaisuuden+eettisi%C3%A4+kysymyksi%C3%A4.pdf?t=1439805716000>>. Viitattu 29.9.2023.

Finlex a. Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. <[https:// www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoido](https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoido)>. Viitattu 26.10.2023.

Finlex b. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210615>>

Haapiainen, Reijo & Kaila, Minna & Salomaa, Eva 2019. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap\\_3\\_2019\\_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap_3_2019_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 6.10.2023.

Harju-Kolkka, Kaisu & Solin, Helena & Tyyskä, Saija 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistaminen sekä maakuntien perustaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2020. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162497/STM\\_2020\\_32\\_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162497/STM_2020_32_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 29.9.2023.

Harjula, Minna 2015. Hoitoon pääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla. Tampereen yliopistopaino oy. Tampere 2015. <[https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98006/hoitoonpaasyn\\_hierarkiat\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98006/hoitoonpaasyn_hierarkiat_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 21.10.2023.

Hautamäki, Antti 2001. Suomi muutosten edellä. Raportti Suomen haasteista. Sitran raportteja 6. SITRA. <[https:// www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/raportti6-2.pdf](https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/raportti6-2.pdf)>. Viitattu 12.2.2024.

Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha 2005. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Helsinki. <[https://vnk.fi/documents/10616/622942/J0505\\_Julkinen+hyvinvointivastuu.pdf](https://vnk.fi/documents/10616/622942/J0505_Julkinen+hyvinvointivastuu.pdf)>. Viitattu 22.10.2023.

Heiskanen, Tapani 2012. Yhdenvertaisuus työelämässä. Yhdenvertaisuuden monet kasvot. Tutkielma. Turun yliopisto, Oikeustieteellinen tiedekunta. <<https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/91448/Yhdenvertaisuus%20ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4ss%C3%A4-%20pro%20gradu%20Tapani%20Heiskanen.pdf?sequence=2>>. Viitattu 30.9.2023.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi. 2009. Viitattu 13.1.2024.

Honkatukia, Juha 2018. Maakuntien menopaineet tulevaisuudessa. Tehokas ja vaikuttava sote-seminaari 8.11.2018. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137343/Sosiaali-%20ja%20terveysmenojen%20ennakoitu%20kehitys%20Suomessa.pdf?sequence=1>>. Viitattu 27.10.2023.

Hujanen, Timo & Mikkola, Hannamari & Luoto, Riitta 2023. Miksi työterveyshuolto on keskittynyt yksityisiin lääkärikeskuksiin? KELA 2023. Tutkimusblogi.

Huotari Tiina & Antikainen Harri & Rusanen Jarmo 2013. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisten päivystyspisteiden saavutettavuus. Päivystysyksiköiden sijainnin suhde väestörakenteeseen paikkatietomenetelmillä tarkasteltuna. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74474/Rap\\_2013\\_27\\_verkkoversio\\_uusi050913.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74474/Rap_2013_27_verkkoversio_uusi050913.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 23.9.2023.

HTK, Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. Helsinki. <<https://tenk.fi/fi/ajankohtaista/htk-2023-ohje-julkaistu>>

HUS 2022a. Talousarvio 2023. Taloussuunnitelma 2023–2025. Yhtymäkokous 14.12.2022. Viitattu 13.11.2023.

HUS 2022b. HUS-yhtymä hallintosääntö 1.11.2022. Viitattu 5.2.2024.

HUS 2022c. HUS-yhtymä, perussopimus 27.4.2022. <[https://www.hus.fi/sites/default/files/2022-09/HUS-yhtymän\\_perussopimus.pdf](https://www.hus.fi/sites/default/files/2022-09/HUS-yhtymän_perussopimus.pdf)>

HUS 2023a. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2022. Yhtymähallitus 6.3.2023. Viitattu 31.1.2024

HUS 2023b. Talousarvio 2024. Taloussuunnitelma 2024–2026. Hallitus 6.11.2023. Viitattu 14.2.2024.

HUS 2023c. Omavalvontaohjelma. HUS-yhtymä. 11.9.2023. <<https://www.hus.fi/sites/default/files/2023-09/HUS-yhtym%C3%A4n%20omavalvontaohjelma.pdf>>. Viitattu 14.10.2023

HUS 2023d. HUS-yhtymän lausunto Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan kunta- ja hyvinvointijaostolle koskien Hallituksen esitystä eduskunnalle valtiontalousarvioksi vuodelle 2024. 23.10.2023. <<https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/EDK-2023-AK-33582.pdf>>. Viitattu 29.2.2024.

HUS 2024. HUS-yhtymä Suoritekäsikirja 2024. Viitattu 21.2.2024.

HUS SharePoint. Organisaatio. <<https://hussote.sharepoint.com/sites/intra-operatiiviset-palvelut>>. Viitattu 5.2.2024

Häkkinen, Unto & Holster, Taru. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. 2020; 3. Raportti 6/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139708/URN\\_ISBN\\_978-952-343-483-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139708/URN_ISBN_978-952-343-483-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>

Häkkinen, Unto & Laukkonen, Marja-Liisa & Ngyen, Lien ym. 2022. Olosuhdetekijät sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa. Työpaperi 25/2022. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/144360>>. Viitattu 18.2.2024.

Jokela, Satu & Kilpeläinen, Katri & Parikka, Suvi & Sares-Jäske, Laura & Koskela, Timo & Lumme, Sonja, Martelin, Tuija & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo & Rotko, Tuulia 2021. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 5/2021. Helsinki. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/142576>>. Viitattu 5.11.2023.

Kallio, Johanna 2008. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät. Artikkelit Yhteiskuntapolitiikka 73. 2008:5. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100189/kallio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 5.11.2023.

Kestilä, Laura & Martelin, Tuija 2018. Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Indikaattorikatkaus. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137679/SH%202018\\_1%20Suomen%20v%C3%A4est%C3%B6rakenne%20ja%20sen%20kehitys%20\\_%20L%20Kestil%C3%A4%20\\_%20T%20Martelin%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137679/SH%202018_1%20Suomen%20v%C3%A4est%C3%B6rakenne%20ja%20sen%20kehitys%20_%20L%20Kestil%C3%A4%20_%20T%20Martelin%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 28.10.2023.

Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL\\_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 4.11.2023.

Kuntaliitto. Kuntapalvelujen pelastusohjelma 2009. <[https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Liite%201\\_pelastusohjelma\\_book.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Liite%201_pelastusohjelma_book.pdf)>. Viitattu 29.10.2023.

Kylmä, Jari & Vehviäinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani 2003; 119(7). Laadullinen terveystutkimus- mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Laesterä, Eero 2023. Kunnan hyvinvointialueiden perustamisen jälkeen. KAKS-Kunnallisan kehittämissäätiö. Otavan kirjapaino oy. Keuruu. <[https://kaks.fi/wp-content/uploads/2023/09/kunnat-hyvinvointialueiden-perustamisen-jalkeen-laestera\\_pdf.pdf](https://kaks.fi/wp-content/uploads/2023/09/kunnat-hyvinvointialueiden-perustamisen-jalkeen-laestera_pdf.pdf)>. Viitattu 21.10.2023.

Laitinen, Jaana & Selander, Kirsikka & Ervasti, Jenni 2024. Mitä kuuluu hyvinvointialueiden työhyvinvoinnille 2023? Työterveyslaitos 2024. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148158/TTL\\_978-952-391-148-2.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148158/TTL_978-952-391-148-2.pdf?sequence=5&isAllowed=y)>. Viitattu 28.2.2024.

Lehto, Juhani & Blomster, Peter 1999. 1990-luvun lama ja sosiaali- ja terveyspolitiikan suunta. Yhteiskuntapolitiikka 64(1999) 3. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101054/993lehto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 20.10.2023.

Lehtonen, Lasse & Hiilamo, Heikki & Erhola, Marina ym. 2018. Valinnanvapaus SOTE-uudistuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2018: 55: 78–87. Teema-artikkeli. Viitattu 1.10.2023.

Mattila, Yrjö 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Helsinki: KELA, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116.

OECD 2019. State of health in the EU. Suomi- Maan terveystilaprofiili. <<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/342765e3-fi.pdf?expires=1699095491&id=id&acc-name=guest&checksum=CE3C2A280F3CAD5D433D81BAB1765BCB>>. Viitattu 4.11.2023.

OECD 2021. Suomi Maan terveystilaprofiili 2021. State of Health in the EU. European Commission 2021. <[https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_fi\\_finnish.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_fi_finnish.pdf)>. Viitattu 20.9.2023.

Parjanne, Marja-Liisa 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 2004:18. Helsinki. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72934/Selv200418.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 13.2.2024.

Pekurinen, Markku 2007. Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Terveydenhuollon menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. <[https://vnk.fi/documents/10616/622950/J0407\\_Terveystilaprofiili\\_menojen\\_hillinta.pdf/cdc63122-e275-4212-82a0-8d7c2c6f8226?version=1.0](https://vnk.fi/documents/10616/622950/J0407_Terveystilaprofiili_menojen_hillinta.pdf/cdc63122-e275-4212-82a0-8d7c2c6f8226?version=1.0)>. Viitattu 7.2.2024.

Pernu, Maria & Nemlander, Anu 2021. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2020. Suomen Kuntaliitto 2021. Helsinki. <<https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/2115-Suurten-kaupunkien-terveydenhuollon-kustannukset-vuonna-2020-2021.pdf>>. Viitattu 4.11.2023.

Pesonen, Niilo 1980. Terveystilaprofiili sairautta vastaan. Terveystilaprofiili ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. WSOY.

PowerBi tuote-suoritekuutio 2023. Suoritteet Operatiivisen tulosalueen erikoisalakeskuk-  
sen mukaan. Kaikki tuottajat, tulonsaaja Operatiivinen tulosalue.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-  
kirja. Viitattu 12.11.2023.

Ranta, Tommi & Laasonen, Valtteri & Manu, Samuli ym. 2019. Maakunta- ja sote-uudis-  
tuksen valmistelun tuki 2019. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu-  
sarja. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161518>>. Viitattu 20.10.2023.

Rantamäki, Niina & Kattilakoski, Mari & Halonen, Maija 2020. Alueellinen yhdenvertai-  
suus turvattava sote-rakenteissa. Maaseutupolitiikan neuvosto MANE. Maaseutupoliti-  
kan politiikkasuositukset, 6/2020. <[https://www.maaseutupolitiikka.fi/uutiset/politiikka-  
suositusalueellinen-yhdenvertaisuus-sote-rakenteissa](https://www.maaseutupolitiikka.fi/uutiset/politiikka-<br/>suositusalueellinen-yhdenvertaisuus-sote-rakenteissa)>. Viitattu 29.9.2023.

Raudasoja, Kasia & Johansson Marja-Leena 2009. Esimies talouden johtajana julkishal-  
linnossa. WSOYpro. Helsinki. Viitattu 4.2.2024.

Saarinen, Arttu 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointival-  
tiota ja sen terveystaloutta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114. Kelan tutkimus-  
rahasto. Helsinki. <[https:// helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/f666e1a8-9389-  
421f-a88a-efca129b52da/content](https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/f666e1a8-9389-<br/>421f-a88a-efca129b52da/content)>. Viitattu 12.2.2024.

Saarivirta, Toni & Consoli, Davide & Dhondt, Pieter 2009. Suomen terveydenhuoltojär-  
jestelmän ja sairaaloiden kehittyminen. Vaatimattomista oloista modernin terveyden-  
huollon eturintamaan. Kasvatus & Aika, 3(4). <[https://journal.fi/kasvatusjaaika/arti-  
cle/view/68129](https://journal.fi/kasvatusjaaika/arti-<br/>cle/view/68129)>. Viitattu 29.10.2023.

Seppälä, Timo & Pekurinen, Markku (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset ra-  
havirrat. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2014. Viitattu 15.10.2023.  
< [www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL\\_RAP022\\_2014verkko.pdf?se-  
quence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116653/THL_RAP022_2014verkko.pdf?se-<br/>quence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 29.10.2023.

SITRA 2010. Tulevaisuuden terveydenhuolto 2022. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.  
Helsinki. <[https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Tulevaisuuden20terveyden-  
huolto2022-2.pdf](https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Tulevaisuuden20terveyden-<br/>huolto2022-2.pdf)>. Viitattu 21.10.2023.

SotkaNet tietokanta. THL 2018. <<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku>>. Viitattu 4.11.2023.

STM 2001. Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. <[julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70092/terveys2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70092/terveys2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 30.9.2023.

STM 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Helsinki. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70009/Es200507.pdf?sequence=1>>. Viitattu 20.9.2023.

STM 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä. Terveystieteiden tutkimuskeskus Suomessa 2/2013. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69928/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3389-7.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69928/URN_ISBN_978-952-00-3389-7.pdf)>. Viitattu 21.10.2023.

STM 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Suomessa 2012:1. Helsinki 2012. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73613/URN%3ANBN%3Afi-fe201504227235.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 6.11.2023.

STM 2021a. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen lainsäädäntöön sekä eräisiin muihin lakeihin tehtäviä muutoksia sote-uudistuksesta johtuen (Sote100). Lausuntoyhteenveto. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:10. Helsinki. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162931>>. Viitattu 14.10.2023.

STM 2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM\\_2022\\_18J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM_2022_18J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 13.1.2024.

STM 2023a. Yksityiset sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Suomessa 2023:1. <<https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>>. Viitattu 12.1.2024.

STM 2023b. Tiekartta 2022–2027. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. Helsinki.

<[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164634/STM\\_2023\\_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164634/STM_2023_8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 24.9.2023.

STM 2023c. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut>>. Viitattu 13.1.2024.

STM 2023d. Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/hyvinvointialueet>>. Viitattu 13.1.2024.

STM 2023e. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueet. Verkkodokumentti. <<https://stm.fi/yhteistyöalueet>>. Viitattu 13.1.2024.

STM 2023 f. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueet. Verkkodokumentti. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/yhteistyöalueet>>. Viitattu 14.1.2024.

Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo. 2006. Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. STAKES. Helsinki 2006.

Teperi, Juha & Keskimäki, Ilmo. Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa: Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.): Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2007

THL 2022a. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen HUS-yhtymässä- alueellinen asiantuntija-arvio 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. THL Päätöksen tueksi 8/2022. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/146006>>. Viitattu 26.9.2023.

THL 2022b. Ohje hyvinvointialueiden muutostilanteissa. <[https://thl.fi/documents/155392151/190361300/THL\\_Ohje\\_1-2022\\_hyvinvointialueiden\\_muutostilanteessa\\_.pdf/e9b29806-15ce-c40b-fd9f-397ee8345eaf/THL\\_Ohje\\_1-2022\\_hyvinvointialueiden\\_muutostilanteessa\\_.pdf?t=1642595373048](https://thl.fi/documents/155392151/190361300/THL_Ohje_1-2022_hyvinvointialueiden_muutostilanteessa_.pdf/e9b29806-15ce-c40b-fd9f-397ee8345eaf/THL_Ohje_1-2022_hyvinvointialueiden_muutostilanteessa_.pdf?t=1642595373048)>. Viitattu 13.1.2024.

THL 2023a. Hyvinvointialueiden sote-palveluiden tarveperustainen rahoitus 14.1.2023. <<https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/rahoitus-ja-kustannukset/hyvinvointialueiden-sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus>>

THL 2023b. Perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitopaasi. 10.12.2023. <<https://thl.fi/-/perusterveydenhuollon-kiireettomaan-hoitoon-paasi-lokakuussa-aiempaa-nopeammin>>. Viitattu 18.2.2024.

THL 2024. HYTE-kerroin- kannustin kunnille. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/aiheet/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-kunnassa/hyte-kerroin-kannustin-kunnille>>. Viitattu 17.3.2024.

Tilastokeskus 2020. Tilastokeskus syntyneet 2020. <[https://www.tilastokeskus.fi/til/synt/2019/02/synt\\_2019\\_02\\_2020-12-04\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.tilastokeskus.fi/til/synt/2019/02/synt_2019_02_2020-12-04_tie_001_fi.html)>. Viitattu 28.10.2023.

Tilastokeskus 2023. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020. <<http://www.stat.fi/til/thkura/>>. Viitattu 14.1.2023.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Helsinki: Tammi. Viitattu 11.1.2024.

Valli-Lintu, Auli 2017. Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu. KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätö Julkaisu 10 2017. <[kaks.fi/wp-content/uploads/2017/09/sote-jakuntarakenteen-pitka-kujanjuoksu\\_2.pdf](https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/09/sote-jakuntarakenteen-pitka-kujanjuoksu_2.pdf)>. Viitattu 20.10.2023.

Valtioneuvosto a. Sote-uudistuksen yleisesittely. Verkkodokumentti. <[https://valtioneuvosto.fi/documents/16650278/81626765/Sote-uudistus\\_yleisesittely.pdf/b736e2b6-301e-573c-4ec3-d8848dc0a5a7/Sote-uudistus\\_yleisesittely.pdf?t=1624434537540](https://valtioneuvosto.fi/documents/16650278/81626765/Sote-uudistus_yleisesittely.pdf/b736e2b6-301e-573c-4ec3-d8848dc0a5a7/Sote-uudistus_yleisesittely.pdf?t=1624434537540)>. Viitattu 15.2.2024.

Valtioneuvosto 2021. Sote-uudistus-keskeinen lainsäädäntö tiiviisti. 22.6.2021. <[https://soteuudistus.fi/documents/16650278/81626765/SOTE\\_faktalehti\\_KeskeinenLainsaadanto\\_FI\\_002.pdf/944f0f8a-a749-712a-c4b2-70a6a53881c3/SOTE\\_faktalehti\\_KeskeinenLainsaadanto\\_FI\\_002.pdf?t=1624867653710](https://soteuudistus.fi/documents/16650278/81626765/SOTE_faktalehti_KeskeinenLainsaadanto_FI_002.pdf/944f0f8a-a749-712a-c4b2-70a6a53881c3/SOTE_faktalehti_KeskeinenLainsaadanto_FI_002.pdf?t=1624867653710)>. Viitattu 14.10.2023.

Valtioneuvosto 2023a. Yhdenvertaisuusvaltuutettu. Syrjintä ja yhdenvertaisuus. <<https://syrjinta.fi/yhdenvertaisuus>>. Viitattu 28.10.2023.

Valtioneuvosto 2023b. Perusterveydenhuollon hoitotakuu. Mediatiedote 19.1.2023. <<https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/perusterveydenhuollon-hoitotakuu-tiukkeneekahteen-viikkoon-syyskuussa-2023->>. Viitattu 18.2.2024.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. Helsinki. <<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>>. Viitattu 18.2.2024.

Valtiovarainministeriö 2020. Kunnat käännekohdassa? Kuntien tilannekuva 2020. Valtiovarainministeriön julkaisuja-2020:13. Kunta-asiat. Helsinki 2020. <[julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162061/VM\\_2020\\_13\\_Kuntien\\_tilannekuva\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162061/VM_2020_13_Kuntien_tilannekuva_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Viitattu 20.10.2023.

Valtiovarainministeriö 2022. Julkisen talouden kestävyysvaje. Valtiovarainministeriö 8.12.2022. <[https://vm.fi/documents/10623/142666320/10\\_Julkisen+talouden+kestavyysvaje.pdf](https://vm.fi/documents/10623/142666320/10_Julkisen+talouden+kestavyysvaje.pdf)>. Viitattu 21.2.2024.

Valtiovarainministeriö 2023. Hyvinvointialueen rahoituksen määräytyminen. <<https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus>>. Viitattu 21.10.2023.

Valtiovarainministeriö a, hyvinvointialueiden tehtävät ja toiminta. <<https://vm.fi/hyvinvointialueiden-tehtavat-ja-toiminta>>. Viitattu 6.11.2023.

Valtiovarainministeriö b. Hyvinvointialueen rahoituksen määräytyminen. Verkkodokumentti. <<https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus>>. Viitattu 13.1.2024.

Valtiovarainministeriö c. Lisärahoitusta voi saada palvelujen turvaamiseksi. Verkkodokumentti. <<http://vm.fi/lisarahoitus>>. Viitattu 13.1.2024.

Valtiovarainministeriö d. Päätöksenteko hyvinvointialueella. Verkkodokumentti. <<https://vm.fi/paatöksenteko-hyvinvointialueilla>>. Viitattu 13.1.2024.



## Teemahaastattelukysymykset

Haastattelukysymyksiä sote-uudistuksen aiheuttamiin muutoksiin	
Organisaatiomuutokseen liittyen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Onko aiheuttanut muutoksia taloudelliseen päätöksentekoon tai toiminnanohjaukseen?</li><li>• Onko aiheuttanut muutoksia käytettävissä oleviin resursseihin?</li><li>• Onko vaikuttanut toimintoihin (esimerkiksi toimintojen siirto)?</li></ul>
Strategiamuutokseen liittyen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Millä tavoin uutta strategiaa on huomioitu ja viety käytännön tasolle?</li><li>• Miten strategiamuutoksen tavoitteet ovat vaikuttaneet käytännössä?</li></ul>
Kehyksen mukaiseen rahoitukseen liittyen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Millä tavoin rahoitusmallin muuttuminen näyttäytyy tulosyksikön toiminnassa, eli millaisia muutoksia se on aiheuttanut tulosalueen toiminnanohjaukseen, toimintatapoihin tai hankintoihin?</li></ul>
Sekoittavat tekijät	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mitkä muut asiat voivat tällä hetkellä vaikuttaa toimintaan, suoritteisiin ja tuottavuuteen?</li></ul>

## HUS-yhtymän dokumenttien kuvaus

Dokumentti	Sisältö	Sivumäärä
Hallintosääntö	Määräykset, joita noudatetaan HUS-yhtymän johtamisessa, toiminnan ja hallinnon järjestämisessä sekä päätöksenteko- ja kokousmenettelyssä	46
Järjestämissopimus	HUS-yhtymän, Helsingin kaupungin sekä Uudenmaan hyvinvointialueiden välinen sopimus keskinäisestä toiminnan yhteensovittamisesta ja yhteistyöstä sekä työnjaosta	41
Perussopimus	Helsingin kaupungin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välinen sopimus, jonka perusteella HUS-yhtymä on perustettu	12
Omavalvontaohjelma	Ohjelma, jossa osoitetaan menettelytavat lainsäädännön noudattamisen ja puutteiden korjaamisen varmistamiseksi palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä	25
Operatiivisen tulosalueen suoritteet	PowerBi suoritekuutio	
Operatiivisen tulosalueen tuloslaskelma	PowerBi suoritekuutio	
Suoritekäsikirja	Käsikirja, jossa määritellään sairaanhoidollisten palvelujen, potilashoidon, sairaanhoidon, laskutuksen ja asiakasmaksujen käsitteitä	121
Talousarvio, taloussuunnitelma	Suunnitelma, jossa hyväksytään seuraavan vuoden talousarvio	136
Tilinpäätös ja toimintakertomus	Laskelma, joka kertoo yrityksen tuloksen ja varallisuustilanteen. Toimintakertomus on osa tilinpäätöstä, sisältäen tilikauden ja sen päättymisen jälkeiset olennaiset tapahtumat sekä arvion tulevasta kehityksestä	>350