

Emma Valkonen

KESKITTÄMISEN AIKAKAUSI

Terveyspalveluiden yhdenvertaisuus 2000-luvun
Suomessa

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Kandidaatin tutkinto

Kesäkuu 2025

Tiivistelmä

Emma Valkonen: Keskittämisen aikakausi – terveyspalveluiden yhdenvertaisuus 2000-luvun Suomessa

Kandidaatin tutkielma

Tampereen Yliopisto

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma

Kesäkuu 2025

Suomalaiset terveyspalvelut ovat olleet 2000-luvulla mittavan uudistuspaineen alla. Väestön ikääntyminen, kaupungistuminen, väkiluvun kasvun hidastuminen sekä kansantaloudelliset vaikeudet ovat muuttaneet suomalaisten palvelutarvetta ja haastaneet hajautettujen terveyspalveluiden yhdenvertaisuutta. Ratkaisua ongelmiin on lähdetty hakemaan terveyspalveluiden keskittämisestä. Terveyspalveluiden keskittämisellä eli sentralisaatiolla tarkoitetaan palveluiden tuottamisen siirtämistä suurempien yksiköiden tai harvempien tuottajien vastuulle. Keskittämällä terveyspalveluita voidaan parantaa esimerkiksi palveluiden tehokkuutta, laatua sekä saatavuutta. Ongelmaksi voi kuitenkin muodostua pitkät etäisyydet palveluihin sekä hoidon jatkuvuuteen liittyvät haasteet. Suomalaisia terveyspalveluita on keskitetty päättäväisesti 2000-luvun alusta alkaen, eikä keskittämislle näy loppua. Vuoden 2023 alussa voimaan astui mittava sote-uudistus, jolla terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirrettiin kunnilta hyvinvointialueille.

Keskittäminen on siis paitsi keskeinen, mutta myös ajankohtainen trendi terveyspalveluiden uudistamisessa. Tässä tutkielmassa pyritään tarkastelemaan keskittämisen ja yhdenvertaisuuden välistä suhdetta ja tutkielma tarjoaakin näkökulman siihen, miten terveyspalveluiden keskittämistoimet voivat heijastua palveluiden yhdenvertaisuuteen. Tavoitteena on kartoittaa sitä, millaisia yhdenvertaisuuteen liittyviä uhkia ja mahdollisuuksia suomalaisten terveyspalveluiden keskittämiseen liittyy.

Tutkielma on toteutettu narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jossa on hyödynnetty aikaisemman tutkimustiedon lisäksi myös harmaata kirjallisuutta. Aineiston hakuprosessi on kaksivaiheinen. Ensinnä empiirisiä tutkimusartikkeleita haettiin Scopus, Finna, Web of Science sekä EBSCOhost-tietokannoista. Myöhemmin kirjallisuushakua täydennettiin harmaalla kirjallisuudella. Katsaukseen valikoitui yhteensä 8 julkaisua, joista 7 on vertaisarvioituja tutkimuksia ja yksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisema raportti. Katsaukseen valikoituneen aineen määrä on aiheeseen suhteutettuna niukkaa, joten katsauksen perusteelta ei voida vetää kovinkaan yleistettäviä tai luotettavia johtopäätöksiä.

Katsauksen tulosten perusteella on kuitenkin näyttöä siitä, että terveyspalveluita keskittämällä voidaan sekä parantaa että heikentää niiden yhdenvertaisuutta. Keskittäminen ei ole yksiselitteisesti hyvä tai huono ilmiö yhdenvertaisuuden kannalta, vaan sen lopputuloksiin vaikuttaa esimerkiksi se mitä, miten ja missä palveluita keskitetään. Terveyspalveluiden keskittämisessä onkin pitkälti kyse palveluiden yhdenvertaisen laadun ja saatavuuden sekä alueellisen yhdenvertaisuuden välisestä tasapainottelusta. Selvää kuitenkin on se, että terveyspalveluita on uudistettava, jotta palvelutarpeeseen voidaan vastata riittävällä tavalla. Tutkielman tulokset luovat kokonaiskuvaa siitä, millaisia tuloksia terveyspalveluiden keskittämisellä voidaan saada aikaan palveluiden yhdenvertaisuuden suhteen. Tutkielmasta saatua tietoa voidaan käyttää esimerkiksi keskittämistoimien suunnittelussa sekä arvioimisessa. Tutkielman myötä nousi esiin tarve tutkia tarkemmin uusimman sote-uudistuksen yhdenvertaisuustavoitteiden saavuttamista sekä keskittämisen vaikutuksia erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien terveyspalveluiden käytössä.

Avainsanat: *Keskittäminen, terveyspalvelut, terveyspalveluiden yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus, terveyspalveluiden laatu*

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Tekoälyn käyttö opinnäytteessä

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

Ei Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni tutkielmaprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia:

Tekoälysovellusten nimi ja versio:

Käyttötarkoitus:

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty:

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien tekoälyllä tuotetut osat, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

Sisällys

1. Johdanto	5
2. Terveyspalvelut keskittämisen ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta	7
2.1 Terveyspalveluiden organisointi	7
2.2 Keskittäminen aikamme ilmiönä.....	8
2.3 Yhdenvertaisuus käytännössä: Kuka saa, mitä saa ja missä saa?	109
Yhdenvertaiset terveyspalvelut eriarvoisessa yhteiskunnassa.....	11
Terveyspalveluiden yhdenvertainen laatu	12
Terveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus	12
3. Suomalaiset terveyspalvelut muutospaineen alla.....	14
3.1 Haasteena muuttuvat terveyspalveluiden tarpeet ja lisääntyvä eriarvoisuus	14
3.2 Keskittämisen aikakausi.....	16
4. Menetelmät	18
5. Terveyspalveluiden yhdenvertaisuus keskittämisen aikakaudella.....	21
5.1 Terveyspalveluiden yhdenvertainen laatu keskittämisen aikakaudella.....	21
5.2 Terveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus keskittämispaineen alla	23
6. Pohdinta: onko keskittäminen uhka vai mahdollisuus?	25
Lähteet.....	30

1. Johdanto

Suomi tunnetaan vahvana ja edistyksellisenä hyvinvointivaltiona, jonka ylpeytenä on laaja terveystalouden verkosto. Suomessa terveystaloutta on kautta aikojen tuotettu todella hajautetusti, sillä terveystaloutten järjestämistä vastuu on pitkään ollut paikallisilla toimijoilla (Niemelä ja Saarinen. 2015. S.14–15). Uudenlaiset yhteiskunnalliset muutokset ja haasteet, kuten väestön ikääntyminen, väkiluvun kasvun hidastuminen, digitalisaatio sekä taloudelliset vaikeudet ovat kuitenkin muuttaneet terveystaloutten tarvetta sekä pakottaneet terveystaloutta sopeutumaan muuttuvaan maailmaan (Tynkkynen et al. 2025. S.16). 2000-luvulla terveystaloutet ovatkin saavuttaneet uuden kehityssuunnan – keskittämisen aikakauden.

Terveystaloutten keskittäminen on ollut keskeinen trendi vuosikymmenen vaihteesta alkaen. Sairaala- ja terveystaloutten verkkoa on karsittu huomattavasti ja yksiköiden koota on kasvatettu yhdistämällä erilaisia palveluita saman katon alle. 2000-luvun suurimpana kysymyksenä on kuitenkin ollut terveystaloutten järjestämistä vastuu keskittäminen kunnilta suuremmille toimijoille. (Kokko, 2015, s. 31). Mittavaa uudistusta valmisteltiin lähes kahden vuosikymmenen ajan ja lopulta sote-uudistus astui voimaan vuoden 2023 alussa. Uudistus on tuore ja sen vaikutuksia arvioidaan jatkuvasti tiheää tahtia. (Tynkkynen et al. 2025. S.17-18). Terveystaloutten keskittäminen on siis paitsi ajankohtainen ilmiö terveystaloutten politiikassa, mutta myös merkittävä terveystaloutten kehittämistä ohjaava trendi.

Vaikka suomalaiset terveystaloutet ovat nyt uuden äärellä, rajua uudistamista tavataan myös muissa länsimaissa. On helpompaa muuttaa jo olemassa olevia järjestelmiä, kuin rakentaa kokonaan uusia. (Lehto 2015. S.73) Suomalainen terveystalouttenhuoltojärjestelmä on kuitenkin siirtymässä hajautetusta keskitettyyn, kun taas muissa maissa kehityskulku on ollut päinvastaista. Harvaan asutussa ja demografisesti vaihtelevassa Suomessa erot terveystaloutten laadussa, saatavuudessa ja saavutettavuudessa eroavat merkittävästi väestöryhmien kesken. (Sahrio, 2025. S.37). Keskittämisen taustalla onkin paitsi yhteiskunnalliset muutospaineet, mutta myös tarve parantaa terveystaloutten yhdenvertaisuutta. On yleinen konsensus, että terveystaloutten tulisi olla yhdenvertaisia kaikkien väestöryhmien kesken.

Keskittämällä voidaan siis pyrkiä korjaamaan yhdenvertaisuuteen liittyviä puutteita ja haasteita, mutta kuinka siinä on onnistuttu 2000-luvun Suomessa? Tämän tutkielman tarkoituksena on ymmärtää, millaisia vaikutuksia terveystaloutten keskittämällä on ollut

terveyspalveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen ja laatuun. Tutkimus on toteutettu narratiivisena kirjallisuuskatsauksena ja sen tavoitteena on luoda mahdollisimman kattavaa kuvaa terveyspalveluiden keskittämisen uhkista ja mahdollisuuksista yhdenvertaisuudelle. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää terveyspalveluiden keskittämispäätöksiä tehdessä sekä niiden yhdenvertaisuusseurauksien arvioinnissa.

2. Terveyspalvelut keskittämisen ja yhdenvertaisuuden näkökulmasta

2.1 Terveyspalveluiden organisointi

Terveydenhuollolla pyritään edistämään kansanterveyttä ja takaamaan kaikille yhteiskunnan jäsenille riittävät terveyspalvelut. (THL. 2025) Terveyspalveluilla sen sijaan tarkoitetaan terveydenhuollon palveluita, joita tuottavat ja tarjoavat terveydenhuollon ammattilaiset. Niillä pyritään parantamaan tai ylläpitämään ihmisten terveydentilaa sekä ennaltaehkäisemään sairauksia ja terveysongelmia. (THL. 2025). Tässä työssä terveyspalveluita tarkastellaan niiden organisoinnin näkökulmasta. Käsitteillä terveyspalvelut tai terveyspalvelujärjestelmä viitataan suomalaisten terveyspalveluiden muodostamaan kokonaisuuteen. (THL. 2025).

Suomalaisessa terveydenhuollossa terveyspalveluita tuotetaan ja tarjotaan kolmen päällekkäisen järjestelmän kautta. Julkisen terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu on hyvinvointialueella, joilla on lakisääteinen velvollisuus vastata julkisesti rahoitetusta terveydenhuollosta. (THL. 2025). Julkisen terveydenhuollon palvelut voidaan kuulua joko perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. (THL. 2025) Perusterveydenhuoltoon kuuluvat esimerkiksi terveyskeskusten, neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä suun terveydenhuollon tarjoamat terveyspalvelut. Erikoissairaanhoidon palvelut sen sijaan tuotetaan pääosin sairaaloissa ja niihin sisältyvät muun muassa erikoisalojen tutkimukset ja hoito. (STM, 2024) Julkisen terveydenhuollon lisäksi terveyspalveluita tuottaa yksityinen terveydenhuolto. Yksityisillä terveyspalveluilla täydennetään julkisia palveluita ja niiden rahoitus saadaan potilailta itseltään tai vakuutusyhtiöiltä (STM, 2024.) Myös hyvinvointialueet voivat hankkia yksityisiä palveluita ja tarjota niitä osana julkista terveydenhuoltoa (THL, 2025; STM, 2024.) Terveyspalveluita tuotetaan ja tarjotaan myös työterveyshuollossa, joka on työnantajien tarjoamaa terveydenhuoltoa (STM, 2024.) Ehkäisevien työterveydenhuollon palveluiden tarjoamisesta säädetään työterveyshuolto-, työturvallisuus-, terveydenhuolto- ja sairausvakuutuslaissa (STM. 2025a). Työnantaja voi järjestää työterveyspalvelut itse tai hankkia ne hyvinvointialueelta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta (STM. 2025b).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuolto on kytketty vahvasti yhteen ja palveluiden tuottamisesta vastaavat pitkälti samat toimijat (Karanikolos, 2024, s.4). Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä palveluista hyvänä esimerkkinä toimii kotihoito, joka tähtää

samaan aikaan sekä edistämään terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia, että poistamaan sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia (THL, 2025). Tässä tutkielmassa käsitellään kuitenkin vain terveyspalveluita, sillä ne ovat olennaisemmassa roolissa kansanterveydellisen näkökulman suhteen. Lisäksi rajauksen avulla pyritään tuottamaan tarkempaa tietoa siitä, miten keskittäminen heijastuu yhdenvertaisuuteen nimenomaan terveyspalveluiden kontekstissa.

2.2 Keskittäminen aikamme ilmiönä

Keskittämällä eli sentralisaatiolla tarkoitetaan prosessia, jossa yhteiskunnallisia toimia ja instituutioita siirretään useammalta toimijalta harvempien toimijoiden vastuulle ja tehtäväksi. Terveyspalveluiden keskittäminen tarkoittaa sitä, että palveluita tuotanto siirretään suurempiin yksiköihin tai harvempien työntekijöiden tehtäväksi (Duodecim, 2003). Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, terveyskeskuksia lakkautetaan tai osa niiden tarjoamista palveluista siirretään keskussairaaloihin. Suomessa keskittäminen on ollut keskeinen kehityskulku terveyspalveluiden uudistamisessa vuosituhaten vaihteesta alkaen. (Niemelä ym. 2015. s.190–191) Sen vuoksi tässä tutkielmassa tarkastelun kohteeksi on valittu 2000-luvun Suomi.

Keskittämisen vastakkaisena voimana pidetään hajauttamista eli desentralisaatiota. Terveyspalveluiden hajauttaminen tarkoittaa palveluiden tuottamisen ja tarjoamisen jakamista pienempiin useampiin yksiköihin. (Koivusalo. 1999. S.1–2) Kun terveyspalvelut ovat hajautettuja, palveluiden tuottajien on helpompaa tuntea omat potilaansa ja tarjota yksilöllisempiä palveluita. Lisäksi hajautettujen terveyspalvelujen etuihin kuuluu toiminnan joustavuus. Ongelmana sen sijaan on toiminnan haavoittuvaisuus. (Duodecim, 2003).

Terveyspalveluiden keskittämistä perustellaan monilla eri tavoilla ja siihen liittyy paljon mahdollisuuksia. Keskeisiä perusteluita ovat tehokkuus, lisääntynyt osaaminen, taloudelliset säästöt sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen (Duodecim, 2003). Keskitetyt terveyspalvelut voivat olla kustannustehokkaampia, sillä keskittäminen mahdollistaa resurssien tehokkaamman käytön. Lisäksi keskitettyjen terveyspalveluiden laatu ja potilasturvallisuus voi olla parempaa, kun osaaminen ja erikoistuminen kasvaa. Keskittämällä onkin mahdollista parantaa hoitoon liittyviä laatustandardeja ja -käytäntöjä. Lisäksi yksiköiden kokoa kasvattamalla voidaan muovata terveyspalveluita tukevaa infrastruktuuria, kuten julkista liikennettä. (WHO, 2021. S.7–10; Duodecim, 2003) Myös päivystysvalmiuden sekä

asianmukaisten hoitolaitteiden ylläpito on helpompaa suuremmissa yksiköissä (Duodecim, 2003).

Vaikka keskittämisellä on monia hyviä puolia, siihen liittyy myös monia haasteita. Terveyspalveluiden keskittäminen johtaa lähes väistämättä etäisyyksien kasvuun, joka voi olla riski palveluiden yhdenvertaiselle saatavuudelle sekä potilasturvallisuudelle. (WHO, 2021. s.10–13; Duodecim, 2003). Lisäksi ne kasvattavat matkustuskulujen määrää niin yksilölle, kuin yhteiskunnallekin (Rehunen ym. 2016. s.59). Keskitetyissä palveluissa osaajat eivät voi yhtä helposti muodostaa kokonaiskuvaa asiakkaan hoidosta. Myös asiakkaan näkökulmasta tyytyväisyys palveluihin voi olla heikompaa, sillä asiakkaan aikaa kuluu enemmän, eivätkä ympäristöt tai palveluita tarjoavat tahot ole tuttuja. (Duodecim, 2003) Toisaalta muutokset terveyspalveluiden sijainnissa voivat aiheuttaa ongelmia osaavan työvoiman saatavuudessa, mikäli työvoima ei ole valmis siirtymään uusiin työpaikkoihin. Työkuorma voi kasvaa kohtuuttoman suureksi ja tyytyväisyys työhön voi heikentyä. (WHO, 2021. s.10–13)

Kuitenkaan palveluiden kattavuutta ja saatavuutta kehittäessä pelkkä keskittäminen ei riitä, vaan terveyspalveluihin liittyviä toimintamalleja tulee suhteuttaa yksikön suurempaan kokoon nähden, jottei palveluiden laatu tai potilasturvallisuus kärsi. (WHO. 2021. S.10–13). Ilman näitä toimia terveyspalveluita tuottavien yksiköiden liian suuri koko ja monimutkaisuus voi johtaa byrokratiaan, vaikeuttaa johtamista sekä hidastaa päätöksentekoa (WHO. 2021. s.10–13: Duodecim, 2003). Lisäksi terveyspalveluita tuottavien tahojen välinen koordinaatio ja kommunikointi voi heikentyä. Terveyspalveluiden resilienssi voi olla uhattuna, jos palveluita on keskitetty niin, että yhden yksikön sulkeutuminen voi horjuttaa koko terveydenhuoltojärjestelmää. (WHO. 2021. s.10–13). Terveyspalveluiden keskittämisen rinnalla keskustellaankin usein myös integraatiosta (Tynkkynen ym. 2025. S.16).

Terveyspalveluiden ollessa integroituja palveluiden tuottaja muodostaa tarjoamistaan palveluista kokonaisuuden, jolla pyritään vastaamaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden palveluntarpeeseen. Integraatiota voidaan toteuttaa joko horisontaalisesti perusterveydenhuollon ja erityissairaanhoidon palveluita yhdistämällä tai vertikaalisesti luomalla kokonaisuuksia saman tasoista palveluista. (Sinervo, 2023). Vaikka integraatio on olennainen osa terveyspalveluiden uudistamista, se on usein yhteydessä nimenomaan sosiaali- ja terveyspalveluiden väliseen koordinointiin. Koska tämän tutkielman tarkoituksena on tarkastella nimenomaan terveyspalveluiden keskittämistä, integraatio on jätetty kokonaan tarkastelun ulkopuolelle.

Aikaisemman kirjallisuuden perusteella vaikuttaa siltä, että keskittämiseen liittyviä uhkia ja mahdollisuuksia on kyetty tunnistamaan suhteellisen hyvin. Kuitenkin jostain syystä yhdenvertaisuuden näkökulma jää usein sivuun, eikä keskittämisen yhdenvertaisuusvaikutuksista löydy juurikaan suomalaista tutkimusta. Yhdenvertaisuuden näkökulma tulisi kuitenkin ottaa huomioon terveyspalveluiden organisoinnissa, sillä yhdenvertaisuus on yksi terveyspalveluiden keskeisimmistä tavoitteista. Tämän tutkielman yhtenä tarkoituksena on nostaa yhdenvertaisuuden näkökulma esiin monien muiden huomioitavien asioiden rinnalle.

2.3 Yhdenvertaisuus käytännössä: Kuka saa, mitä saa ja missä saa?

Yhdenvertaisuus on laaja ja moniulotteinen kokonaisuus. Se läpi leikkaa koko terveyspalvelujärjestelmän ja ilmenee kaikilla sen tasoilla palvelun organisoinnista, niiden toteutumiseen saakka. (Sahrio 2025. s. 37) Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan terveyspalveluiden kontekstissa sitä, että kaikille taataan tarpeisiinsa nähden riittävät terveyspalvelut. Tosiasiallinen yhdenvertaisuus voi vaatia haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien positiivista erityiskohtelua, joka voi olla esimerkiksi ikääntyneiden terveyspalveluiden arvioinnin nopeampaa menettelyä. (Hyvärinen ym. 2019. s.12)

Yhdenvertaisuuteen liittyvät myös oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon käsitteet. Oikeudenmukaisuutta arvioidaan suhteessa hoidon ja palvelun tarpeeseen, jotta käytettävissä olevia resursseja voidaan jakaa niitä eniten tarvitseville. (Hyvärinen ym. 2019. S.9). Tasa-arvolla sen sijaan tarkoitetaan usein yhteiskunnan poliittisia ja sosiaalisia arvoja. Se voi tarkoittaa myös sukupuolten välistä tasa-arvoa, mutta sitä käytetään yhdenvertaisuuden synonyymina. Toteutuneessa tasa-arvossa valta, resurssit ja hyvinvointi jakautuvat yhteiskunnassa tasaisesti kaikkien kesken. (Hyvärinen ym. 2019. s.9). Tässä työssä käytetään termiä yhdenvertaisuus, sillä tarkastelun kohteena on nimenomaan eri väestöryhmien väliset eroavaisuudet terveyspalveluiden yhdenvertaisessa saatavuudessa ja laadussa.

Tässä tutkielmassa palveluiden yhdenvertaisuutta tulkitaan ikään kuin asteikkona, jonka toisessa päässä on palveluiden eriarvoisuus. Terveyspalveluiden näkökulmasta eriarvoisuus tarkoittaa väestöryhmien välillä olevia eroja siinä, miten ihmiset käyttävät palveluita tarpeisiinsa nähden sekä millaisia lopputuloksia hoidolla on. Eriarvoiset terveyspalvelut luovat epäoikeudenmukaisia ja vältettävissä olevia eroja väestöryhmien välille. (Hyvärinen ym. 2019. s. 9–12).

Palveluiden yhdenvertaisuutta tarkastellessa tulee ottaa huomioon ilmiön monisyisyys (THL. 2025). Terveyspalveluiden yhdenvertaisuutta arvioidessa huomiota kiinnitetään väestötasolla esiintyviin eroavaisuuksiin eri väestöryhmien välillä. (Hyvärinen ym. 2019. S. 9–12). Tässä tutkielmassa väestöryhmiä jaotellaan ihmisten asuinpaikan sekä sosioekonomisen aseman, eli koulutuksen, työstatuksen ja varallisuuden perusteella (Rotko & Manderbacka, 2015. S.115-116). Alueelliset ja sosioekonomiset erot ovat kansanterveydellisessä tutkimuksessa ominaisia tapoja jäsentää väestöryhmien välistä eriarvoisuutta, joten niitä käytetään myös tässä tutkielmassa. Lisäksi tässä tutkielmassa tarkastellaan palveluiden laatuun ja saatavuuteen liittyviä eroja näiden väestöryhmien välillä, sillä ne ovat tutkimusalalla yleisesti käytetyt tavat mitata ja arvioida palveluiden yhdenvertaisuutta.

Yhdenvertaiset terveyspalvelut eriarvoisessa yhteiskunnassa

Suomen perustuslaki (731/1999) velvoittaa terveyspalveluiden järjestäjiä turvaamaan kaikille suomalaisille riittävät terveyspalvelut, joissa vallitsee tosiallinen yhdenvertaisuus. Lain mukaan palvelujärjestelmä ei siis saa asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan (Hyvärinen ym. 2019. S.9).

Suomalaisten terveyspalveluiden yhdenvertaisuutta haastaa kuitenkin sen rakenne (Lehto. 2015. s. 77–78). Rakenteellinen eli institutionaalinen syrjintä ilmenee esimerkiksi terveydenhuollon palveluissa ja lainsäädännössä ja asettaa jonkin väestöryhmän muita heikompaan asemaan (Hyvärinen ym. 2019. s.11). Sosioekonomisella asemalla on vahva yhteys palveluiden käyttöön ja saatavuuteen. Haavoittuvaisia väestöryhmiä ovat esimerkiksi ikääntyneet, työttömät ja vammaiset (Hyvärinen ym. 2019. S.15). Erityisesti työterveyshuollon puuttuminen työelämän ulkopuolella olevilta aiheuttaa merkittäviä haasteita terveyspalveluiden yhdenvertaisuudelle (Rotko & Manderbacka, 2015. S.120-121). Myös esimerkiksi korkeammin koulutetut ihmiset ovat muita tietoisempia terveyspalveluista sekä niiden mahdollisuuksista. Sen sijaan pienituloisilla asiakasmaksut ja matkakulut voivat nostaa kynnyksen hoitoon hakeutumiselle (Hyvärinen ym. 2019. S. 11). Lisäksi haasteena palveluverkon yhdenvertaisuudelle on yhdyskuntarakenteen riippuvaisuus autoista. Noin kolmasosa terveyspalveluista sijaitsee alueilla, joissa saavutettavuus tukeutuu yksityisautoiluun (Rehunen ym. 2016. S. 31).

Terveyspalveluiden yhdenvertainen laatu

Terveyspalveluiden laatu koostuu monesta tekijästä. Laatuun vaikuttaa terveyspalveluiden oikea-aikaisuus, oikeudenmukaisuus, asiakaslähtöisyys ja turvallisuus. (Tiirinki, 2019)

Lisäksi hoidon jatkuvuutta seuraamalla voidaan tarkastella terveyspalveluiden laatua.

Perusterveydenhuollon palveluiden jatkuvuuden kasvu on yhdistetty parempaan

potilasturvallisuuteen ja -tyytyväisyyteen, hoidon korkeampaan laatuun sekä vähäisempään

päivystyspalveluiden tarpeeseen (THL, 2023c). Myös vaikuttavuus on osa terveyspalveluiden

laadun arviointia. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta terveyspalvelut ovat vaikuttavia silloin,

kun ne onnistuvat kaventamaan väestöryhmien välisiä eroja terveydessä ja hyvinvoinnissa.

(THL, 2025) Terveyspalveluiden laatu ja vaikuttavuus rakentuu pitkälti osaamiselle (Tiirinki,

2019). Osaamisen jakautuminen epätasaisesti vaikuttaa siis olennaisesti terveyspalveluiden

yhdenvertaiseen laatuun ja vaikuttavuuteen.

Terveyspalveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta saadaan tietoa esimerkiksi terveydenhuollon

asiakkailta, jotka raportoivat kokemuksiaan saamansa hoidon vaikuttavuudesta (Tiirinki

2019.) Lisäksi terveyspalveluiden laatua, potilasturvallisuutta ja vaikuttavuutta seurataan

laaturekistereillä (Salonen 2025), joihin kirjataan esimerkiksi hoitoon pääsyä, hoitomuotoja ja

-tuloksia, toteutuneita hoitoja sekä potilasmääriä (THL, 2024). Vaikuttavuutta voidaan mitata

myös esimerkiksi seuraamalla terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevaa kuolleisuutta

(Rotko & Manderbacka, 2015. s.122). Yhdenvertaisen laadun ja vaikuttavuuden suhteen on

tärkeää, että terveyspalveluiden laatatietoa paitsi kerätään, mutta myös hyödynnetään

palveluiden kehittämistyössä (Tiirinki, 2019).

Terveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus

Terveyspalvelujen yhdenvertaisella saatavuudella viitataan palveluiden riittävyteen eri

väestöryhmien tarpeisiin nähden (THL, 2025). Riittävien palveluiden tarjoamisen lisäksi

palveluiden käyttö tulisi olla kaikille mahdollista. (THL, 2023a) Terveyspalvelut ovat

yhdenvertaisesti saavutettavissa, kun kaikilla väestöryhmillä on pääsy terveyspalveluihin ja

eri väestöryhmät pystyvät hyödyntämään palveluja yhdenvertaisesti (THL, 2025).

Terveyspalveluiden saavutettavuuteen vaikuttaa monet tekijät, kuten palvelumaksujen

suuruus, palveluiden kieli, sijoittuminen ja ymmärrettävyys (THL, 2023a). Palveluiden

saavutettavuudella suuri merkitys erityisesti kiireellisissä tapauksissa. (Rehunen ym. 2016.

S.59) Palvelujen saavutettavuus on osa saatavuutta (THL. 2023b), joten tässä tutkielmassa näitä käsitteitä käsitellään yhdessä.

Terveyspalveluihin hakeutumiseen vaikuttaa luottamus hoitohenkilökuntaan sekä siihen, että apua on saatavilla ja palvelut ovat paitsi yhdenvertaisia, mutta myös turvallisia käyttää. Sen vuoksi asiakaslähtöisyys on erityisen tärkeää terveyspalveluiden yhdenvertaisen saavutettavuuden kehittämisessä. (Hyvärinen ym. 2019 s.13–14). Huomion kiinnittäminen palveluiden aukioloaikoihin ja etäisyyksiin on tärkeää, jotta palveluihin käyttäminen on kaikille yhtä helppoa. Lisäksi oleellista on tarjota ihmisten maksukykyyn sidottuja palveluita, jotteivat palvelumaksut estä hoitoon hakeutumista. Myös tiedon monipuolisuus, monikanavaisuus ja monikielisyys, sekä rakennetun ympäristön esteettömyys on tärkeää ottaa huomioon terveyspalveluiden yhdenvertaisen saavutettavuuden takaamiseksi. (THL. 2023c)

Terveyspalveluiden saatavuudesta ja hoitoon pääsystä säädellään terveydenhuoltolaissa. Hoitoon pääsystä käytetään myös nimitystä “hoitotakuu” (STM. 2025a). Palveluiden yhdenvertaista saatavuutta mitataan palveluiden käyttöä eli käyntimääriä seuraamalla (THL. 2023b). Saatavuuden arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, millaisia terveyspalveluita tarjotaan, kuinka paljon niitä in ja miten ne vastaavat eri väestöryhmien tarpeisiin (Hyvärinen ym. 2019. S.15). Terveyspalveluiden saavutettavuutta sen sijaan mitata seuraamalla palvelun käyttäjien kokemuksia niiden saavutettavuudesta (THL. 2023b).

3. Suomalaiset terveystalvet muutospaineen alla

Kuten muissa hyvinvointivaltioissa, myös Suomessa on alettu uudistamaan olemassa olevaa järjestelmää uuden perustamisen sijaan (Lehto 2015. S.73). Suomalaiset terveystalvet ovatkin olleet jatkuvan muutoksen alla 1990-luvun lamasta alkaen. Vielä 2000-luvun alussa terveystalvetuuta tuotettiin todella hajautetusti. Taustalla oli suomalaisen maaseudun hajanaisuus sekä paikallisen päätöksenteon korostunut asema. Yli 400 kuntaa, 5 maakuntaa, 20 sairaanhoitopiiriä sekä kolme päällekkäistä järjestelmää muodostivat todella sekavan ja epätarkan kokonaisuuden, joka vastasi suhteellisen huonosti suomalaisten terveystarpeisiin. (Järvelin ym. 2002. S. 28). Tämän myötä huomiota alettiin kiinnittämään kuntaa suurempiin kokonaisuuksiin sekä palveluiden koon kasvattamiseen. (Kokko, 2015, s.31) Tässä luvussa käsittelemme sitä, miksi ja miten terveystalvetuuta on keskitetty 2000-luvun alusta alkaen.

3.1 Haasteena muuttuvat terveystalvetuuden tarpeet ja lisääntyvä eriarvoisuus

2000-luvun alussa hajautettuihin terveystalvetuuihin liittyi monia ongelmia.

Kaupungistumisen, väestön ikääntymisen, syntyvyyden laskun, väestön kasvun hidastumisen sekä erikoissairaanhoidon kallistumisen myötä terveystalvetuuden kyky vastata ihmisten tarpeisiin oli heikentynyt. Myös palveluiden saatavuus oli heikkoa ja jonotusajat pitkiä niin perussairaanhoidossa, kuin erikoissairaanhoidon palveluissakin. (Tynkkynen ym. 2019. S.4). Alueelliset erot palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa olivat huomattavia, ja yhdenvertaisuuteen sekä sen edistämiseen liittyi merkittäviä ongelmia (Sahrio 2025. S.37). Myös 1990-luvun laman jäljet kansantaloudessa lisäsivät painetta terveystalvetuuden tehostamiselle sekä säästöjen aikaansaamiselle (Kokko. 2015. S.37–38).

2000-luvun alussa suomalaisten terveystalvetuuden tarve eri alueilla oli muuttunut kaupungistumisen myötä. Väestörakenne oli muuttanut muotoaan, kun erityisesti nuoret ihmiset olivat siirtyneet asumaan kaupunkeihin. Tämän seurauksena syntyvyys on suurinta suurissa kaupungeissa, kun taas pienien kuntien väestörakenne painottui vanhempiin ikäluokkiin. (Rehunen ym. 2016. S. 16). Siitä huolimatta, että palveluverkko oli tiheä, alueelliset erot etäisyyksissä ja palveluiden saatavuudessa olivat suuria. Ongelmat korostuivat erityisesti Lapissa ja Kainuussa. (Rehunen ym. 2016. S.48–55). Erityisesti tiheään asutuilla

seuduilla terveyskeskuksia oli kuitenkin varaa karsia. Vuonna 2016 arvioitiinkin, että suhteellisen pienellä määrällä, oikein sijoitettuja, terveysasemia voitaisiin silti turvata melko hyvä palveluiden saavutettavuus koko Suomessa. (Rehunen ym. 2016. s. 55–56).

2000-luvulla muuttuneisiin terveyspalveluiden tarpeisiin vaikutti myös väestön ikääntyminen sekä monisairastavuuden yleistyminen (Tynkkynen ym. 2025. S.16). Väestön ikääntymisen taustalla on kansallisen syntyvyyden lasku samalla, kun elinajanodotteet pidentyvät.

Ikääntyneiden määrä suhteessa muuhun väestöön kasvaa erityisesti kaupungeissa sekä maaseudun paikalliskeskuksissa. Lisäksi myös terveyspalveluiden tarve lisääntyy huomattavasti, sillä ikääntyneet käyttävät terveyspalveluita muita enemmän. (Rehunen ym. 2016. S.18–23). Palvelutarpeen kasvua selittävät myös iäkkäiden parantunut terveys ja toimintakyky. Vaikka ikääntyneet säilyvät toimintakykyisinä entistä pidempään, korostunut palvelun tarve jatkuu aikaisempaa pidempään. (Rehunen ym. 2016, s. 26).

Lisääntyneen palvelutarpeen lisäksi terveyspalveluita haastaa palveluiden tuottamiseen tarvittavien resurssien riittävyys. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kysyntä on kasvanut tasaista tahtia 2000-luvun alusta alkaen. Lääketieteen kehittymisen myötä hoidot ja laitteistot ovat monimutkaistuneet ja vaativat aiempaa enemmän erikoistumista (Duodecim, 2003).

Samalla myös muut yhteiskunnalliset taustatekijät, kuten COVID-19-pandemia on muokannut suomalaisten terveyspalveluiden tarvetta ja lisännyt eriarvoisuutta väestöryhmien välillä (Croell ym. 2023. S.7). Tämän lisäksi pandemia toi esiin hajautettuun järjestelmään liittyviä heikkouksia, jotka omalta osaltaan lisäsivät uudistamispainetta 2020-luvun alussa. Muita terveyspalveluita uhkaavia tekijöitä ovat olleet muun muassa terveyspalveluiden rahoitukseen ja palveluiden kasvaviin hintoihin liittyvät haasteet. (Tynkkynen ym. 2025. S.16–19).

Muuttuvien terveyspalvelutarpeiden ja lisääntyneen eriarvoisuuden myötä on ollut selvää, että terveyspalveluita tulee uudistaa. Tehokkuuden lisäämiseksi ja resurssien riittävyyden turvaamiseksi palveluita on integroitu ja hoitomuotoja uudistettu. (Rehunen ym. 2016. S.39–40) Monet ongelmista liittyivät kuitenkin suoraan terveyspalvelujärjestelmän hajanaisuuteen, joten ratkaisua lähdettiin etsimään terveyspalveluiden integraation lisäksi niiden keskittämisestä. (Tynkkynen ym. 2019. S.2).

3.2 Keskittämisen aikakausi

2000-luvun alusta lähtien Suomessa onkin pyritty kasvattamaan terveyspalveluita tuottavien yksiköiden kokoa sekä lisäämään keskusohjauksen määrää. Keskeistä terveyspalveluiden uudistamisessa oli rakenteiden keskittäminen, perusterveydenhuollon saatavuuden parantaminen sekä palveluiden integrointi (Tynkkynen ym. 2019. S.1–2).

Ensimmäisiä keskittämistoimia oli vuoden 1997 lääniuudistus, jossa aluehallinto jaettiin aikaisemmin 11 sijaan viiteen suurlääniin, jotka toimivat yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa (Niemelä ym. 2015. S.190). Terveyspalveluiden uudistamisessa haasteeksi nousi kuntien perustuslaillisesti vahva asema ja rooli terveyspalveluiden tuottajana (Tynkkynen ym. 2019. S.2). 2000-luvun alussa terveyspalveluiden yhdenvertaista saatavuutta ja terveyspalveluiden rakenteita pyrittiin vahvistamaan myös PARAS-uudistuksella (Tynkkynen ym. 2025. S.15). Uudistuksella saatiin aikaan kuntaliitoksia, mutta tulokset jäivät vajaiksi, sillä kuntien määrä pysyi suurena ja asukasluvut pieninä (Tynkkynen ym. 2019. S.2). Uudistus ei kuitenkaan mennyt hukkaan, sillä kuntien määrä on tippunut vuosien 2000 ja 2019 välisenä aikana kolmanneksella, noin 450:stä hieman yli 300:aan. Lisäksi kuntien välinen yhteistyö on lisääntynyt, sillä vuonna 2019 lähes 75 % kunnista järjesti terveyspalvelunsa yhteistyössä muiden kuntien kanssa ja vain 71 kuntaa järjesti terveyspalvelunsa kokonaan itse. (Tynkkynen ym. 2019. S.3).

2010-luvulla sen sijaan nousi ajatus terveyspalveluiden järjestämisvastuun siirtämisestä kunnilta sairaanhoitopiireille (Tynkkynen ym. 2019. S.2). Vuosina 2011 ja 2014 ehdotettiin myös terveyspalveluiden järjestämisvastuun siirtämistä viidelle sote-alueelle (Tynkkynen ym. 2025. S.15). 2010-luvulla erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämisvastuuta on keskitetty sairaanhoitopiireille, jonka lisäksi päivystyspalveluiden järjestämistä varten luotiin alueiden yhteiset ensiapuyksiköt (Tynkkynen ym. 2019. S.4). 2010-luvulla keskittämistä jatkettiin ja sairaalaverkkoa karsittiin huomattavasti. Pelkästään vuosien 2012 ja 2016 välillä sairaaloiden määrä tippui 64:stä 34:ään. Lisäksi vuodepaikkojen määrät vähenivät merkittävästi aikaisemmasta. (Rehunen ym. 2016 s.42–43). Myös psykiatristen sairaaloiden ja laitosten määrä on ollut tasaisessa laskussa vuoden 2015 jälkeen. (Tynkkynen ym. 2019. S.4)

Ensimmäinen nykyistä sote-uudistusta vastaavan uudistuksen valmistelu aloitettiin vuonna 2015. Ajatuksena oli luoda 18 hallinnollista maakuntaa tai yksikköä, jotka vastaisivat muun muassa terveyspalveluiden tuottamisesta. Lisäksi uudistukseen olisi kuulunut vapaus valita,

kenen tuottamia palveluita käyttää. Haasteeksi kuitenkin muodostui tiukka budjetti, valinnanvapauden ristiriidat Suomen perustuslain kanssa sekä useiden palveluntuottajien välisen integroinnin vaikeudet. (Tynkkynen ym. 2019. S.3). Uudistus kariutui lopullisesti vuonna 2019 perustuslaillisiin kysymyksiin valinnanvapaudesta (Tynkkynen ym. 2025. S.15).

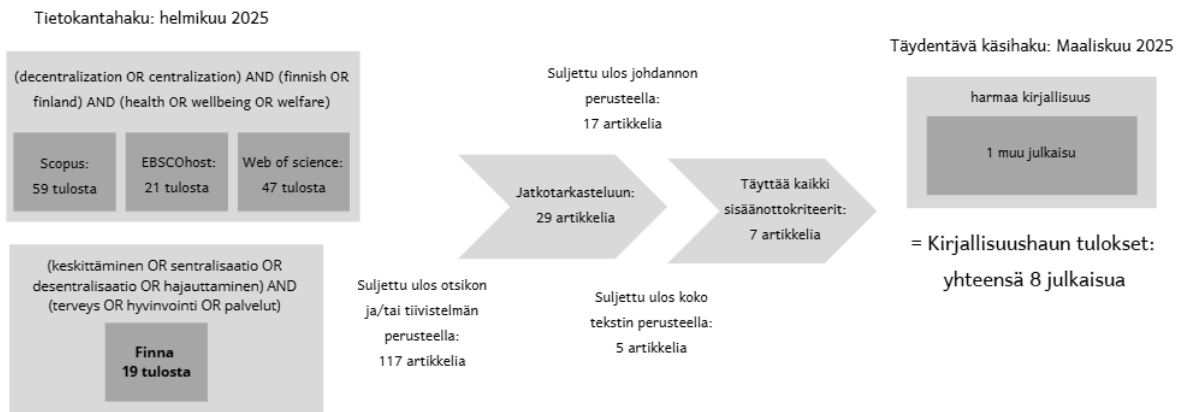
Lopulta terveystalvvelujärjestelmä saatiin uudistettua parin vuosikymmenen yrittämisen jälkeen ja sote-uudistus astui voimaan 1.1.2023. Uudistuksessa terveystalvveluiden järjestämistävastuu siirtyi kunnilta 21 hyvinvointialueelle sekä Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Uudistus oli luonteeltaan mittava ja se mullisti kaikki terveystalvvelun ydintoiminnot. (Tynkkynen ym. 2025. S.15). Uudistuksen keskeisiä tavoitteita oli aikaisempaa tarkoituksenmukaisemmat ja yhdenvertaisemmat terveystalvvelut (Sahrio 2025. S.37). Uudistus on tuore ja sen tuloksia arvioidaan jatkuvasti (Tynkkynen ym. 2025. S.16). Julkisessa keskustelussa on kuitenkin noussut esiin kysymys siitä, tulisiko terveystalvveluita tuottaa vielä entistäkin keskitetympin. Julkisessa keskustelussa on ehdotettu hyvinvointialueiden määrän vähentämisestä nykyisestä 21:stä (Alste, 2024).

Suomalaisten terveystalvveluita haastavat siis monet tekijät, mutta niiden kehityksen suunta on siis selkeä. Palveluita on keskitetty pitkäjännteisesti viimeisten vuosikymmenten ajan, eikä kehitykselle näy loppua. Keskitäminen on ajankohtainen ja keskeinen ilmiö terveystalvveluiden uudistamisessa ja sitä on tärkeää tarkastella kaikista näkökulmista. Vaikka taloudelliset ja resursseihin liittyvät tekijät ovat olleet pitkälti kehityksen kulmakiviä, myös yhdenvertaisuuden liittyvät haasteet ovat olleet keskeinen muutospaineen aiheuttaja. 2000-luvulla keskitämistoimilla onkin pyritty korjaamaan yhdenvertaisuuteen liittyviä puutteita sekä sopeutumaan muuttuvaan yhteiskuntaan.

4. Menetelmät

Tämän kandidaatintyön tarkoituksena on selvittää, miten suomalaisten terveystalveluiden keskittäminen vaikuttaa palveluiden yhdenvertaisuuteen. Työn tavoitteena on luoda kattavaa kuvaa siitä, millaisia uhkia ja mahdollisuuksia suomalaisten terveystalveluiden keskittämiseen liittyy. Lisäksi työssä pyritään kokoamaan yhteen sitä, miten keskittämistä on toteutettu suomalaisten terveystalveluiden kontekstissa. Tutkielmassa pyritään vastaamaan kysymykseen siitä, *miten terveystalveluiden keskittäminen heijastuu palveluiden yhdenvertaiseen laatuun ja saatavuuteen 2000–luvun Suomessa?*

Tutkielma on toteutettu aikaisempaan kirjallisuuteen perustuvana narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineistona käytetään aikaisempia tutkimuksia sekä harmaata kirjallisuutta, joita yhdistelemällä pyritään ymmärtämään erilaisia ilmiötä. Lisäksi katsauksella pyritään löytämään ja tuomaan esiin aikaisemmasta nousevia kirjallisuudesta kysymyksiä, ristiriitoja sekä mahdollisia aukkoja tutkimuksessa. (Vilka, 2025. S.95–96). Katsaus perustuu kirjallisuushaulla löytyneisiin artikkeleihin sekä käsihaulla löydettyyn harmaaseen kirjallisuuteen. Tutkimusartikkeleiden haku suoritettiin kahdessa osassa helmikuussa 2025 ja maaliskuussa 2025. Kirjallisuushaun aineistoa kerättiin useammasta tietokannasta, joita olivat Scopus, Finna, Web of Science sekä EBSCOhost. Alustavissa hauissa tuloksia saatiin suhteellisen vähän, joten yhdenvertaisuuteen liittyvät hakusanat jätettiin kokonaan pois. Kirjallisuushaun hakulausekkeena käytettiin Finnassa (keskittäminen OR sentralisaatio OR desentralisaatio OR hajauttaminen) AND (terveys OR hyvinvointi OR palvelut) ja muissa kuin Finnassa (finland OR finnish) AND (centralization OR decentralization) AND (health or healthcare or health services or wellbeing or welfare). Lisäksi haku rajattiin koskemaan vain suomen ja englanninkielisiä artikkeleita, jotka on julkaistu vuosien 2005 ja 2025 välissä.



Kaavio 1: kirjallisuushakuprosessi vaiheita

Kirjallisuushaulla hakutuloksia saatiin kaikista tietokannoista yhteensä 146. Koska hakutuloksia oli suhteellisen vähän, sisäänotto- ja poissulkukriteerit vaihtelivat aineiston seulonnan eri vaiheissa ja tiukentuivat, mitä pidemmälle artikkeleiden seulonnassa päästiin. Tarkemmat kriteerit on eritelty taulukkoon 1. Otsikon perusteella jatkotarkasteluun päätyi yhteensä 29 artikkelia. Jatkotarkastelussa kriteerit olivat tiukempia ja johdannon perusteella ulos jäi 17 artikkelia. Yhteensä 12 tekstiä luettiin siis kokonaan. Koko tekstin lukemisen jälkeen vielä viisi artikkelia suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä ne eivät tarkastelleet tarpeeksi kattavasti suomalaisten terveyspalveluiden keskittämisen vaikutuksia yhdenvertaisuuteen. Ensimmäisellä kirjallisuushaulla saatiin siis yhteensä seitsemän artikkelia tutkimukseen tarkasteltavaksi.

Kun tutkimuksen eteni ja artikkeleiden määrä väheni seitsemään, kirjallisuushakua täydennettiin käsihaulla. Käsihaku suoritettiin käyttämällä google-hakukonetta ja sen toteuttamista tuki aikaisempi osaaminen tiedonhausta sekä hyvät valmiudet ja laaja tietopohja tutkittavasta aiheesta. Täydentävällä käsihaulla löytyi yksi harmaaseen kirjallisuuteen luokiteltava julkaisu. Harmaalla kirjallisuudella tarkoitetaan vertaisarvioimattomia julkaisuja, kuten julkisyhteisöjen raportteja ja selvityksiä (Vilka, 2025. S.96). Vaikka terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu ei ole vertaisarvioitu, kyseessä on valtiollinen ja riippumaton toimija. Näin ollen julkaisua voidaan pitää luotettavana tiedonlähteenä. Julkaisu kokoa eri alojen asiantuntijoita yhteen, jotka ovat kukin kirjoittaneet lukuja omasta asiantuntijuus- ja tutkimusalueestaan. Kyseessä on siis laaja sosiaali- ja terveyspalveluiden keskittämiseen liittyvää uudistusta arvioiva kokonaisuus.

Kirjallisuushaulla sekä täydentävällä käsihaulla saatiin siis yhteensä seitsemän empiiriseen tutkimukseen nojaavaa artikkelia sekä yksi harmaaseen kirjallisuuteen luokiteltava julkaisu. Nämä kahdeksan julkaisua muodostavat tutkielman lopullisen aineiston, jonka pohjalta on

pyrityt muodostamaan mahdollisimman kattava kuva siitä, miten terveyspalveluiden keskittäminen heijastuu palveluiden yhdenvertaisuuteen. Liitteeseen 1 on kerätty keskeisimmät tiedot kustakin artikkelista.

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit aineiston kirjallisuushakuprosessin eri vaiheissa.

Kirjallisuushakuprosessin vaihe		Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ensimmäinen kirjallisuushaku	Otsikon perusteella	2005–2025 vuosina julkaistu Käsittelee terveyspalveluiden keskittämistä tai hajauttamista Suomessa Suomen- tai englanninkielinen Tieteellinen artikkeli tai tutkimus	Julkaistu ennen vuotta 2005. Ei käsittele terveyspalveluiden keskittämistä tai sen seurauksia Muu kieli kuin suomi tai englanti Muu kuin tieteellinen artikkeli tai tutkimus Koko teksti ei ole saatavilla.
	Tiivistelmän perusteella	Käsittelee terveyspalveluiden keskittämistä tai hajauttamista Suomessa Käsittelee terveyspalveluiden laatua, saatavuutta, saavutettavuutta ja/tai yhdenvertaisuutta.	Käsittelee muiden, kuin terveyspalveluiden keskittämistä tai hajauttamista. Ei käsittele keskittämisen vaikutuksia yhdenvertaisuuteen
	Koko tekstin perusteella	Käsittelee terveyspalveluiden keskittämistä tai hajauttamista Suomessa Käsittelee keskittämisen ja yhdenvertaisuuden välistä suhdetta.	Ei käsittele riittävästi keskittämisen vaikutuksia yhdenvertaisuuteen. Käsittelee palveluiden keskittämistä muualla, kuin Suomessa.
Täydentävä käsihaku		Käsittelee vuonna 2023 voimaan tullutta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sekä pelastustoimen uudistusta. Käsittelee sote-uudistuksen seurauksia palveluiden yhdenvertaisuuteen. On julkaistu vuosien 2024 tai 2025 aikana.	Julkaistu yli vuosi sote-uudistuksen voimaantulosta. Ei tarjoa tarpeeksi uutta tai kattavaa tietoa sote-uudistuksesta. Ei käsittele sote-uudistusta keskittämisen näkökulmasta Ei käsittele sote-uudistusta yhdenvertaisuuden näkökulmasta.

5. Terveyspalveluiden yhdenvertaisuus keskittämisen aikakaudella

Tässä luvussa tuodaan esiin kirjallisuushaun perusteella saadun kirjallisuuden keskeisimpiä tuloksia siitä, miten terveyspalveluiden keskittäminen on heijastunut palveluiden yhdenvertaiseen laatuun ja saatavuuteen 2000-luvun Suomessa.

5.1 Terveyspalveluiden yhdenvertainen laatu keskittämisen aikakaudella

Tuloksia tarkastellessa selviää, että keskittämisellä on niin positiivia, kuin negatiivisiakin vaikutuksia palveluiden yhdenvertaiseen laatuun. Ensinnäkin keskittäminen luo haasteita palveluiden yhdenvertaiselle laadulle. Haasteita tuo se, että keskittämiseen liittyy usein vahva tehostaminen sekä mahdollisesti myös resurssien väheneminen. Esimerkiksi tuoreen sote-uudistuksen myötä hoitaja- ja lääkärimitoituksen positiivinen kehityssuunta kääntyi ensimmäistä kertaa laskuun 14 vuoden jälkeen. (Ståhl ym. 2025. S.77–79). Lisäksi keskittäminen voi johtaa osaamisen ja sen pysyvyyden jakautumiseen epätasaisesti alueiden välillä. (Launio ym. 2025. S. 137) Esimerkiksi sote-uudistuksen jälkeen kotihoidossa ja sen laadussa on havaittavissa suuria eroavaisuuksia hyvinvointialueiden välillä (Aaltonen ym. 2025. S.185). Osaavan henkilökunnan puuttuminen heikentää palveluiden laatua sekä luo epätasa-arvoa niin eri yksiköiden, kuin alueidenkin välille. Keskitetyssä järjestelmässä heikkoutena voi olla myös systeemin hauraus. Potilasturvallisuus tai hoidon laatu voi heikentyä esimerkiksi lomien aikana, jos tietyn sairauden tai vamman hoidosta vastaa vain muutama hoitoon erikoistunut hoitaja. (Honkasalo ym. 2014).

Keskitetyissä järjestelmissä myös palveluverkon harveneminen ja etäisyyksien kasvaminen voi haastaa palveluiden yhdenvertaista laatua. Esimerkiksi synnytyssairaaloitten sulkeminen ja palveluiden keskittäminen suurempiin yksiköihin kasvattaa paitsi matkustusaikoja ja siten myös heikentää alueellista yhdenvertaisuutta. (Huotari ym. 2020; Hemminki ym. 2011).

Etäisyyksien kasvu asettaa synnyttäjät eriarvoiseen asemaan ja lisää sairaalan ulkopuolisten synnytysten sekä niihin liittyvien komplikaatioiden ja lapsikuolleisuuden riskiä haja-asutusseuduilla (Hemminki ym. 2011). Lisäksi yksiköiden sulkeminen ja hoidon keskittäminen suurempiin yksiköihin voi luoda hoitoon liittyviä riskejä. Esimerkiksi synnytyssairaaloitten keskittäminen Helsingin yliopistolliseen sairaalaan aiheuttaisi todennäköisesti logistisia ongelmia ja loisi uusia riskejä Uudellamaalla (Huotari ym. 2020).

Vaikka keskitetyssä järjestelmässä onkin heikkouksia hoidon yhdenvertaisen laadun suhteen, myöskään hajautettu järjestelmä ei välttämättä kykene takaamaan hoidon yhdenvertaista laatua. Palveluiden ollessa hajautettuja paikalliset toimijat ja yksilöt ovat vastuussa palveluista, joka lisää alueellisia ja sosioekonomisia eroja hoidon laadussa ja sen on arvioitu olevan pääosin uhka yhdenvertaisuudelle (Burau ym. 2011). Lisäksi hoidon yhdenvertainen laatu voi olla jopa heikompaa, mikäli terveydenhuolto on hajautettua ja yksiköt pienempiä. Esimerkiksi lapsikuolleisuus on yleisempää pienemmän volyymin sairaaloissa (Huotari ym. 2020). Covid-19-pandemian myötä hajautettujen terveystalouksien yhdenvertaisuushaasteet nousivat pinnalle, kun esimerkiksi henkilökohtaisia suojavälineitä ei jaettu tasavertaisesti kaikkien alueiden kesken. Pienemmät yksiköt jäivät toissijaisiksi, eikä suojavälineitä ollut aina riittävästi, joka heikensi terveystalouksien yhdenvertaista laatua ja potilasturvallisuutta (Kihlström et al. 2022). Pandemian aikana päätöksentekoa pyrittiin keskittämään, sillä se todettiin paremmaksi palveluiden järjestämisen kannalta. Hajautettua järjestelmää kutsutaankin usein nimenomaan järjestelmäkeskeiseksi, eikä ihmiskeskeiseksi. (Kihlström ym. 2022).

Keskittämällä on siis myös potentiaalia parantaa hoidon yhdenvertaista laatua. Erityisesti kroonisten tautien hoidon keskittämisestä voi olla hyötyä. Esimerkiksi Honkasalo ym. (2014) tutkimuksesta selviää, että tyypin 1 diabetespotilaat ovat tyytyväisempiä hoidonlaatuun keskitetyssä järjestelmässä, vaikka tilastollisesti merkittäviä eroavaisuuksia tyytyväisyyteen hoitohenkilökunnan ammattitaidosta ei ole. Lisäksi keskitetty hoito johti pienempään erikoissairaanhoidon tarpeeseen ja hoito voitiin järjestää perussairaanhoidossa yleislääkärin vastaanotolla. (Honkasalo ym. 2014). Myös sosiaali- ja terveystalouksien uudistuksen myötä neuvolapalvelut ovat yhdenmukaistuneet ja yhteistyö eri sektoreiden ja alueiden välillä on laajentunut. Perheiden asuinkunnan merkitys sekä alueelliset erot hoidon laadussa ovat pienentyneet, kun palveluita on tuotettu aikaisempaa keskitetympinä. (Nieminen ym. 2025. S 228). Myös harvinaisten sairauksien hoitoon liittyvien palveluiden keskittämisessä on havaittavissa hyötyjä. Esimerkiksi lapsuuden ajan syöpien hoitoa on pyritty keskittämään suurempiin yksiköihin riittävän ja osaavan henkilökunnan, standardoidun hoitomenetelmän ja moniammatillisen yhteistyön takaamiseksi. (Gatta ym. 2019). Keskittämällä erikoistumista ja monimutkaisia teknologioita vaativia terveystalouksia voidaan taata osaavan henkilökunnan riittävyys ja siten myös hoidon yhdenvertainen ja korkea laatu.

5.2 Terveyspalveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus keskittämispaineen alla

Toisaalta terveyspalveluiden keskittäminen heijastuu myös palveluiden yhdenvertaiseen saatavuuteen ja saavutettavuuteen. Aikaisempaa kirjallisuutta tarkastellessa voidaankin huomata, että erityisesti alueellisen eriarvoisuuden lisääntyminen on keskeinen haaste terveyspalveluiden keskittämisessä. Syynä on erityisesti terveyspalveluverkon harveneminen maaseudulla ja palveluiden siirtyminen kaupunkeihin. Tämä voi pidentää etäisyyksiä terveyspalveluihin ja heikentää niiden saatavuutta erityisesti haja-asustusalueilla. (Immonen ym. 2015). Myös synnytyssairaaloiden keskittäminen johtaa etäisyyksien kasvuun, jolla on negatiivinen vaikutus synnytykseen liittyvien terveyspalveluiden yhdenvertaiseen saavutettavuuteen (Huotari ym. 2020; Hemminki ym. 2011). Kasvavat etäisyydet heikentävät lisäksi myös synnytystä edeltävien lääkäri- ja kontrollikäyntien saatavuutta (Hemminki ym. 2011). Toisaalta alueelliset erot jakautuvat eri tavoin ja suuremmat asutuskeskukset pystyvät säilyttämään omalla alueellaan alueellisen eriarvoisuuden pienenä maaseutuun verrattuna. (Bureau ym. 2011. S.144). Kuitenkin erot kaupungeissa ja maaseudulla asuvien ihmisten terveyspalveluissa pääosin kasvavat keskittämisen myötä.

Etäisyyksien pidentymisen lisäksi epätasa-arvoa luo myös palveluiden keskittäminen niin, etteivät ne ole kaikkien saavutettavissa muista syistä. Palvelutarjonnan muutos voi sulkea monet kansalaiset, erityisesti ikääntyneet, terveyspalvelujen ulkopuolelle. Tällä on kielteisiä vaikutuksia palveluiden yhdenvertaiseen saavutettavuuteen ja saatavuuteen. (Immonen ym. 2015). Esimerkiksi fyysisten palveluiden siirtäminen digitaalisille alustoille lisää vain hoidon sujuvuutta ja saatavuutta vain niillä asiakkailta, jotka ovat digitaitoisia ja joiden hoito voidaan järjestää etäyhteyksien välityksellä. Samalla kun digitaaliset terveyspalvelut hyödyttävät vain tiettyjä palveluiden käyttäjiä, ne myös vievät resursseja pois muista palveluista. Tämä voi johtaa muilla palveluiden käyttäjillä sekä etäisyyksien, että matkakulujen kasvamiseen. Tämä paitsi vähentää palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, mutta myös kasvattaa taloudellista eriarvoisuutta. (Hetemaa ym. 2025. S. 117–118).

Toisaalta terveyspalveluiden keskittäminen on myös yhteydessä kasvaneeseen hoitovelkaan ja pidempiin odotusaikoihin. Pitkät jonotusajat ovat yhteydessä hyvinvoinnin ja jopa elämänlaadun heikkenemiseen, (Launio ym. 2025. S.139) mutta myös terveysongelmien pahenemiseen sekä hoidon vaikeutumiseen ja kallistumiseen. (Harjunmaa & Auero 2025. S. 150). Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen jälkeen voidaan edelleen havaita eroavaisuuksia eri alueiden välillä niiden jonotusajoissa sekä palvelumaksuissa. Esimerkiksi yksityisen

hammashoidon palveluiden hinnat vaihtelevat suuresti alueiden välillä, eikä vähävaraisilla ei ole välttämättä muuta vaihtoehtoa, kuin jäädä odottamaan palvelun piiriin pääsyä.

(Harjunmaa & Auero 2025. S. 152–153). Keskittäminen voi siis johtaa palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden heikentymiseen niin sosioekonomisten ryhmien, kuin eri alueiden välillä.

Vaikka terveystalouden keskittämisellä voi monin paikoin heikentää palveluiden yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta, joissakin tapauksissa tulokset voivat olla positiivisia. Keskittämisen avulla voidaan pienentää sosioekonomiseen asemaan liittyviä terveyseroja. Sote-uudistukseen liittyvän keskittämisen ja palveluiden yhdenmukaistamisen myötä esimerkiksi työttömien terveystarkastusten toteuttaminen on lisääntynyt, vaikkakin palveluiden järjestämisessä ilmenee alueellisia eroavaisuuksia. (Sinervo ym. 2025. S.199–201) Lisäksi perhekeskusten määrä on yleistynyt koko maassa (Kalmari ym. 2025. S. 221) ja perheiden asuinkunnan merkitys hoidon suhteen on pienentynyt (Nieminen ym. 2025. S 228). Keskittäminen ei välttämättä vaikuta negatiivisesti terveystalouden koettuun saatavuuteen, mikäli palveluita keskitetään asiakaslähtöisesti. Ratkomalla esimerkiksi matkustamiseen ja palveluiden käyttöön liittyviä esteitä voidaan taata yhdenvertainen saavutettavuus palvelujärjestelmää kehittäessä. (Immonen ym. 2015).

6. Pohdinta: onko keskittäminen uhka vai mahdollisuus?

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten suomalaista terveysjärjestelmää on keskitetty ja miten se on heijastunut terveyspalveluiden yhdenvertaisuuteen.

Tutkimuskysymyksenä on: *miten suomalaisten terveyspalveluiden keskittäminen heijastuu palveluiden yhdenvertaisuuteen 2000-luvun Suomessa?* Tuloksia tarkasteltiin erityisesti terveyspalveluiden yhdenvertaisen laadun, saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmista. Lisäksi palveluiden yhdenvertaisuutta tarkastellessa huomioitiin erovaisuudet eri alueiden ja sosioekonomisten ryhmien välillä. Tuloksia tarkastellessa voidaan huomata, että terveyspalveluiden keskittämisellä näyttäisi olevan niin myönteisiä, kuin kielteisiäkin vaikutuksia palveluiden yhdenvertaisuudelle. Keskittämisen positiiviset vaikutukset rajoittuvat kuitenkin pääosin vain hoidon laadun paranemiseen, mutta tämä ei vielä yksinään paranna palveluiden yhdenvertaisuutta. (Tynkkynen ym. 2025).

Erityisesti alueellisen eriarvoisuuden lisääntyminen nousi tuloksissa terveyspalveluiden keskittämisen keskeiseksi haasteeksi. (Hemminki ym. 2011, Huotari ym. 2020, Immonen ym. 2015, Burau ym. 2011). Terveyspalveluiden keskittäminen suurempiin yksiköihin voi kasvattaa etäisyyksiä erityisesti maaseudulla ja asettaa eri alueilla asuvat ihmiset eriarvoiseen asemaan. Tutkimusten välillä esiintyy kuitenkin ristiriitaa siitä, ovatko kielteiset muutokset yhdenvertaisuudelle tilastollisesti merkittäviä vai ei. (Huotari ym. 2020; Hemminki ym. 2011; Burau & Vabo 2011) Pidemmät etäisyydet palveluihin voivat johtaa matkakulujen kasautumiseen erityisesti lähipalveluita paljon tarvitseville henkilöille sekä niille, jotka asuvat pidempien matkojen päässä terveyspalveluista (Harjunmaa & Auero, 2025). Maksukatosta huolimatta ongelma on systemaattinen ja havaittavissa alueellisina ja väestöryhmien välisinä eroina.

Alueellisen eriarvoisuuden kasvamisen lisäksi aineistosta nousi esiin huoli potilasturvallisuudesta. Keskittämisen myötä tapahtuva palveluverkon karsiminen voi johtaa esimerkiksi palveluiden laadun heikkenemiseen, mikäli osaaminen siirtyy pois pienemmistä yksiköistä. (Launio ym. 2025; Duodecim, 2003). Terveyspalveluiden ollessa keskitettyjä hoitoa voi joutua odottamaan pidempiä aikoja joko hoitovelan tai kasvavien etäisyyksien vuoksi. (Huotari ym. 2020; Hemminki ym. 2011; Launio ym. 2025; Harjunmaa & Auero, 2025). Toisaalta suuremmissa yksiköissä palveluiden tuottajat eivät tunne potilaitaan, joten

hoidon laatu voi vaihdella palveluyksiköiden välillä. (Duodecim, 2003) Lisäksi hoidon jatkuvuus voi kärsiä, mikäli palveluiden uudistamisessa ei huomioida integraatiota riittävässä määrin. (THL, 2023b). Palveluiden laadun vaihtelun mahdollinen lisääntyminen yksiköiden ja alueiden välillä voi heikentää yhdenvertaisuutta ja asettaa väestöryhmät eriarvoiseen asemaan.

Toisaalta on vaikeaa sanoa, onko terveystalouden keskittäminen hyvä vai huono ilmiö palveluiden yhdenvertaisuuden kannalta. Vaikka suuressa osassa tutkimustuloksia keskittäminen näyttää olevan haaste terveystalouden yhdenvertaisuudelle, myös positiivisia vaikutuksia on havaittavissa. Tutkimukset osoittavat, että keskittämisellä voidaan osin vaikuttaa positiivisesti terveystalouden yhdenvertaisuuteen. (Nieminen 2025; Sinervo ym. 2025) Terveystaloutta keskittämällä voidaan vaikuttaa erityisesti terveystalouden yhdenvertaiseen laatuun. Uudistamisen keskiössä on erityisesti yhtä laadukkaiden palveluiden tarjoaminen kaikille väestöryhmille. (Tynkkynen ym. 2025; Gatta ym. 2019; Honkasalo ym. 2014). Terveystalouden kykyä vastata yhdenvertaisesti kaikkien väestöryhmien palvelutarpeeseen tukee myös keskittämisen myötä lisääntynyt tehokkuus. Sen avulla pienemmällä määrällä resursseja voidaan tuottaa aikaisempaa enemmän terveystaloutta. Esimerkiksi Honkasalon ym. (2014) tutkimuksesta selviää, että keskitetyllä hoidolla voitaisiin säästää yhden lääkärin vuosipalkan verran rahaa. Näin ollen hoitohenkilökunnan määrää voitaisiin kasvattaa ja taloudellisia resursseja käyttää aikaisempaa tehokkaammin. (Honkasalo ym, 2014). Terveystalouden keskittämisen vaikutuksia yhdenvertaisuuteen on hankalaa arvioida, sillä haasteet ja mahdollisuudet ovat päällekkäisiä ja tapahtuvat samaan aikaan eri terveystalouksissa sekä yhdenvertaisuuden osa-alueilla. Keskittäminen voi esimerkiksi lisätä terveystalouden yhdenvertaista laatua, mutta samalla luoda alueellisia eroja palveluiden saatavuudelle. (Sinervo 2025; Helemaa ym. 2025; Gatta ym. 2019).

Keskittämisen lopputuloksiin yhdenvertaisuuden kannalta vaikuttaa merkittävästi se, millä motiiveilla terveystaloutta on keskitetty. Mikäli keskittämisessä tavoitteena on taloudellisen säästön ja kustannustehokkuuden lisääminen, jää yhdenvertaisuus helposti huomioimatta. Keskittämisessä tärkeää on kiinnittää huomiota siihen, mistä, miten ja missä palveluverkkoa karsitaan ja keskitetään. (Immonen ym. 2015; Huotari ym. 2020).

Eroavaisuuksia eri väestöryhmien välille syntyy, mikäli terveystaloutta siirretään digitaalisille alustoille tai ne keskitetään vain suuriin kaupunkeihin. (Helemaa ym. 2025) Siksi terveystaloutta keskittäessä onkin tärkeää ottaa huomioon asiakaslähtöisyys. Lisäksi

ratkaisevaa on muuttaa terveystalvaeluiden tuottamiseen liittyviä tapoja ja käytäntöjä suurempiin yksiköihin sopiviksi. (Duodecim, 2003)

Keskittämisen yhdenvertaisuusvaikutuksia arvioiessa ei myöskään voida unohtaa sitä, kuinka heikosti ja eriarvoisesti hajautettu terveystalvaelujärjestelmä vastasi kansalaisten palvelutarpeeseen (Kihlström, 2022; Honkasalo ym. 2014). Keskittämällä pyritäänkin usein korjaamaan nimenomaan hajautetussa järjestelmässä esiintyviä puutteita yhdenvertaisuudessa (Tynkkynen ym. 2025). Nykyisin esiintyvät puutteet keskitettyjen terveystalvaeluiden yhdenvertaisuudessa voivat olla pidempiaikaisia ja peräisin ajalta ennen keskittämistoimia. On siis tärkeää kiinnittää huomiota pidempiin kehityskuluihin sekä siihen, miten terveystalvaeluiden yhdenvertaisuus on muuttunut ajassa. Tähän tutkielmaan on pyritty valitsemaan tutkimusartikkeleita mahdollisimman pitkältä aikaväliltä kattavan kokonaiskuvan aikaansaamiseksi, mutta aineisto jäi siitä huolimatta melko suppeaksi.

Tutkielmaan valikoitui yhteensä vain kahdeksan julkaisua, joten tutkimusaineistoa on niukasti suhteessa tutkittavan aiheen laajuuteen. Tämä heikentää tutkimuksen kykyä tuottaa luotettavaa tietoa aiheesta. Lisäksi johtopäätökset perustuvat pitkälti harmaaseen kirjallisuuteen luokiteltavaan julkaisuun, vaikka tämä on vastoin hyviä tutkimusmenetelmiä. Vaikka kirjallisuuskatsaukseen voidaan valita harmaata kirjallisuutta, tulisi katsauksen sisällön keskittyä pääasiassa vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin (Vilka, 2025. S.96). Sen lisäksi, että tutkimusartikkeleita on vähän ja tulosten pääpaino on harmaassa kirjallisuudessa, on huomautettava, ettei harmaaksi kirjallisuudeksi luokiteltava julkaisu kykene tarjoamaan kovinkaan tarkkaa tietoa sote-uudistuksen yhdenvertaisuusvaikutuksista. Uudistuksen yhdenvertaisuusvaikutukset näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä, joten niiden arviointi on todella haastavaa vain kaksi vuotta uudistuksen toteuttamisen jälkeen. Raportissa esitetyt arviot keskittämisen vaikutuksista yhdenvertaisuuteen voivat näyttää todellista kielteisemmiltä, sillä palvelurakenteenuudistukset usein vaikuttavat lyhyellä aikavälillä yleisesti negatiivisesti palveluiden yhdenvertaisuuteen (Immonen ym. 2015). Tästä huolimatta yhdenvertaisuusvaltuutettu on pitänyt sote-uudistusta pitkällä aikavälillä tarkasteltuna hyvänä ilmiönä yhdenvertaisuuden toteutumisen kannalta (Sahrio 2025. S.37.)

Vaikka keskittäminen on ollut jo pitkään ajankohtainen ja näkyvä ilmiö suomalaisten terveystalvaeluiden kehittämisessä, on sen seurauksia yhdenvertaisuudelle vaikeaa arvioida. Terveystalvaeluita ei tuoteta tyhjiössä, vaan yhdenvertaisuuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten yhteiskunnalliset kehityskulut sekä kansainväliset ilmiöt. (Duodecim, 2003; Tynkkynen

ym. 2025). Esimerkiksi ikääntyminen, digitalisaatio, teknologian ja lääketieteen jatkuva kehitys, kansantaloudelliset haasteet ja muutokset terveystalouden budjetissa, kansainväliset kriisit, kuten koronapandemia ja sodat sekä monet muut ilmiöt vaikuttavat terveystalouden tuottamiseen ja yhdenvertaisuuteen (Tynkkynen ym. 2025). Myös integraatiolla voidaan lisätä palveluiden yhtenäisyyttä ja kykyä vastata palvelutarpeeseen. Integraatio onkin olennainen osa terveystalouden yhdenvertaisuuden edistämistä. (Croell ym. 2023. S.4–5) Terveystaloudet ovat suuri kokonaisuus, jota uudistetaan jatkuvasti kaikilla sen tasoilla. On siis vaikeaa arvioida, mitkä yhdenvertaisuuden kehityskulut johtuvat nimenomaan keskittämisestä ja mitkä taas johtuvat muista tekijöistä (Tynkkynen ym. 2025). Lopuksi on vielä todettava, että keskittäminen on suhteellisen huono tapa vaikuttaa palveluiden yhdenvertaisuuteen. Yhdenvertaisuuteen liittyvät ongelmat johtuvat erityisesti suomalaisen yhteiskunnan ja terveystaloudjärjestelmän rakenteesta, joka suosii tiettyjä väestöryhmiä. (Lehto. 2015. s. 77–78). Mikäli terveystalouden yhdenvertaisuutta haluttaisiin todella kehittää, vaadittaisiin palveluiden järjestämiseen ja sen rakenteeseen suuria muutoksia.

Tässä tutkielmassa suomalaisia terveystalouden keskittämistä käsiteltiin yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Yhdenvertaisuuden lisäksi keskittämiseen liittyy myös monia muita osa-alueita, joita tulee arvioida keskittämispäätöksiä tehdessä. Esimerkiksi resurssien, kuten ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan sekä rahoituksen riittävyys ovat olennaisia osa-alueita keskittämisen vaikutuksia arvioidessa. (Duodecim, 2003). Yhdenvertaisuuden edistämiseksi voidaan myös joutua tasapainottelemaan alueellisen yhdenvertaisuuden sekä hoidon yhdenvertaisen laadun välillä. Esimerkiksi terveystalouden keskittäminen hoidon laadun parantamiseksi voi olla perusteltua vaikkapa harvinaisten sairauksien hoidon suhteen, vaikka se lisäisi alueellista eriarvoisuutta. Tärkeintä on varmistaa, että usein käytettävät palvelut, kuten neuvolat ja terveyskeskukset, pysyvät lähellä ja helposti saavutettavissa, jotta terveysongelmat eivät pääse pahenemaan tai ne voidaan hoitaa ennaltaehkäisevästi. (Harjumaa ym. 2025; Duodecim, 2003) Yhdenvertainen palveluiden laatu ja saatavuus ei vielä itsessään ole positiivinen ilmiö, mikäli se tarkoittaa keskimääräisen laadun ja saatavuuden heikkenemistä. Keskeistä onkin nostaa heikommassa asemassa olevien väestöryhmien terveystalouden laatu ja saatavuutta korkeammalle tasolle ja samalla säilyttää terveystalouden korkea laatu ja saatavuus kokonaisuudessaan. (Tynkkynen ym. 2025)

Tässä tutkielmassa pyrittiin selvittämään sitä, miten terveystalvveluiden keskittäminen heijastuu palveluiden yhdenvertaisuuteen Suomessa. Vaikka kirjallisuuskatsaus perustuu suhteellisen niukkaan aineistoon, sen tuloksista selviää, että suomalaisten terveystalvveluiden keskittämisen vaikutukset yhdenvertaisuuteen ovat olleet niin kielteisiä, kuin myönteisiäkin. Suomessa terveystalvveluiden keskittämisen haasteena on erityisesti etäisyyksien kasvaminen terveystalvveluihin, joka haastaa alueellista yhdenvertaisuutta suomalaisten välillä. Sen sijaan terveystalvveluiden keskittäminen näyttää yhdenmukaistavan hoitomenetelmiä sekä tarjottavia palveluita ja siten myös parantavan hoidon yhdenvertaista laatua. Suppeasta kirjallisuudesta huolimatta tutkielma onnistui jossain määrin tuottamaan tarkoituksen mukaista sisältöä sekä vastaamaan sille asetettuun tutkimuskysymykseen. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi keskittämispäätöksiä suunnitellessa sekä niitä arvioidessa. Lisäksi tutkielman avulla myös maallikko voi tutustua suomalaisten terveystalvveluiden luomaan kokonaisuuteen sekä luoda kokonaiskuvaa siitä, millaisia yhdenvertaisuuteen liittyviä hyötyjä ja haittoja terveystalvveluiden keskittämisellä voi olla.

Tutkielman heikkoutena on tutkimusaineiston niukkuus ja siksi tutkimus olisi hyvä toistaa uudelleen. Aineiston riittävyden takaamiseksi näkökulmaa voisi kuitenkin laajentaa koskemaan esimerkiksi kaikkia Pohjoismaita. Vaihtoehtoisesti tutkimus voisi myös koskettaa pelkkien terveystalvveluiden sijaan suomalaisten sosiaali- ja terveystalvveluiden muodostamaa sote-kokonaisuutta. Siten voitaisiin kerätä kattavammin tietoa aiheesta sekä muodostaa kokonaisvaltaisempi ja luotettavampi kuva siitä, miten keskittäminen voi vaikuttaa yhdenvertaisuuteen palveluiden saatavuuden ja laadun suhteen. Toisaalta tutkimustuloksia läpikäydessä voidaan huomata, että aikaisemmassa kirjallisuudessa käsiteltiin melko rajallisesti haavoittuvassa asemassa olevia väestöryhmiä. Olisi siis arvokasta tehdä jatkotutkimusta siitä, miten keskittäminen vaikuttaa esimerkiksi vammaisten, vanhusten, maahanmuuttajien ja työttömien terveystalvveluiden käyttöön ja laatuun. Lisäksi olisi tarpeenmukaista kartoittaa tuoreimman sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän uudistuksen vaikutuksia yhdenvertaisuuteen. Uudistusta arvioidaan jatkuvasti, joten kattavan kirjallisuuskatsauksen tekeminen voisi olla mahdollista muutaman vuoden sisällä. On selvää, että terveystalvveluita tulee uudistaa, sillä nykyiset terveystalvvelut eivät kykene uudistuksesta huolimatta vastaamaan suomalaisten palvelutarpeeseen riittävän yhdenvertaisesti. Siksi olisikin tärkeää saada tietoa keskittämisen yhdenvertaisuusvaikutuksista, jotta voitaisiin arvioida entistä paremmin, mihin suuntaan suomalaisia terveystalvveluita tulisi tulevaisuudessa viedä.

Lähteet

Aaltonen M., Edgern J., Heikkilä R., Josefsson K. & Ilmarinen K. (2025). Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.177-189

Alste M. (15.8.2024). Sote-johtaja: Lähes puolet hyvinvointialueista voisi lakkauttaa. Yle. Viitattu 9.5.2025. <https://yle.fi/a/74-20103850>

Burau V. & Vabo S. I. (2011). Shifts in Nordic welfare governance: introduction and outlook. *International Journal of Sociology and Social Policy* Vol. 31 No. 3/4, 2011 pp. 140-147.

<https://doi.org/10.1108/01443331111120582>

Croell K., Knape N., Leipälä J., Louet-Lehtonimi T., Nieminen J., Ridanpää H., Savolainen N., Syrjä V. & Syrjänen T. (2024). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2024 ISBN 978-952-408-363-8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-363-8>

Duodecim & Suomen akatemia (2003). Tuoko keskittäminen laatua erikoissairaanhoidon? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2003;119(4):347-357.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo93437>

Gatta G., Botta L., Comber H., Dimitrova N., Leinonen M.K., Pritchard-Jones K., Siesling S., Trama A., Van Eycken L., van der Zwan J.M., Visser O., Zagar T. & Capocaccia R. (2019). The European study on centralisation of childhood cancer treatment. *European Journal of Cancer* 115 (2019) 120e127. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.04.024>

Harjunmaa U. & Auero M. (2025) Suun terveydenhuolto. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.148-154.

Hemminki E, Heino A & Gissler M. (2011) Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *BJOG* 2011;118:1186-1195. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02977.x <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21609379/>

Hetema T., Satokangas M., Maisanen V., Launio S. & Sinervo T. (2025).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotto toiminta. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.109-121.

Honkasalo M.T., Linna M. Sane T. Honkasalo A. & Elonheimo O. (2014). A comparative study of two various models of organising diabetes follow-up in public primary health care – the model influences the use of services, their quality and costs. *BMC Health Services Research* 2014, 14:26 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/2>

Huotari T., Rusanen J., Keistinen T., Lähderanta T., Ruha L., Sillanpää M. J. & Antikainen A. (2020). Effect of centralization on geographic accessibility of maternity hospitals in Finland. *BMC Health Services Research* 20:337 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05222-5>

Hyvärinen, A., Jokela, S., Linnanmäki, E., Lumme, S., Mancerbacka, K., Martelin, T., ... & Suhonen, S. (2019). Sosiaali- ja terveystalvvelujen yhdenvertaisuuden käsitteet: Versio 2.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121948919>

Immonen M., Vilko J., Koivuniemi J. & Laasonen K. (2014). Outcomes of public health reform – service availability in rural areas. *International Journal of Public Sector Management* Vol. 28 No. 1, 2015 pp. 42–56. DOI:10.1108/IJPSM-03-2014-0035. https://www.academia.edu/21358334/Outcomes_of_public_health_reform_service_availability_in_rural_areas?source=swp_share

Järvelin Jutta, Rico Ana & Cetani Teresa. (2002). Finland: health system review 2002. *Health Care Systems in Transition*, Vol. 4 No. 1 ISSN 1020–9077 Vol. 4 No. 1. s.1–92. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-review-2002>

Kalmari H., Kekkonen M. & Nieminen S. (2025) Perhekeskus. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.218–224.

Karanikolos M, Tynkkynen LK, Keskimäki I. Finland: Health System Summary, 2024 Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024. ISBN: 9789289014410 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary-2024>

Kokko S. (2015). Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Teoksessa Niemelä ym. Terveydenhuollon muutokset. S.27-42.

Koivusalo M. (1999). Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. *BMJ*. 1999 May 1;318(7192):1198–1200. doi: 10.1136/bmj.318.7192.1198 <https://www.bmj.com/content/318/7192/1198>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Launio S., Reissel E. & Hetemaa T. (2025). Erikoissairaanhoido. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.136–143.

Lehto J. (2015). Pohjoismainen vai omalaatuinen terveydenhuolto? Teoksessa Niemelä ym. Terveydenhuollon muutokset. S.61–78.

Niemelä M., Kokkinen L., Pulkki J., Saarinen A. Ja Tynkkynen L.K. (toim). (2015) Terveydenhuollon muutokset

Niemelä M. & Saarinen A. (2015). Terveystuoltopolitiikan muutokset. Teoksessa Niemelä ym. Terveystuollon muutokset. S.13–26.

Nieminen S., Klemetti R., Vuorenmaa M., Parvainen L. & Sainio S. (2025). Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.225–331.

Rehunen A., Reissell E., Honkatukia J., Tiitu M. & M. (2016). Sosiaali- ja terveystuolujen tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41/2016.

Sahrio S. (2025). Yhdenvertaisuuden huomioiminen palveluiden järjestämisessä. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.37–43

Salonen J & Nuorteva L. (12.3.2025). Terveystuollon kansalliset laaturekisterit. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos THL. Viitattu 24.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sote-tietopohja/terveystuollon-kansalliset-laaturekisterit>

Sinervo L., Tepora-Niemi S-M., Lappalainen K. & Vuokko A. (2025). Työttömän terveystarkastukset hyvinvointialueilla ja osana työllisyystuoluita. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S. 198–202.

Sosiaali- ja terveystministeriö STM. (26.3.2025a.) Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Viitattu 23.4.2025. <https://stm.fi/hoitotakuu>

Sosiaali- ja terveystministeriö STM. (17.1.2024). Terveystuoluit. Viitattu 25.4.2025. <https://stm.fi/terveystuoluit>

Sosiaali- ja terveystministeriö STM. (29.1.2025b). Työterveystuolto. Viitattu 25.4.2025. <https://stm.fi/tyoterveyshuolto>

Ståhl T, Saaristo V., Wiss K & Nieminen J. (2025). Ehkäisevä ja edistävä työ sosiaali- ja terveystuoluitissa. Teoksessa Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>. S.77–86.

Suomen perustuslaki (731/1999): <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Suomen terveystuoltolaki (1326/2010): <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos THL (2.12.2024). Kansallisten laaturekisterien raportit. Viitattu 24.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja->

[seuranta/sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit/kansallisten-laaturekisterien-raportit](#)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. (8.12.2023a). Palveluiden saatavuus ja jatkuvuus. Viitattu 23.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palvelujen-saatavuus-ja-jatkuvuus#seuranta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (8.12.2023b). Palveluintegraatio. Viitattu 9.5.2025. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palveluintegraatio>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (5.12.2023c). Saavutettavat palvelut. Viitattu 23.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palvelujen-saatavuus-ja-jatkuvuus/saavutettavat-palvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. (2.4.2025). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeiset käsitteet. Sotesanastot. (viitattu 23.4.2025). https://sanastokeskus.fi/tsk/fi/sosiaali_ja_terveydenhuollon_uudistamisen_keskeiset_k%3%a4sitteet-1398.html

Tiirinki H. (18.11.2019). Maailman parasta laatua tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksiin. THLblogi. Viitattu 24.4.2025. <https://blogi.thl.fi/maailman-parasta-laata-tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskuksiin/>

Tynkkynen L-K., Keskimäki I., Reissell E., Koivusalo M., Syrjä V., Vuorenkoski L., Rechel B. & Karanikolos M. (2019). Centralising health care administration in Finland – an inevitable path? Eurohealth. 25(4), 29. <https://iris.who.int/handle/10665/332501>

Tynkkynen L. K., Paatela S., Aalto A-M., Keskimäki I., Nykänen E., Peltola M., Sinervo T., Tammi T. & Viita-aho M. (2025). Tilannekuvia hyvinvointialueilta: muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 5/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>

Vilka H. (2025). Tutki ja kehitä. Santalahti.

WHO (2021) Guidance on centralization of blood donation testing and processing. World Health Organization

Liitteet 1.

Tekijät	Vuosi	Sisältö
Bureau & Vabo	2011	Yleiskatsaus, joka käsittelee muutoksia Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden rakenteissa ja sitä, miten se vaikuttaa universalismiin. Artikkelissa keskeisenä esimerkkinä käytetään vanhusten hoitoon liittyviä palveluita, jotka ovat olleet perinteisesti hajautettuja. Pohjoismaille tyypillinen paikallinen hallinto sekä alueellisen tasa-arvon ihanne nähdään olevan ristiriidassa keskenään. Artikkelin keskeisimpiä sisältöjä on se, että keskittämisen ja hajauttamisen trendi on vaihteleva ja se vaikuttaa universalismiin monin tavoin. Muutokset hallintorakenteessa voivat joko lisätä eriarvoisuutta laajasti tai voivat parhaassa tapauksessa olla vaikuttamatta merkittävästi universalismiin. Toisaalta erityisesti markkinataloudellisten elementtien ja hajauttamisen voivat lisätä riippuvuutta paikallisiin tekijöihin ja haastaa erityisesti alueellista tasa-arvoa. Lisäksi artikkelista käy ilmi, että universalismin toteuttaminen omalla alueellaan on helpompaa, mitä suuremmasta kunnasta on kyse.
Gatta ym.	2019	Analyysi, joka käsittelee lapsuuden ajan syöpien hoidon keskittämisen vaikutuksia hoidon laatuun Suomessa sekä viidessä muussa Euroopan valtiossa. Tutkimuksessa on mukana 4415 lasten syöpää, joiden tiedot ovat kerätty syöpärekistereistä. Lapsuuden ajan syöpien keskittäminen on yleisesti hyväksytty tavoite. Hoito tärkeää tuottaa keskitetysti, jotta osaaminen ja asiantuntijuus pysyy korkeana. Kun hoito toteutetaan korkean volyymin sairaaloissa, on selviäminen todennäköisempää ja kuolleisuus pienempää. Erityisesti pienissä maissa myös kansainvälinen yhteistyö tärkeää. Vuosien 2007-2013 aikana Suomessa korkean volyymin sairaaloita oli viisi ja noin 94 % tapauksista hoito järjestettiin yhdessä yksikössä.
Hemminki ym.	2011	Syntymärekisteritietojen poikkileikkausanalyysi, joka kuvaa synnytysten keskittämistrendejä ja niiden seurauksia Suomessa. Synnytysten määrä sairaalaa kohti on noussut 1990-luvulta lähtien. Artikkelissa keskeistä on se, ettei synnytysten keskittäminen ole perusteltua potilasturvallisuuden nimissä. Erot hoidon laadussa ja tuloksissa matalan ja korkean volyymin synnytyssairaaloiden välillä eivät ole tilastollisesti merkittäviä. Sen sijaan tutkimuksessa havaittiin pieniä alueellisia eroja synnytysturvallisuudessa. Toimivan lähetejärjestelmän avulla synnytykseen liittyvät palvelut voidaan järjestää turvallisesti hajautetusti. Keskittämisen taustalla on usein paitsi yleinen keskittämispaino, mutta myös halu saada aikaan taloudellisia säästöjä sekä parantaa hoidon laatua. Keskittäminen voi kuitenkin johtaa työvoimapulaan, epäsuorien kustannusten nousuun, potilasturvallisuuden heikkenemiseen sekä alueellisen eriarvoisuuden lisääntymiseen.
Honkasalo ym.	2014	Vertaileva tutkimus, jossa vertaillaan diabeteksen jatkohoidon hintaa, laatua ja saatavuutta hajautettujen ja keskitettyjen terveyspalveluiden välillä. Tutkimus vertailee kahta suomalaista kuntaa, joista Nurmijärvellä palvelut toteutetaan keskitetysti, kun taas Kouvolassa palvelut ovat hajautettuja. Tutkimuksesta käy ilmi, että keskitetyissä terveyspalveluissa diabetekseen liittyvä hoito järjestettiin perusterveydenhuollossa, kun taas hajautetuissa palveluissa peruslääkärit tarvitsivat useammin erikoislääkärin konsultaatiota. Erot tyyppin 1 diabetekseen liittyvien terveyspalveluiden laadussa eivät olleet merkittäviä, mutta asiakkaat olivat tyytyväisempiä hoidon ollessa keskitettyä. Tyyppin 1 diabeteksen hoidon keskittämisellä voidaan saada aikaan säästöjä ja lisätä asiakastyytyväisyyttä hoidon laatua heikentämättä. Samansuuntaisia tuloksia oli havaittavissa myös tyyppin 2 diabeteksen hoidon keskittämisen suhteen. Ongelmaksi voi kuitenkin muodostua keskitettyjen palveluiden haavoittuvaisuus. Tutkimuksen tulokset kannustavat kuitenkin uudelleenarvioimaan diabeteksen hoidon järjestämisen tapoja perusterveydenhuollon palveluissa.
Huotari ym.	2020	Tutkimus käsittelee synnytyssairaaloiden keskittämisen vaikutuksia alueelliseen yhdenvertaisuuteen Suomessa. Artikkelissa on käytetty kuvitteellista tilannetta, jossa synnytyssairaaloiden määrää vähennettäisiin 22:sta 16:sta. Tuloksista selviää, että synnytyssairaaloiden määrän vähentäminen lisäisi alueellista eriarvoisuutta, mutta ei välttämättä merkittävästi. Keskimääräinen matkustusaika kasvaisi yhdeksällä minuutilla,

		joka ei heikentäisi synnytysturvallisuutta merkittävästi. Tulokset kuitenkin vaihtelevat suljettavien sairaaloiden suhteen. Tärkeää on huomioida se, etteivät matkat kasvaisi kohtuuttoman suuriksi haja-asutusseuduilla, erityisesti Pohjois-Suomessa. Myös esimerkiksi pääkaupunkiseudun läheisyydessä olevien sairaaloiden sulkeminen voisi johtaa uudenlaisiin logistisiin ongelmiin HUS:in alueella. Vaikka keskittäminen haastaa alueellista yhdenvertaisuutta, sitä perustellaan taloudellisilla säästöillä. Lisäksi perusteena on myös asiantuntijuuden ja siten myös paremman hoidon laadun takaaminen.
Immonen ym	2015	Kyselytutkimus, jonka avulla pyrittiin kartoittamaan suomalaisten kokemuksia terveyspalveluiden yhdenvertaisesta saavutettavuudesta maaseudulla. Tutkimus tehtiin postikyselynä, jonka kautta saatiin 1121 vastausta 60-90-vuotiailta Kaakkois-Suomessa asuvilta ihmisiltä. Tuloksista selviää, terveyspalvelujen koettuun saatavuuteen vaikutti paitsi etäisyys palveluihin, mutta myös vastaajan elämäntilanne sekä palveluiden käyttöön liittyvät tavat. Palveluiden jatkuva supistaminen maaseudulla voi johtaa terveyshyötyjen menetykseen. Muutokset palveluissa aiheuttavat lyhyellä aikavälillä kielteisiä vaikutuksia niiden koetulle saatavuudelle. Palveluiden koettu saatavuus ei kuitenkaan heikenny, mikäli palveluita keskitetään niin, että ne säilyvät vanhusten toimintapiirin sisällä tai matkustamiseen liittyvät haasteet ratkotaan asianmukaisesti.
Kihlström ym	2022	Kvalitatiivinen tutkimus, joka käsittelee suomalaisen hajautetun terveyspalvelujärjestelmän resilienssiä ja toimintaa covid-19-pandemian aikana. Tutkimusmateriaali perustuu 32:teen puolistrukturoituun haastatteluun, joiden osallistujat ovat olleet sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvissä johto- ja virkamiestehtävissä covid-19-pandemian aikana. Tutkimuksesta selviää, että hajautetun järjestelmän resilienssiä tuki monet alueiden väliseen yhteistyöhön ja paikalliseen päätöksentekokykyyn tekijät sekä eri tason toimijoiden välinen vahva luottamus. Hajautetun järjestelmän heikkouksina olivat kuitenkin johtamisen hajanaisuus, keskushallinnon ja integraation puuttuminen, riittämätön valmistautuminen sekä viestintään ja luotettavan tiedon saantiin liittyvät ongelmat. Lisäksi hoitohenkilökunnan siirtyminen toisiin tehtäviin aiheutti haasteita. Hajautettua järjestelmää kutsutaan järjestelmä-, ei yksilökeskeiseksi, joka heikentää sen resilienssiä huomattavasti.
Tynkkynen ym.	2025	THL:n raportti, joka käsittelee sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistuksen kykyä vastata sille asetettuihin tavoitteisiin sekä tunnistaa siihen liittyviä kehittämismahdollisuuksia. Raportista selviää, että sote-uudistus on vastannut vaihtelevasti sille asetettuihin yhdenvertaisuustavoitteisiin. Hyviä tuloksia on saavutettu esimerkiksi työttömien terveystarkastuksen sekä neuvola- ja äitiyspalveluiden yhdenmukaisemmassa tarjonnassa ja laadussa. Yhdenvertaisuutta kuitenkin heikentää keskittämiseen liittyvä palveluiden siirtäminen maaseuduilta kaupunkiin sekä lähivastaanotoilta digitaalisille alustoille haastaa yhdenvertaisuutta eri alueiden ja väestöryhmien välillä. Lisäksi ongelmia tuottaa lääkäri- ja hoitajamitoituksen lasku, osaavan henkilökunnan epätasaiseen jakautumiseen alueiden kesken, jonotusaikojen pituuskien sekä erityisesti hammashoidon hintojen vaihtelevuus hyvinvointialueiden kesken.