



thl

Päätösten
tueksi

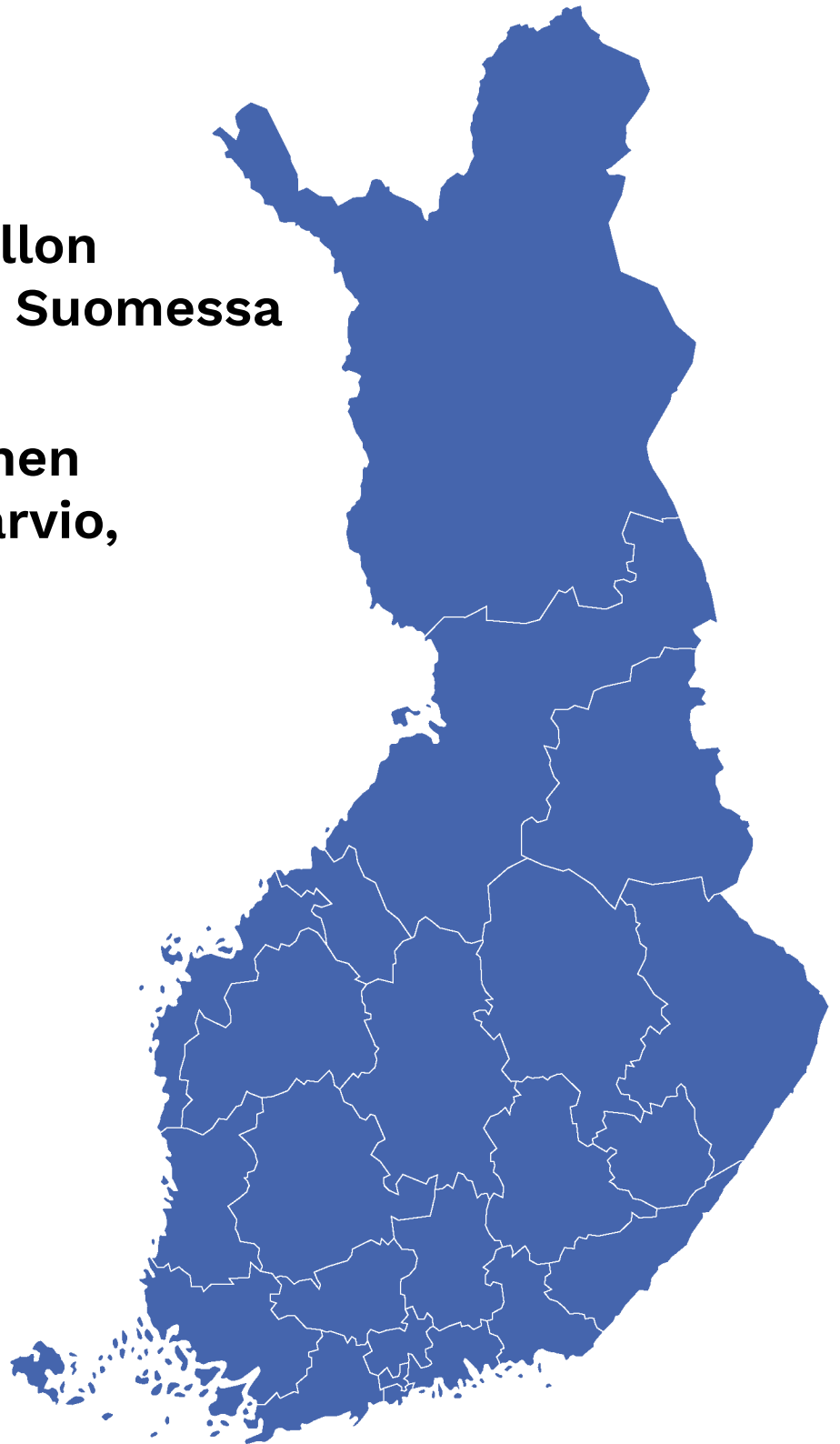
Tiedosta arviointiin
tavoitteena paremmat palvelut

40/2025

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa

Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2025

Nina Knape
Jaana Leipälä
Tuulikki Louet-Lehtoniemi
Jutta Nieminen
Pasi Oksanen
Hannele Ridanpää
Nella Savolainen
Vesa Syrjä
Taru Syrjänen



Sisällys

Lukijalle.....	3
Asiantuntija-arvion johtopäätökset.....	4
Väestö, palvelutarve ja toimintaympäristö.....	8
Sote-palvelujen nykytila ja kehitys	16
Erityisteema: Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	27
Yhteistyöalueiden toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä	33
Arvioinnin tietopohja.....	40
Lähteet.....	41

Lukijalle

Osana valtakunnallista ohjausta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 30 §:n mukaan laatia vuosittain asiantuntija-arviot sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä hyvinvointialueittain, yhteistyöalueittain ja valtakunnallisesti. Tämä syksyn 2025 valtakunnallinen asiantuntija-arvio tarjoaa tuoreen tilannekuvan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä maan viiden yhteistyöalueen sopimusvalmistelun ja käytännön yhteistyön rakentumisen tilasta.

Syksyn 2025 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio sisältää katsauksen hyvinvointialueiden toimintaympäristön ja väestön palvelutarpeen muutoksiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja talouden nykytilaan ja kehitykseen. Valtakunnallisen asiantuntija-arvion erityisteemana ovat lasten, nuorten ja perheiden palvelut.

Valtakunnallisessa asiantuntija-arviossa on hyödynnetty erityisesti THL:n eri raportointityökalujen tarjoamia tietoja ja hyvinvointialuekohtaisten asiantuntija-arvioiden päähavaintoja sekä muita ajankohtaisia alueellisia ja valtakunnallisia selvityksiä ja tutkimuksia. THL julkaisee valtakunnallisen asiantuntija-arvion ja hyvinvointialuekohtaiset arviot samaan aikaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen valtakunnallinen asiantuntija-arvio on suunnattu tukemaan kansallisia ja alueellisia päättäjiä, viranhaltijoita ja asiantuntijoita. THL:n asiantuntija-arviot muodostavat vahvan perustan myös sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain laatimalle valtakunnalliselle selvitykselle sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta ja rahoituksen tason riittävydestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen asiantuntija-arvioita täydentää THL:n kesällä 2024 julkaisema [Johdon strateginen tilannekuva](#). Ensisijaisesti valtioneuvoston ohjauksen tarpeisiin räätälöityyn ja neljännesvuosittain päivittyvään palveluun on koottu strategisen tason kokonaiskuvaa hyvinvointialueiden tilanteesta. Kaikille avointa johdon strategista tilannekuvaa voivat hyödyntää myös hyvinvointialueiden strateginen johto ja päättäjät arvioidessaan oman hyvinvointialueensa onnistumista sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistehtävässä suhteessa muihin hyvinvointialueisiin.

Helsingissä 21.10.2025

Piia Aarnisalo

Johtaja

Anu Niemi

Palvelujärjestelmäjohtaja

Asiantuntija-arvion johtopäätökset

Väestörakenteen muutos vauhdittaa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamistarvetta

Suomen väestö ikääntyy ja monimuotoistuu. Väestönkasvu perustuu maahanmuuttoon, joka keskittyy pääosin Uudenmaan alueen suurimpiin kaupunkeihin. Useimmilla alueilla asukasluku pienenee voimakkaasti. Lasten ja nuorten määrä vähenee monilla alueilla huomattavasti jo vuoteen 2030 mennessä. Kaikilla alueilla iäkkäimpiin väestöryhmiin kuuluvien asukkaiden määrä kasvaa voimakkaasti. Yli 85-vuotiaiden määrä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä.

Väestökehityksen eriytyminen maan eri alueilla, väestön keskittyminen alueiden keskuskaupunkeihin ja maahanmuuttajataustaisen väestön kasvu on välttämätöntä huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä. Väestörakenteen muutos edellyttää ikääntyneiden palvelujen määrätietoista kehittämistä ja lasten ja nuorten palvelujen sopeuttamista pienenevien ikäluokkien tarpeisiin. Erityisesti vähenevän väestön alueilla palvelujen uudistamisen ja palveluverkon jatkokehittämisen tarve on suuri.

Alueiden on palveluverkon muutoksissa otettava huomioon myös henkilöstötilanne. Vaikka henkilöstön saatavuus on parantunut, tiettyjen ammattiryhmien, kuten lääkärien ja psykologien saatavuus on edelleen paikoitellen heikko. Lisäksi merkittävä osa henkilöstöstä siirtyy lähivuosina eläkkeelle.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaiselle yhteistyölle tarvetta

Sairastavuus ja työkyvyttömyys vaihtelevat suuresti maan eri alueiden välillä, ja korostuu alueilla, joissa väestö on iäkästä ja koulutustaso on matala. Koko maan kehityskulkuja kuvaavat ylipainon nopea yleistyminen, päihteiden käytön ongelmat sekä nuorten ahdistuneisuusoireilu muodostavat niin ikään kasvavan paineen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet kuntien ja järjestöjen kanssa tehtävään yhteistyöhön on alueilla pääosin luotu, mutta eri väestöryhmiä läpileikkaavat haasteet edellyttävät hyvinvointialueilta entistä vahvempaa panostusta hyvinvointia ja terveyttä edistävään ja ehkäisevään työhön sekä työn vaikuttavuuden varmistamista.

Hyvinvointialueiden talous kääntymässä parempaan suuntaan - alueellinen eriytyminen jatkuu

Hyvinvointialueiden ensimmäisten vuosien alijäämät osoittavat, etteivät valtionrahoitus ja maksutuotot riittäneet nykyisellä tavalla järjestettyihin palveluihin. Rahoituksen jälkikäteistarkastuksen turvin yli puolet alueista saavuttaa kuluvana vuonna ylijäämäisen tuloksen, mutta vain harva alue saavuttanee alijäämien kattamistavoitteen vuoden 2026 loppuun mennessä. Erityisesti useat vähenevän väestön alueet tekevät edelleen alijäämää, jolloin sopeuttamispaine kasvaa merkittäväksi.

Alueiden toiminnan ja talouden tasapainottamistoimet ovat edenneet, mutta monilta osin ennakoitua hitaammin. Osassa hyvinvointialueita viivästyneet palveluverkkopäätökset ovat hidastaneet palvelujen uudistamista. Useilla alueilla on tunnistettavissa tarvetta vahvistaa erityisesti poliittista päätöksentekokyvykkyyttä sekä sitoutumista palvelurakenteen ja palvelujen uudistamiseen tähtäävien toimien vauhdittamiseen. Palvelujen uudistamisen yhtenä mahdollistajana ovat yhtenäiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät, joiden käyttöönnotossa on edistytty huomattavasti vuoden 2025 aikana useilla lähtötilanteeltaan pirstaleisilla alueilla. Samalla tiedolla johtamisen edellytykset ovat vahvistumassa.

Alueiden väliset erot sote-kustannuksissa syvenevät - sosiaalihuollon kustannusten kasvu voimakasta

Vuonna 2024 hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen nettokäyttökustannukset olivat 24,6 mrd. euroa. Alueiden väliset erot asukaskohtaisissa kustannuksissa ovat huomattavia ja heijastavat sekä väestörakenteen että palvelurakenteen erityispiirteitä. Uudellamaalla kustannukset olivat maan pienimmät, mikä selittyy alueen nuorella väestörakenteella sekä työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen laajalla käytöllä. Suurimmat kustannukset puolestaan kohdistuivat korkean sairastavuuden alueille Etelä-Savoon, Lappiin ja Kymenlaaksoon, joissa iäkkäämpi väestörakenne lisää palvelujen kysyntää julkisella sektorilla. Näillä vähenevän väestön alueilla on myös kaksi keskussairaalaa, jotka ylläpitävät vahvaa erikoissairaanhoidon palvelujen tarjontaa. Palvelutarpeeseen suhteutettuna sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat suurimmat Keski-Suomessa, Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa. Pohjois-Karjalassa taas kustannukset ovat jo usean vuoden ajan olleet maan matalimpien joukossa, vaikka alue kuuluu sairastavuudeltaan maan korkeimpiin.

Vuodesta 2020 vuoteen 2024 sosiaali- ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset kasvoivat eniten Keski-Suomen ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueilla, Kainuussa kustannukset vähenivät muusta maasta poiketen. Kasvava palvelutarve sekä mittavat hinnankorotukset hyvinvointialueiden aloittaessa kasvattivat sosiaalihuollon kustannuksia tarkastelujaksolla viidenneksellä. Hyvinvointialueiden tulisiikin varmistaa riittävä oma tuotanto osana kustannusten hillitsemistä. Terveydenhuollon kustannuskehitys oli tarkastelujaksolla maltillisempaa, joskin alueelliset erot olivat suuria.

Haasteena perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus ja pääsy kiireettömään erikoissairaanhoidon

Perusterveydenhuollossa hoitotakuu toteutuu valtakunnallisesti hyvin, mutta hoidon jatkuvuus on sekä lääkäri- että hoitajavastaanotoilla heikko. Erikoissairaanhoidossa taas, tilanteen hienoisesta paranemisesta huolimatta, on edelleen haasteita kiireettömään hoitoon pääsyssä.

Vaikka erikoissairaanhoidon päivystyskäyntien määrä on ollut lievässä laskussa, kiireellisen hoidon kysyntä kasvaa edelleen ja painottuu erityisesti perusterveydenhuoltoon. Useilla alueilla havaittava, erityisesti ikääntyneiden henkilöiden runsas päivystyksen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttö viittaa kehittämistarpeisiin hoidon tarpeen arvioinnissa sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Tämän vuoksi on tarvetta toimintamalleille, joilla varmistetaan, että erityisesti monisairaat, ikääntyneet ja muut paljon palveluja käyttävät henkilöt saavat mahdollisimman sujuvasti yhteyden omaan perusterveydenhuollon lääkäriinsä tai omatiimiinsä. Samalla on tärkeää tehostaa käytäntöjä, jotka ohjaavat asiakkaita ottamaan yhteyttä hoidon tarpeen arvioivaan tahoon ennen suoraa hakeutumista päivystykseen. Lisäksi

sekä hoidon tarpeen arvioinnissa että hoito- ja palveluketjun toteuttamiseen liittyvässä yhteydenpidossa potilaan ja häntä hoitavan tahon välillä on potentiaalia lisätä digitaalisen asioinnin tarjoamia mahdollisuuksia.

Ikääntyneiden palvelurakenne uudistuu hitaasti suhteessa ikääntyvän väestön tarpeisiin ja talouden realiteetteihin

lääkkäiden sosiaalihuollon palvelujen peittävyys on jatkanut laskuaan. Palvelurakenteen uudistaminen on käynnissä, mutta muutokset etenevät hitaasti: kotona asuvien ikääntyneiden osuus on pysynyt samalla tasolla ja kotihoitoa saa yhä harvempi iäkkäiden määrän kasvusta huolimatta. Samanaikaisesti kotihoidon kustannukset ovat vähentyneet, mikä viittaa palvelujen niukentumiseen. Tämä on ristiriidassa strategisten tavoitteiden kanssa, joissa painopiste on kotona asumisen tukemisessa. Ympäri vuorokautisen hoivan peittävyys pysyi edellisvuosien tasolla, ja asiakasmäärä kasvoi. Huomionarvoista ovat suuret alueelliset erot palvelurakenteissa, mikä heikentää ikääntyneiden yhdenvertaisuutta koko maan tasolla.

Integraatio ikääntyneiden palvelujen ja terveystalouden välillä on tiivistynyt, ja osastohoidon käyttö on vähentynyt. Toisaalta päivystyskäyntien kasvu ja hoitoketjujen ongelmat antavat viitteitä siitä, että ikääntyneiden palveluketjun alkuvaiheen palvelut vahvistuvat hitaammin kuin ympärivuorokautisen palveluasumisen vähentäminen edellyttäisi. Viiveet ympärivuorokautiseen palveluasumiseen pääsyssä ovat lisänneet ostopalvelujen käyttöä ja osaltaan hidastaneet palvelurakenteen uudistumista. Tiivistynyt integraatio ei riitä paikkaamaan ikääntyneiden palvelukokonaisuuden rakenteellisia puutteita ja uudistaminen näyttää paikoin hallitsemattomalta.

Vammaisten henkilöiden palvelujen ja mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakenteen keventäminen menossa

Vammaisille henkilöille suunnattujen palvelujen asiakasmäärä on kasvussa. Vaikka pitkäaikaisen laitoshoidon purku jatkuu ja henkilökohtainen apu on yhä useamman saatavilla, asumispalvelujen painopiste on vahvasti ympärivuorokautisissa palveluissa. Kustannusten hallinta pitkällä aikavälillä edellyttää hyvinvointialueilta panostuksia kotona asumisen mahdollisuuksiin ja kevyempiin asumispalveluihin. Erot palvelurakenteissa heijastavat hyvinvointialueiden erilaista strategista suuntaa ja voivat johtaa asiakkaiden eriarvoisuuteen.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluissa alueet tavoittelevat vammaispalvelujen tavoin palvelurakenteen keventämistä. Alueilla on lisätty matalan kynnyksen ehkäiseviä palveluja ja osalla alueista on systemaattisesti vahvistettu kotiin annettavia ja tuetun asumisen palveluja. Palvelurakenteen muutos etenee kuitenkin hitaasti. Palvelurakenteen keventämisen yhteydessä alueiden tulisi varmistaa, että asiakkaat saavat tarpeenmukaiset palvelut.

Ehkäisevien ja varhaisen tuen palvelujen riittämättömyys heijastuu lasten, nuorten ja perheiden palvelujärjestelmän kaikille tasoille

Lasten, nuorten ja perheiden ehkäisevien ja matalan kynnyksen palvelujen lisäämisellä hyvinvointialueet tavoittelevat parempaa palvelujen saatavuutta, kevyempää palvelurakennetta ja kustannusten hallintaa. Valtaosalla hyvinvointialueista integraation edellytyksiä vahvistava

perhekeskustoiminta on jo vakiintunutta. Yhdyspintayhteistyön merkitys ja sujuvuus vaihtelee alueittain. Osalla alueista yhdyspinnan toimijoiden rooli palvelutuotannossa on vahvistunut. Asiakkaita ohjataan keskitetysti ja aikaisempaa nopeammin palveluihin.

Henkilöstöpula on vaikeuttanut palvelujen toteuttamista monilla alueilla, mikä on jättänyt lapsia, nuoria ja perheitä palvelujen ulkopuolelle tai ohjannut heitä epätarkoituksenmukaisesti muihin palveluihin. Ehkäisevien ja varhaisen tuen palvelujen riittämättömyys heijastuu siten kaikille palvelujärjestelmän tasoille, estää tai viivästyttää palvelutarpeeseen vastaamista ja lisää kustannuksia.

Lastensuojelun sijoituksia ei ole onnistuttu vähentämään

Lastensuojeluilmoitusten määrä on edelleen kasvanut, mutta entistä harvempi ilmoitus on johtanut lastensuojelun asiakkuuteen. Tämä voi viitata asiakkuuden kriteerien tiukentumiseen tai siihen, että perheiden tuen tarpeeseen vastataan yhä useammin peruspalveluissa. Lastensuojelun sijoituksia ei ole onnistuttu vähentämään, mikä voi olla seurausta avohuollon tuen riittämättömyydestä.

Suurimmalla osalla alueista lastensuojelun sijaishuollossa käytetään runsaasti ostopalveluja. Ostopalveluja joudutaan käyttämään, koska henkilöstöpula vaikeuttaa sijaishuollon oman tuotannon ja ehkäisevien ja matalan kynnyksen palvelujen lisäämistä. Kustannusten hallinnan lisäksi ostopalvelujen suuri osuus on haaste palveluintegraation kehittämiseksi.

Terapiatakuun myötä lasten ja nuorten pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin parantunee. Opiskeluhuollon palvelujen rooli korostuu erityisesti alueilla, joilla ei ole riittäviä perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja. Osalla alueista perustason palvelujen riittämättömyys on johtanut lasten- ja nuorisopsykiatrian epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja suuriin kustannuksiin.

Yhteistyöalueitasoinen yhteistyö syvenemässä

Kaikilla yhteistyöalueilla (YTA) on hyväksytty yhteistyöaluesopimus. Vuoden 2025 alussa käydyissä YTA-alueiden ja valtioneuvoston välisissä neuvotteluissa sosiaali- ja terveysministeriö arvioi kuitenkin, etteivät sopimukset ole lainsäädännön edellyttämällä tasolla. Ministeriö on keväällä 2025 alueille toimittamassa soveltamisohjeessaan ohjannut alueita sopimaan laajemmin keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toimintojen yhteensovittamisesta. Soveltamisohjeen mukainen sopimusten päivitystyö on käynnissä kaikilla yhteistyöalueilla, ja uusien sopimusten on tarkoitus valmistua vuonna 2026.

Alueiden välinen yhteistyö on syvenemässä ja konkretisoitumassa uuden sopimuksen valmistelun myötä. Yhteistyön syventämistä tavoitellaan erityisesti erikoissairaanhoidossa sekä vaativissa lastensuojelun, vammaisten henkilöiden ja ikääntyneiden palveluissa. Muita teemoja, joihin yhteistyöalueitasoinen käynnissä ja suunnitteilla oleva yhteistyö kohdentuu, ovat tietojohdaminen, TKKI-toiminta, mahdollinen hankintayhteistyö, käytettävien menetelmien ja hoitojen arviointi sekä yhteinen työskentely henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden turvaamiseksi. Käytännön esimerkkejä yhteistyöstä ovat Pohjois-Suomen yhteistyöalueen Tervia Osaajat Oy, joka toimii yhteisenä resurssina erikoislääkäripalvelujen turvaamiseksi noin 20 erikoisalalla, ja Itä-Suomen hyvinvointialueiden omistama Järvi-Suomen Terveys Oy, joka tarjoaa yhteistyöalueelle terveydenhuollon eri ammattiryhmien erikoisosaamista. Itä-Suomen yhteistyöalueella tehdään myös laaja-alaista TKKI-yhteistyötä.

Väestö, palvelutarve ja toimintaympäristö

Päähavainnot

- Maahanmuutosta johtuva väestönkasvu keskittyy voimakkaasti Uudenmaan alueelle.
- Iäkkäimpien ikäryhmien määrä kasvaa huomattavasti vuoteen 2040 mennessä, mikä nostaa palvelutarvetta merkittävästi nykytilanteesta erityisesti Uudellamaalla.
- Palveluverkkoa keskitetään - uudet digitaaliset palvelut eivät vielä ole vaikuttaneet merkittävästi fyysisissä toimipisteissä tarjottavien palvelujen kysyntään.
- Useimmat hyvinvointialueet kamppailevat merkittävien alijäämien kanssa. Talouden tasapainottamiseksi on laadittu sopeutusohjelmia, mutta niiden toimeenpano etenee vaihtelevasti.
- Syyskuuhun 2025 mennessä kuusi hyvinvointialuetta on hakenut lisärahoitusta ja kolme on valikoitunut arviointimenettelyyn.

Maahanmuutto ylläpitää nopeasti ikääntyvän Suomen väestönkasvua

Suomen väkiluvun ennustetaan kasvavan noin 300 000 henkilöllä nykyisestä 5,6 miljoonasta vuoteen 2040 mennessä. Kasvuennuste perustuu lähes kokonaan positiiviseen nettomaahanmuuttoon. Voimakkainta väestönkasvu on Vantaalla ja Keravalla, Helsingissä ja Länsi-Uudellamaalla, joissa maahanmuuttajataustaisen väestön määrä ja väestöosuus lisääntyy nopeasti. Samaan aikaan itäisen Suomen alueilla, kuten Etelä-Savossa ja Pohjois-Karjalassa, väestö vähenee edelleen voimakkaasti, sillä kuolleisuus ylittää selvästi syntyvyyden.

Ikääntyvän väestön kasvu kohdistuu lähes kokonaan yli 85-vuotiaisiin, joiden määrä on lähes kaksinkertaistumassa vuoteen 2040 mennessä (kuvio 1). Suurinta kasvu on Uudenmaan alueilla, jolloin myös palvelutarve kasvaa voimakkaimmin (kuvio 2). Sen sijaan jo nykyisin ikääntyneillä alueilla – kuten Kymenlaaksossa, Etelä-Savossa ja Kainuussa – palvelutarpeen kasvu on maltillisempaa. Yli puolella alueista lasten ja nuorten määrä vähenee nopeasti jo lähivuosina, mikä vähentää jatkossa lasten, nuorten ja perheiden palvelujen tarvetta.

Terveyden ja hyvinvoinnin huolestuttavat kehityskulut haastavat palvelujärjestelmää

Väestön sairastavuudessa ja työkyvyttömyydessä on suuria alueellisia eroja. Itäisen Suomen lisäksi sairastavuus ja työkyvyttömyys on suurta alueilla, joissa väestö on iäkästä ja koulutustaso on matala, kuten Etelä-Pohjanmaalla ja Satakunnassa. Huolestuttavia kehityskulkuja on kuitenkin havaittavissa koko maassa. Väestön terveyttä ja hyvinvointia haastavat muun muassa ylipainon nopea yleistyminen, päihteiden käytön ongelmat sekä nuorten ahdistuneisuusoireilu. Nämä ilmiöt muodostavat kasvavan paineen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle.

Hyte-toiminnan rakenteet on luotu, mutta yhteistyö kaipaava vahvistamista

Väestön hyvinvoinnin haasteet edellyttävät alueilta entistä vahvempaa panostusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen palvelutarpeen kasvun ehkäisemiseksi tai hidastamiseksi. Kaikilla alueilla on luotu hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen rakenteet, mutta monilla alueilla erityisesti kuntayhteistyön syventäminen vaatii edelleen kehittämistä. Osassa hyvinvointialueita toiminnan alkuvaiheen painopiste on ollut sisäisten yhteistyörakenteiden luomisessa ja yhdyspintatyö ulkoisten toimijoiden kanssa on jäänyt osin vajaaksi. Toisaalta useilla alueilla on jo päästy hyvään vauhtiin kuntayhteistyössä esimerkiksi elintapaohjauksen ja mielenterveyden edistämisen saralla.

Hyte-toimintaa ovat haastaneet alueiden sopeuttamistoimet, jonka seurauksena resursseja on leikattu paikoin voimakkaasti. Hyvinvointialueiden raportoimat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelukokonaisuuden kustannukset ovat lähes kaikilla alueilla erittäin pienet (kuviot 4 ja 5). Järjestöavustuksia alueet eivät ole merkittävästi pienentäneet, mutta valtionavustusten supistaminen heikentää järjestöjen toimintaedellytyksiä. Asukkaiden ohjautumista järjestöjen ja muiden toimijoiden palveluihin helpottavat palvelutarjottimet, joita on otettu laajasti käyttöön eri alueilla.

Henkilöstötilanne kohentunut, mutta työhyvinvoinnin turvaaminen vaatii panostuksia

Vuonna 2025 henkilöstötilanne on ollut kaikilla alueilla osin aiempaa parempi, erityisesti hoitohenkilöstön saatavuus on kohentunut. Alueet ovat myös onnistuneet pääosin vähentämään vuokratyön kustannuksia. Esimerkiksi Itä-Uudellamaalla, jossa vuokratyön kustannukset olivat vuonna 2024 maan suurimmat, menoja on pystytty laskemaan merkittävästi. Lisäksi useilla alueilla käyttöön otetut sisäiset henkilöstöpoolit ovat osaltaan vähentäneet tarvetta vuokratyölle ja ostopalveluille.

Myönteisestä kehityksestä huolimatta lähes kaikilla alueilla on yhä rekrytointivaikeuksia joissakin ammattiryhmissä, kuten lääkäreissä, psykologeissa ja paikoin myös sosiaalityöntekijöissä. Yleinen taloustilanteen heikentyminen ja alueiden sopeuttamistoimet ovat vähentäneet henkilöstön vaihtuvuutta, mutta samaan aikaan sairauspoissaolot ovat kasvaneet osassa alueita, erityisesti mielenterveyssyistä. Lisäksi osalla alueista henkilöstötyytyväisyyttä heikentävät toimintojen uudelleenorganisoinnit ja sopeuttamistoimet.

Palveluverkkoa keskitetty ja kevennetty – digitaalisia palveluja lisätty

Kaikki hyvinvointialueet uudistavat parhaillaan palveluverkkoaan ja laajentavat erityisesti digitaalisten sekä osin myös liikkuvien palvelujen tarjontaa. Erityisesti lähtötilanteeltaan sirpaleisilla alueilla fyysisiä palvelupisteitä on keskitetty suurempiin yksiköihin ja kuntakeskuksiin. Samalla useat alueet ovat linjanneet vähintään yhden suppeamman palvelutarjonnan sote-pisteen pysyvän jokaisessa kunnassa. Palvelujen keskittämisen taustalla ovat paitsi säästöt myös pyrkimys varmistaa henkilöstön riittävyys. Muutoksilla erityisesti iäkkäiden, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien sekä vammaisten palveluissa on haettu lisäksi rakenteen keventämistä, mikä kertoo paineesta vastata kasvaviin tarpeisiin nykyistä tehokkaammin.

Palveluverkkosuunnitelmien sisällöissä ja toimeenpanon etenemisessä on suuria eroja alueiden välillä. Osassa alueita, kuten Pirkanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Satakunnassa uudistukset ovat edenneet ripeästi, kun taas esimerkiksi Etelä-Pohjanmaalla, Keski-Suomessa, Itä-Uudellamaalla ja Lapissa eteneminen on ollut hitaampaa. Tämä osoittaa, että alueiden kyky viedä muutoksia läpi vaihtelee merkittävästi.

Hyvinvointialueiden digitaalisten palveluiden kypsyystasoa arvioivan THL:n selvityksen mukaan hyvinvointialueiden kyky tuottaa, ylläpitää ja kehittää digitaalisia palveluja on vahvistunut selvästi viime vuosina. Digitaalisia asiointialustoja on otettu käyttöön kaikilla alueilla, ja ne tukevat palvelujen saatavuuden parantamista. Alueiden tavoitteena on vähentää fyysisiin toimipisteisiin sidottujen palvelujen käyttöä. Osassa alueita, kuten Kainuussa jo merkittävä osa kaikista palveluista tuotetaan etäpalveluna, mutta kokonaisuutena fyysisten toimipistepalvelujen kysyntä ei ole vielä vähentynyt.

Sote-palvelujen digitaalisessa asiointissa on suuria eroja alueiden välillä. Uudenmaan alueilla noin puolet väestöstä on asioinut sote-ammattilaisen kanssa digitaalisesti, kun taas iäkkäämmän väestön Etelä-Pohjanmaalla huomattavasti harvempi on asioinut digitaalisesti (kuvio 3).

Tiedolla johtamisen edellytykset vahvistuneet

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen on alueilla edennyt vuoden 2025 aikana suurin harppauksin. Syksyllä 2025 useilla lähtötilanteeltaan sirpaleisilla alueilla oli jo otettu käyttöön yhtenäiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät, kuten Pohjanmaalla, Satakunnassa ja Varsinais-Suomessa. Kuitenkin monilla alueilla uusien järjestelmien käyttöönoton loppuunsaattaminen jatkuu vielä tulevana vuosina. Yhtenäiset järjestelmät helpottavat jatkossa tiedolla johtamisen vahvistamista.

Kustannusten kasvu tasaantunut, mutta alijäämät kasvaneet suuriksi

Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyessä kustannusten voimakasta kasvua kiihdyttivät erityisesti kansallinen palkkaratkaisu, ostopalvelujen hinnankorotukset, vuokratyövoiman käyttö sekä kohonneet toimitilavuokrat. Vuonna 2024 kustannuskehitys kuitenkin tasaantui, erityisesti loppuvuoden aikana, ja usea alue päätyi odotettua parempaan tulokseen. Tästä huolimatta alueiden välillä oli huomattavia eroja: kustannukset kasvoivat eniten Itä-Uudellamaalla, Kymenlaaksossa ja Pohjois-Karjalassa, kun taas Länsi-Uudellamaalla ja Kainuussa ne pysyivät edellisvuoden tasolla.

Alueiden yhteenlaskettu alijäämä päättyi 1,1 mrd. euroon, ja kumulatiivinen alijäämä kohosi lähes 2,5 mrd. euroon vuonna 2024. Helsingin kaupunki on ainoa ylijäämää tehnyt sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjä, joten sen taloudellinen asema on muihin järjestäjiin nähden poikkeuksellisen vahva.

Sairaalainvestoinnit kasvattavat lainakantaa

Lainanottovaltuuksien puute pakotti useat hyvinvointialueet karsimaan investointihankkeitaan. Merkittävimmät investoinnit kohdistuvat sairaalakannan peruskorjaukseen sekä uudisrakentamiseen. Samalla panostetaan sote-keskuksiin ja varaudutaan kasvavaan palvelutarpeeseen erityisesti ikääntyneiden asumispalveluissa.

Hyvinvointialueiden yhteenlaskettu lainakanta kasvoi 5,7 mrd. euroon (pl. HUS), mikä kertoo merkittävästä velkaantumisen kasvusta. Asukaskohtaisesti suurin lainakanta oli Kanta-Hämeellä, jossa Assi-sairaalan rakentaminen on lisännyt velkataakkaa. Uudenmaan hyvinvointialueilla lainakannat ovat maan pienimpiä, koska erikoissairaanhoidon investoinneista vastaa HUS-yhtymä.

Monet alueet joutuivat turvautumaan lyhytaikaiseen lainanottoon maksuvalmiuden heikennyttyä. Tämä kertoo alueiden rahoitushaasteista, mutta myös pyrkimyksistä turvata palvelujen häiriötön järjestäminen.

Rahoituksen kasvu keskittyy väkirikkaille alueille, ennakoinnissa yhä epävarmuutta

Hyvinvointialueiden rahoitukseen vaikuttavat keskeisesti sekä väestönkasvu että väestön palvelutarpeen muutokset. Väestön ja palvelutarpeen kasvu keskittyvät erityisesti väkirikkaille alueille, kuten Uudellemaalle ja Helsinkiin. Vastaavasti väestöltään vähenevillä alueilla palvelutarpeen kasvu on maltillisempaa, koska väestö on jo suhteellisen ikääntynyttä. Tämä johtaa siihen, että näiden alueiden rahoituksen kasvu jää lähivuosina heikommaksi.

Rahoituksen ennakointia on heikentänyt osaltaan se, että alueet ovat täydentäneet palvelutarpeen määrittelyssä käytettyä THL:n tietopohjaa takautuvilla tietotoimituksilla. Erityisesti Apotti- järjestelmän tiedonsiirtohaasteiden ratkeaminen on vahvistanut järjestelmää käyttävien alueiden rahoitusta, mutta vastaavasti heikentänyt tilannetta muualla Suomessa.

Talouden vahvistumisesta huolimatta usealla alueella merkittävää sopeuttamispainetta

Vuoden 2025 tilinpäätösennusteiden perusteella yli puolet hyvinvointialueista on päätymässä ylijäämäiseen tulokseen rahoituksen jälkikätestarkastuksen ansiosta. Myös alijäämää edelleen tekevät alueet, joista valtaosa on vähenevän väestön alueita, parantavat tulostaan merkittävästi.

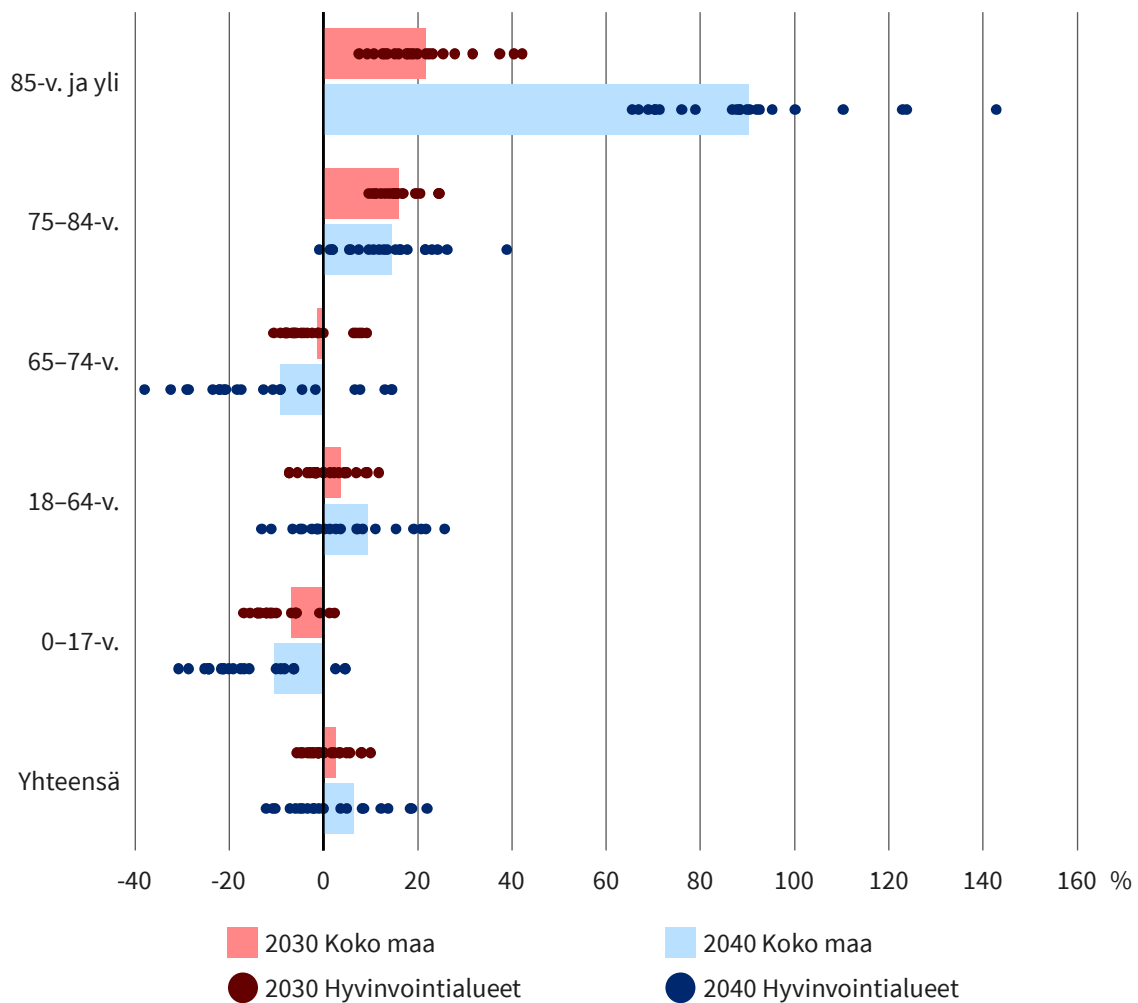
Koska jälkikätestarkastus kohdennetaan alueille osana yleiskatteellista rahoitusta, jää erityisesti suuria alijäämiä tehneille alueille edelleen merkittävä sopeuttamispaine. Alijäämien kattamisvelvoitteen saavuttaminen vuoden 2026 loppuun mennessä näyttää epärealistiselta useimmille alueille ja sitä tavoittelevat vain Kanta-Hämeen, Länsi-Uudenmaan sekä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueet. Myös Pirkanmaan tilanne näyttäytyy suhteellisen myönteisenä. Muilla alueilla alijäämien kattaminen pääosin viivästyy, osalla jopa vuosikymmenen loppuun.

Suurimmat asukaskohtaiset kumulatiiviset alijäämät olivat Lapin, Keski-Suomen ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueilla. Näiden alueiden taloustilanne johti siihen, että ne valikoituivat valtiovarainministeriön käynnistämään arviointimenettelyyn. Hyvinvointialuelain 123 §:n konsernitalinpäätökseen perustuvat kriteerit täyttyivät lähes kaikilla alueilla. Myös lisälainanottovaltuutta on myönnetty suurelle osalle alueista. Lisäksi Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Karjala, Pohjois-Karjala, Päijät-Häme, Pohjois-Savo ja Varsinais-Suomi ovat hakeneet vuoden 2025 aikana valtiolta lisärahoitusta, mikä kertoo rahoitusjärjestelmän rakenteellisista haasteista ja alueiden sopeutuskyvyn eroista.

Suosituksena esitetään, että

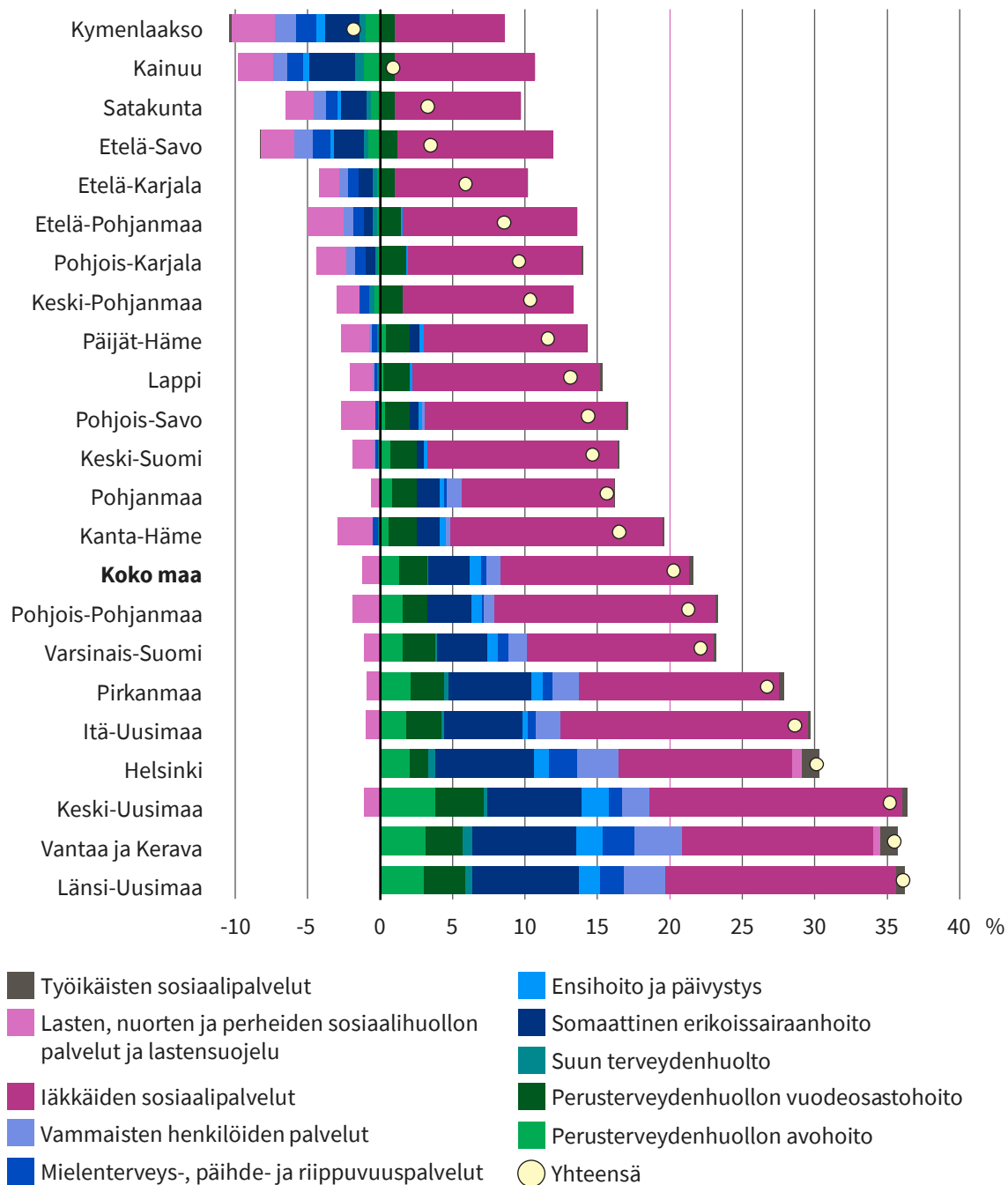
- alueet mukauttavat suunnitelmallisesti palvelutoimintaansa muuttuvan väestörakenteen myötä sekä kasvavaan että vähenevään palvelutarpeeseen.
- alueiden virka- ja poliittinen johto sitoutuvat yhdessä vauhdittamaan toiminnan ja talouden tasapainottamiseen tähtääviä päätöksiä ja niiden toimeenpanoa.
- alueet ottavat käyttöön vaikuttavia ennaltaehkäiseviä palveluja siten, että ne huomioivat kunkin alueen väestön erityispiirteet.
- digitalisaation edistämisessä varmistetaan eri väestöryhmien yhdenvertainen pääsy palveluihin.

Kuvio 1. Eri ikäryhmiin kuuluvan väestön määrän muutos vuosina 2024–2030 ja 2024–2040 koko maassa ja hyvinvointialueilla väestöennusteen mukaan, prosenttia



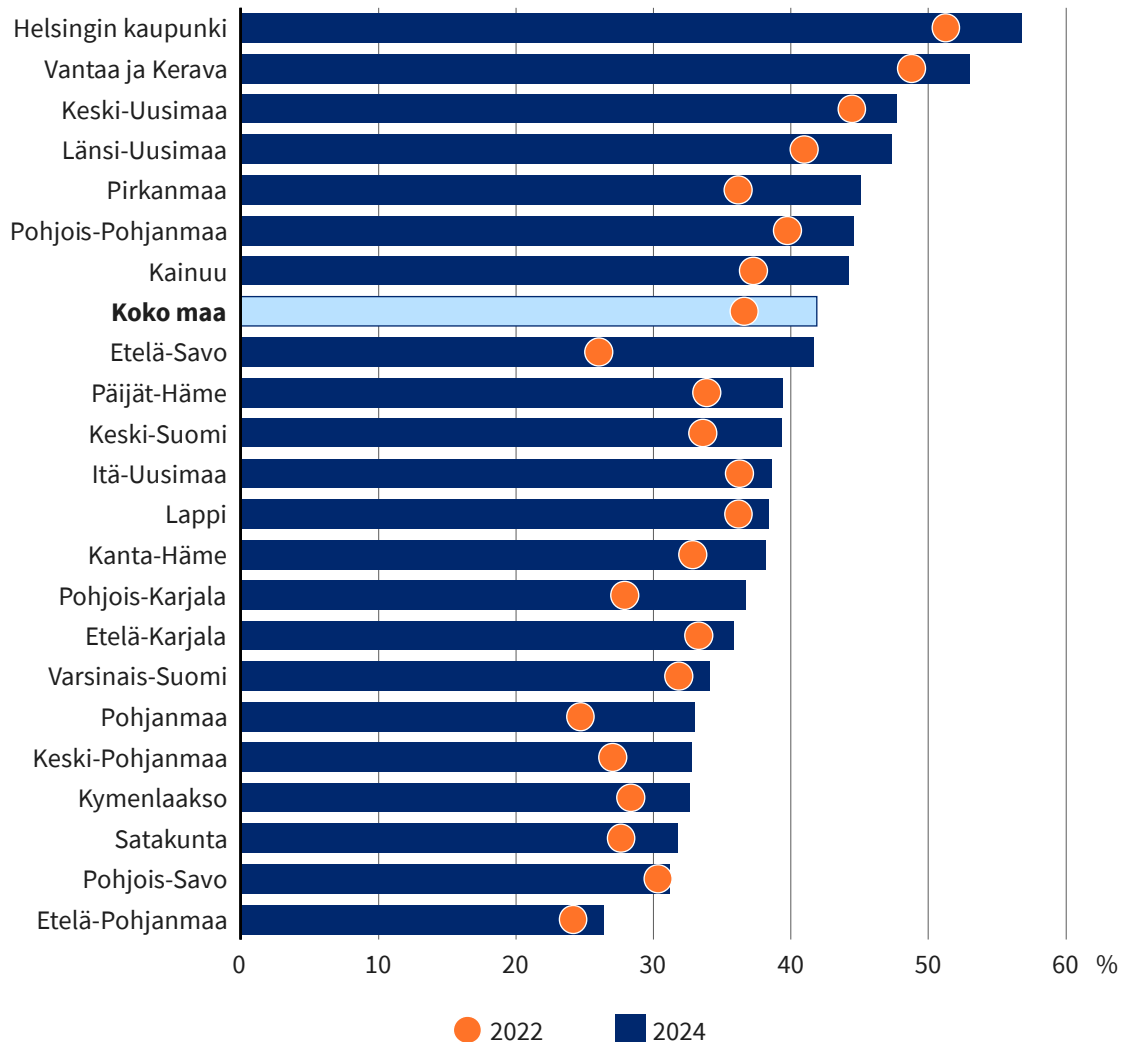
▲ Kuviossa esitetään ikäryhmittäin väestön määrän muutos vuosina 2024–2030 ja 2024–2040 prosentteina väestöennusteen perusteella. Käytetty ikäryhmäjako on seuraava: 0–17-vuotiaat, 18–64-vuotiaat, 65–74-vuotiaat, 75–84-vuotiaat, 85 vuotta täyttäneet sekä koko väestö yhteensä. Tiedot esitetään koko maan tasolla. Hyvinvointialueiden tilanne on kuvattu palloina janalla. Lähteenä on käytetty Tilastokeskuksen väestörakennetilastoa vuoden 2024 väestöstä sekä vuoden 2024 väestöennustetta.

Kuvio 2. Väestörakenteen muutoksen vaikutus alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoituun kehitykseen, prosenttia vuodesta 2024 vuoteen 2045



▲ Kuviossa esitetään, miten sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kehittyvät väestörakenteen muutoksen myötä, mikäli toiminta säilyy nykytilan kaltaisena. Arvio palvelutarpeen vuosittaisista muutoksista perustuu pitkän aikavälin sosiaalimenojen analyysimallin (SOME-mallin) ennusteisiin. Luvut ilmaisevat palvelukokonaisuuksittain, kuinka paljon sosiaali- ja terveysten palvelujen volyymi kasvaa vuosien 2024 ja 2045 välillä. Kasvuennuste ei huomioi inflaation, tuottavuuden, palvelurakenteen eikä väestön sosioekonomisen aseman muutoksia.

Kuvio 3. Asioinut digitaalisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa vuosina 2022 ja 2024 hyvinvointialueilla ja koko maassa, prosenttia palveluja käyttäneistä



▲ Kuvio esittää prosenttiosuudet 20 vuotta täyttäneistä sosiaali- ja terveystalvveluja käyttäneistä henkilöistä, jotka ovat asioineet digitaalisesti sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen kanssa viimeisten 12 kuukauden aikana. Tiedot esitetään hyvinvointialueittain ja koko maan tasolla. Ne on saatu THL:n Terve Suomi -tutkimuksesta, ja ne kuvaavat vuosien 2022 ja 2024 tilannetta.

Sote-palvelujen nykytila ja kehitys

Päähavainnot

- Sote-kustannusten ripeä kasvu taittui vuonna 2024. Asukaskohtaiset kustannukset olivat suurimmat ikääntyneillä kahden keskussairaalan alueilla Etelä-Savossa, Lapissa ja Kymenlaaksossa.
- Perusterveydenhuollon heikko hoidon jatkuvuus lisää päivystyksen epätarkoituksenmukaista käyttöä.
- Ikääntyneiden kotihoidon kattavuus ei vastaa kasvavaa kysyntää, mikä hidastaa palvelurakenteen keventymistä ja ylläpitää painetta ympärivuorokautisiin palveluihin.
- Vammaispalvelujen kustannukset ja asiakasmäärät jatkavat kasvuaan. Asumispalvelujen rakenteessa painottuvat ympärivuorokautiset palvelut.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä siirretään painopistettä kevyempiin palveluihin.

Asukaskohtaiset sote-kustannukset suurimmat ikääntyneillä alueilla

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2024 yhteensä 24,6 mrd. euroa (4 394 €/as.) (kuvio 4). Asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät Uudellamaalla sekä väestömäärältään suurimmilla hyvinvointialueilla (kuvio 5). Eroa selittää näiden alueiden suhteellisen nuori ja työssä käyvä väestö, jonka sairastavuus on keskimääräistä vähäisempää. Lisäksi Uudenmaan runsasväkisillä alueilla yksityisten palveluntuottajien tarjonta on laajempaa, ja työssä käyvä väestö hyödyntää työterveyshuollon palveluja.

Suurimmat asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat Etelä-Savossa, Lapissa ja Kymenlaaksossa, missä väestö on keskimääräistä iäkkäämpää ja sairastavuus suurta. Näillä vähenevän väestön alueilla on kaksi keskussairaala ja erityisesti ikääntyneet nojautuvat vahvasti julkisiin palveluihin. Perusterveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset sekä palvelujen käyttö ovat selvästi yli maan keskitason.

Ennaltaehkäisevien sekä toimintakykyä edistävien ja ylläpitävien palvelujen osuus kustannuksista vaihteli 20–30 prosentin välillä (kuvio 6). Ennaltaehkäiseviä toimia sisältyy kuitenkin laajemmin palveluihin, mutta niiden kustannuksia ei ole mahdollista eritellä.

THL:n ennakollisten laskelmien mukaan vuoden 2024 palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat suurimmat Keski-Suomessa, Kymenlaaksossa ja Etelä-Savossa, joissa ne ylittivät maan keskiarvon noin kymmenyksellä (kuvio 7). Keski-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvu on jatkunut voimakkaana, mikä on osaltaan nostanut palvelutarpeeseen suhteutettuja kustannuksia. Sen sijaan Pohjois-Karjalassa kustannukset ovat jo useana vuonna olleet maan matalimpien joukossa, ja vuonna 2024 ne olivat kaikissa palvelukokonaisuuksissa maan keskitasoa pienemmät.

Sote-kustannusten voimakas kasvu taittui

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon reaaliset nettokäyttökustannukset kasvoivat kymmenen prosenttia vuodesta 2020, mutta kasvu taittui vuonna 2024, myös asukaskohtaisesti tarkasteltuna (kuvio 8). Tarkastelujaksolla suurinta kasvu oli Keski-Suomen, Itä-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla. Kainuussa reaaliset nettokäyttökustannukset poikkesivat muusta maasta vähentymällä vuodesta 2020, mutta suhteutettuna alueen pienenevään väestöön kustannukset pysyivät vuoden 2020 tasolla. Reaalisten kustannusten kasvu oli maltillisinta Etelä-Karjalan hyvinvointialueella ja Helsingin kaupungilla. Asukaskohtaisesti tarkasteltuna reaaliset kustannukset kasvoivat eniten Keski-Suomessa (19 %) ja Kymenlaaksossa (18 %), ja vähiten Kainuussa sekä Länsi-Uudellamaalla (7 %).

Vuosina 2020–2024 sosiaalihuollon reaaliset nettokäyttökustannukset kasvoivat lähes viidenneksen ja terveydenhuollon kustannukset neljä prosenttia. Sosiaalihuollon kustannuskehitykseen ovat vaikuttaneet erityisesti ikääntyvän väestön kasvava palvelutarve, lastensuojelun vaativamman tuen tarpeen kasvu sekä henkilöstömitoitusta koskevat lainsäädännölliset muutokset. Lisäksi hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyessä, ostopalvelujen hinnankorotukset nostivat kustannuksia etenkin asumispalveluissa, joissa palvelutuotanto nojautuu suurelta osin ostopalveluihin.

Perusterveydenhuollossa hoidon jatkuvuus on heikkoa

THL:n ennakollisten laskelmien mukaan perusterveydenhuollon palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat vuonna 2024 korkeimmat Kymenlaaksossa ja Lapissa, pienimmät Helsingissä ja Kanta-Hämeessä. Perusterveydenhuollon hoitotakuu toteutui 23 vuotta täyttäneillä lähes kokonaan. Elokuussa 2025 lähes kaikki potilaat pääsivät hoitoon määräajassa ja neljä viidesosaa kahdessa viikossa. Myös alle 23-vuotiaiden osalta hoitotakuu toteutui suhteellisen hyvin. Hoitoon pääsy on kuitenkin vuoden 2025 aikana hieman heikentynyt.

Suun terveydenhuollon hoitotakuu ei toteudu täysin. Haasteita on ollut esimerkiksi Keski-Uudellamaalla, Kainuussa ja Pohjanmaalla. Osa alueista on joutunut turvautumaan myös kalliisiin ostopalveluihin ja jononpurkuihin. Useilla alueilla uudistetaan toimintamalleja palveluketjujen sujuvoittamiseksi.

Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus oli vuonna 2024 heikkoa sekä hoitaja- että lääkärikäynneillä. Jatkuvuus oli heikko myös asiakasryhmissä, jotka olisivat hyötäneet siitä eniten (monisairaat ja ikääntyneet). Useilla hyvinvointialueilla pyritään tilannetta parantamaan kehittämällä omalääkäri- ja omatiimimalleja. Sekä hoidon jatkuvuuden paranemista että omalääkärimallien kehittämistä vaikeuttaa kuitenkin perusterveydenhuollon lääkäripula. Hoidon jatkuvuuden ongelmat lisäävät kuormitusta päivystyspalveluihin ja erikoissairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidon pääsyssä haasteita

THL:n vuoden 2024 ennakollisten laskelmien mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat korkeimmat Etelä-Karjalassa ja Etelä-Savossa, pienimmät Pohjois-Karjalassa sekä Vantaalla ja Keravalla. Erikoissairaanhoidon läheteiden määrät ja käsittelyajat pysyivät vuonna 2024 edellisvuoden tasolla, ja lähes kaikki läheteet käsiteltiin kolmen viikon kuluessa. Tammi-elokuussa 2025 noin 15 prosenttia kiireettömään erikoissairaanhoidon jonottaneista odotti yli puoli vuotta (kuvio 9). Määrä on vuoden 2024 vastaavasta ajankohdasta hieman laskenut. Eniten pitkään jonottaneita oli Pohjois-

Karjalassa ja Pohjois-Pohjanmaalla, vähiten Etelä-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla. Kansallisesti eniten jonottaneita oli elokuussa 2025 kirurgian, silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla.

Vuonna 2024 erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit vähenivät edellisvuoteen verrattuna. Päivystyskäynntejä oli eniten Satakunnassa ja Pohjois-Karjalassa, ja vähiten Länsi-Uudellamaalla sekä Vantaalla ja Keravalla. Kiireellisen hoidon kokonaiskysyntä kuitenkin kasvoi, sillä perusterveydenhuollon päivystyskäynnit lisääntyivät edelleen.

Myönteistä kehitystä on havaittavissa siinä, että avohoidon keinoin vältettävissä olevat päivystyksellisesti alkaneet sairaalahoitajaksot erikoissairaanhoidossa ovat edelleen hieman vähentyneet. Samanaikaisesti somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaiden määrä sekä väestöön suhteutetut osastojaksot jatkoivat laskuaan.

Ikääntyneiden palvelujen peittävyys pienentynyt ja rakenteen keventäminen etenee verkkaisesti

Ikääntyneiden palvelujen peittävyys on jatkanut laskuaan: vuonna 2024 noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt sai iäkkäiden sosiaalipalveluja. Myös ikääntyneeseen väestöön suhteutetut kustannukset kääntyivät laskuun.

Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus pysyi edellisvuoden tasolla. Säännöllisen kotihoidon peittävyys väheni edelleen, kuten myös asiakkuudet. Valvira on kiinnittänyt huomiota kotihoidon henkilöstöresurssien riittämättömyyteen asiakkaiden tarpeisiin nähden. Ympäri vuorokautisen palveluasumisen peittävyys pysyi edellisvuosien tasolla, mutta asiakasmäärä kasvoi. Trendi näkyi myös kustannuskehityksessä: vuonna 2024 kotihoidon kustannukset vähenivät voimakkaammin kuin ympärivuorokautisen palveluasumisen. Yhteisöllinen asuminen laajenee hitaasti, samoin omais- ja perhehoito. Asumispalvelurakenteen keventämistä hidastaa osassa alueita soveltuvien tilojen puute. Keventäminen on edennyt hyvin osalla alueista kuten Etelä-Savossa, osalla kuten Etelä-Pohjanmaalla hitaammin.

THL:n ennakollisten laskelmien mukaan palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset olivat maan suurimmat Keski-Suomessa ja pienimmät Päijät-Hämeessä. Keski-Suomessa ikääntyneeseen väestöön suhteutetut kustannukset ja palvelujen peittävyys olivat maan suurimpien joukossa, mikä viittaa ainakin osittaiseen ylitarjontaan väestön keskimääräiseen palvelutarpeeseen nähden. Päijät-Hämeessä kustannukset ja peittävyys jäivät keskimääräistä pienemmiksi, ja verrattain korkeaan palvelutarpeeseen nähden alueella näyttää olevan ainakin osittaista palveluvajetta.

Ikääntyneiden palveluketjun alkuvaiheen palvelujen riittämättömyys heijastuu terveydenhuollon palveluihin

Ikääntyneiden palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja palveluihin ohjautumista on edistetty mm. yhtenäistämällä toimintamalleja sekä keskittämällä neuvontaa ja ohjausta. Myös palvelujen myöntämisperusteita on yleisesti tiukennettu. Hoivateknologian käyttö on lisääntynyt, mutta sen suhteellinen rooli on vielä pieni.

Ikääntyneiden palvelujen ja terveydenhuollon integraatio on tiivistynyt. Tämän näkyy mm. vahvistuneina lääkäripalveluina sekä parantuneena kykyä hoitaa päivystykselliset tilanteet kotona tai asumisyksikössä. Lisäksi osastohoidon käyttö on vähentynyt edellisvuodesta. Sen

sijaan 75 vuotta täyttäneiden osuus aikuisten somaattisen erikoissairaanhoidon osastohoidon kuormituksesta on pysynyt ennallaan ja yhteispäivystyskäynnit ovat lisääntyneet.

Kotihoito käynnistyi loppuvuonna 2024 pääasiallisesti lakisääteisen määräajan puitteissa. Sen sijaan useampi kuin joka kymmenes päätöksen saanut ikääntynyt joutui odottamaan ympärivuorokautiseen palveluasumiseen pääsyä yli määräajan. Asumispalvelujen saatavuutta on turvattu ostopalveluin, mikä on lisännyt kustannuksia.

Palvelurakenteen muutosvaihe on haastanut hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta useilla alueilla. Palveluketjujen toimivuutta on pyritty tukemaan arviointi- ja kuntoutustoiminnalla sekä kotiutumisen tuella.

Vammaisten henkilöiden palvelujen kysyntä kasvussa - rakenteiden uudistaminen kesken

Vammaisille henkilöille myönnettäviä palveluja ja tukia saavien osuus kasvoi edellisvuodesta ja loppuvuonna 2024 osa asiakkaista joutui odottamaan palveluja yli kolme kuukautta. Kasvaneen asiakasmäärän lisäksi sosiaalityöntekijäpula heikensi saatavuutta. Toisaalta saavutettavuutta on edistetty digipalveluja vahvistamalla. Vuoden 2025 alussa voimaan tullut uusi vammaispalvelulaki lisäsi tarvetta vahvistaa palvelujen yhteensovittamista.

Pitkäaikaisen laitoshoidon purku eteni erityisesti henkilökohtaisen avun ja ympärivuorokautisen palveluasumisen vahvistuessa. Asumispalvelurakenteen keventäminen on vielä kesken, ja sitä on hidastanut mm. palveluverkon uudistamisen keskeneräisyys. Myönteistä kehitystä on kuitenkin havaittavissa esim. Kanta-Hämeessä.

Vuonna 2024 vammaisten henkilöiden palvelujen asukaskohtaiset kustannukset olivat suurimmat Etelä-Savossa ja Lapissa. Alueiden korkeaa kustannustasoa selittävät palvelujen ja tukien laaja väestöpeittävyys sekä erityisesti ympärivuorokautisen palveluasumisen ja henkilökohtaisen avun maan keskitasoa korkeammat kustannukset. Myös laitospalvelujen kustannukset olivat molemmilla alueilla verrattain suuret. Vastaavasti maan alhaisimmat kustannukset olivat Päijät-Hämeessä ja Pirkanmaalla. Alueiden matalaa kustannustasoa selittävät pääosin palveluasumisen sekä sosiaalityön ja -ohjauksen alhaiset kustannukset.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen rakennetta kevennetään

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelujen asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset olivat vuonna 2024 suurimmat Pohjois-Savossa ja Kymenlaaksossa, joissa myös palvelutarve on maan korkeimpia. Palvelutarpeeseen suhteutettuna kustannukset olivat suurimmat Etelä-Savossa ja Pohjanmaalla. Psykiatrian osuus palvelukokonaisuuden kustannuksista on yli puolet lähes kaikilla alueilla ja noin kaksi kolmasosaa Pohjois-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla.

Sekä erityis- että perustason palvelujen hoitoon pääsyssä on haasteita osalla alueista. Psykiatrian kiireettömään hoitoon pääsy on ollut ongelmallista esimerkiksi Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Savossa. Paikoin merkittävä osa psykiatrian viroista on täyttämättä. Kaikkien alueiden tavoitteena on vahvistaa mielenterveys- ja päihdepalveluissa matalan kynnyksen ja perustason palveluja sekä vähentää raskaampien palvelujen tarvetta. Ehkäisevät palvelut ovat kuitenkin monin paikoin riittämättömiä, esimerkiksi ehkäisevässä päihdetyössä. Osana kansallista

kehittämistyötä alueilla on otettu käyttöön Terapiat etulinjaan -toimintamallin mukaisia palveluja. Palvelujen saatavuutta on vahvistettu myös digitaalisilla palveluilla.

Alueet pyrkivät vähentämään ympärivuorokautisen palveluasumisen osuutta ja vastaavasti lisäämään kevyempää asumispalvelua ja kotiin annettavia palveluja. Palvelurakenteen keventäminen etenee kuitenkin eri tahtiin, ja muutokset palvelujen käytössä ja kustannuksissa ovat toistaiseksi olleet koko maan tasolla vähäisiä. Ostopalvelujen hintojen nousu on osin nostanut kustannustasoa, vaikka useilla alueilla riippuvuutta ostopalveluista on jo pystytty vähentämään ja omaa palvelutuotantoa vahvistamaan.

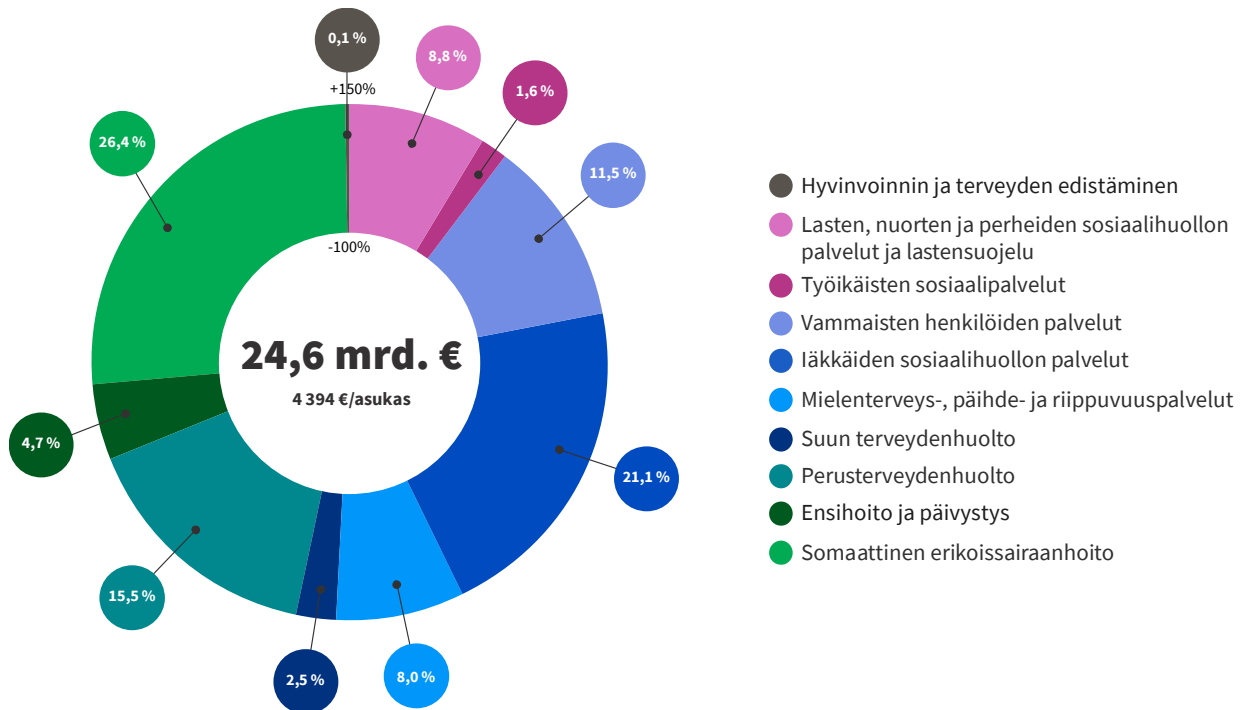
Hyvinvoinnin heikkeneminen lisää työikäisten sosiaalipalvelujen kuormitusta

Työttömyyden kasvu ja väestön hyvinvoinnin osittainen heikkeneminen ovat lisänneet työikäisten sosiaalipalvelujen tarvetta ja kysyntää. Asukaskohtaiset kustannukset olivat suurimmat Helsingissä sekä Vantaalla ja Keravalla, joissa toimeentulotukea saavien osuus väestöstä on maan suurimpia. Useilla alueilla työikäisten sosiaalipalvelujen kehittämisen painopisteenä on palvelujen integroiminen tiiviimmin osaksi sote-keskusten kokonaisuutta. Tällaisia alueita ovat esimerkiksi Keski-Suomi ja Satakunta.

Suosituksena esitetään, että alueet

- vahvistavat kotiin vietäviä palveluja ja kevyempiä asumisratkaisuja ikääntyneiden palvelurakenteiden keventämiseksi.
- jatkavat palvelurakenteen uudistamista varmistaen, että vammaisten henkilöiden palvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin.
- jatkavat toimia, jotka vahvistavat perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta erityisesti monisairaiden, ikääntyneiden sekä muiden paljon palveluja käyttävien asiakkaiden osalta.

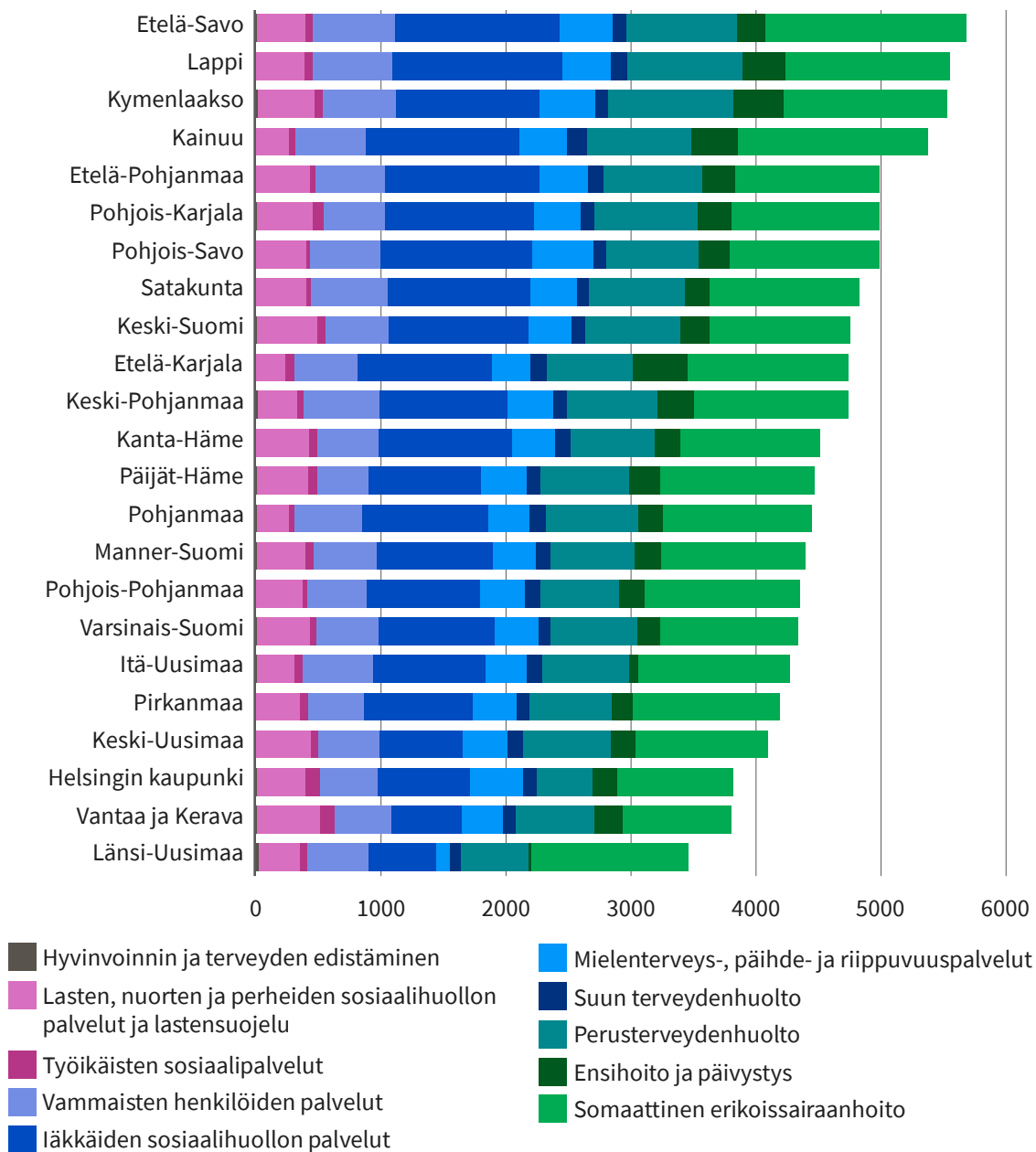
Kuvio 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2024



▲ Kuviossa esitetään sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma palvelukokonaisuuksittain. Palvelukokonaisuuden osuuden leveys kuvaa nettokäyttökustannusten suhteellista osuutta kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannuksista. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuteen on sisällytetty psykiatrian lisäksi sosiaalihuollon palveluja, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut.

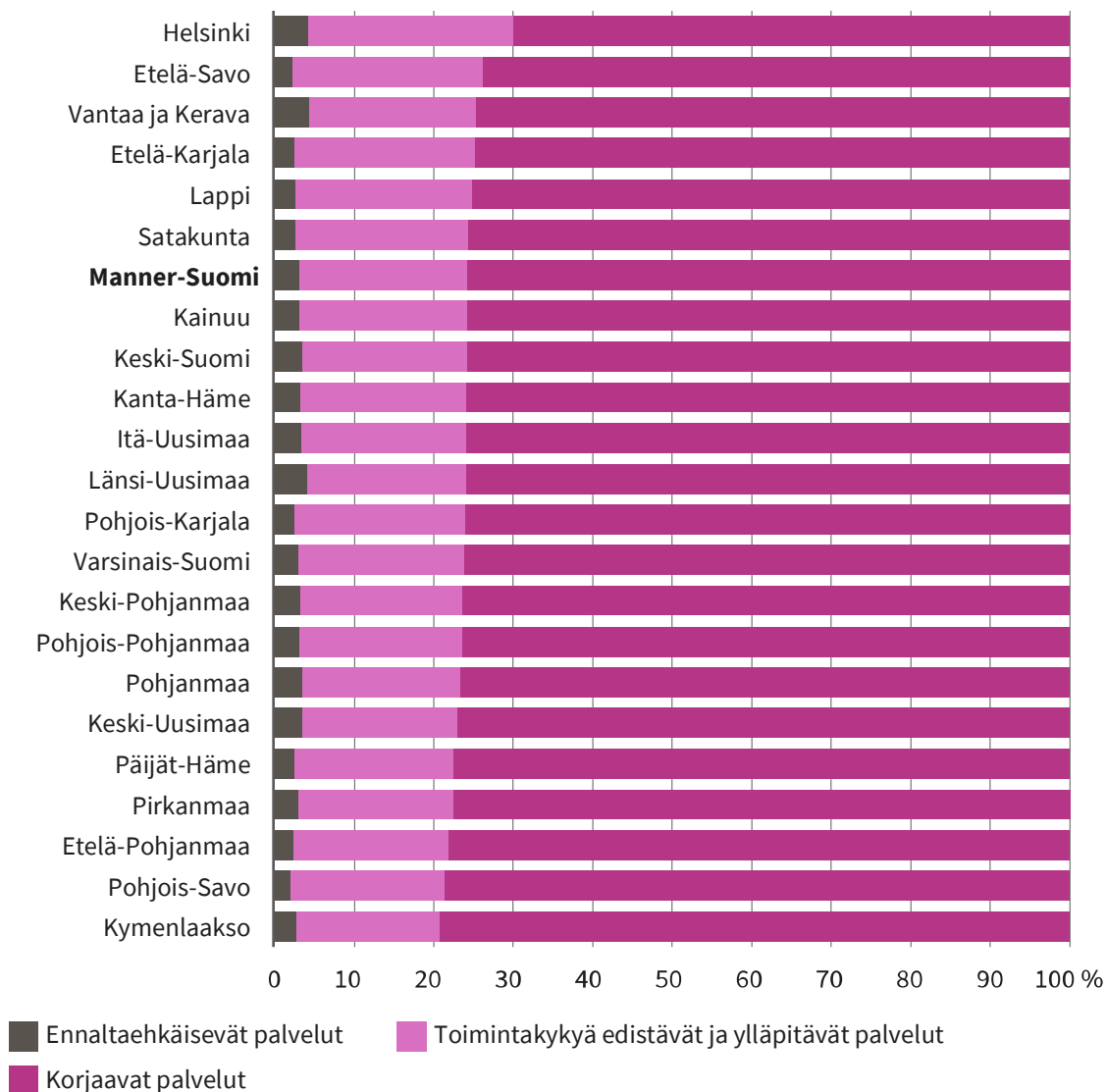
Tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, jotka hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2025 loppuun mennessä.

Kuvio 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset vuonna 2024



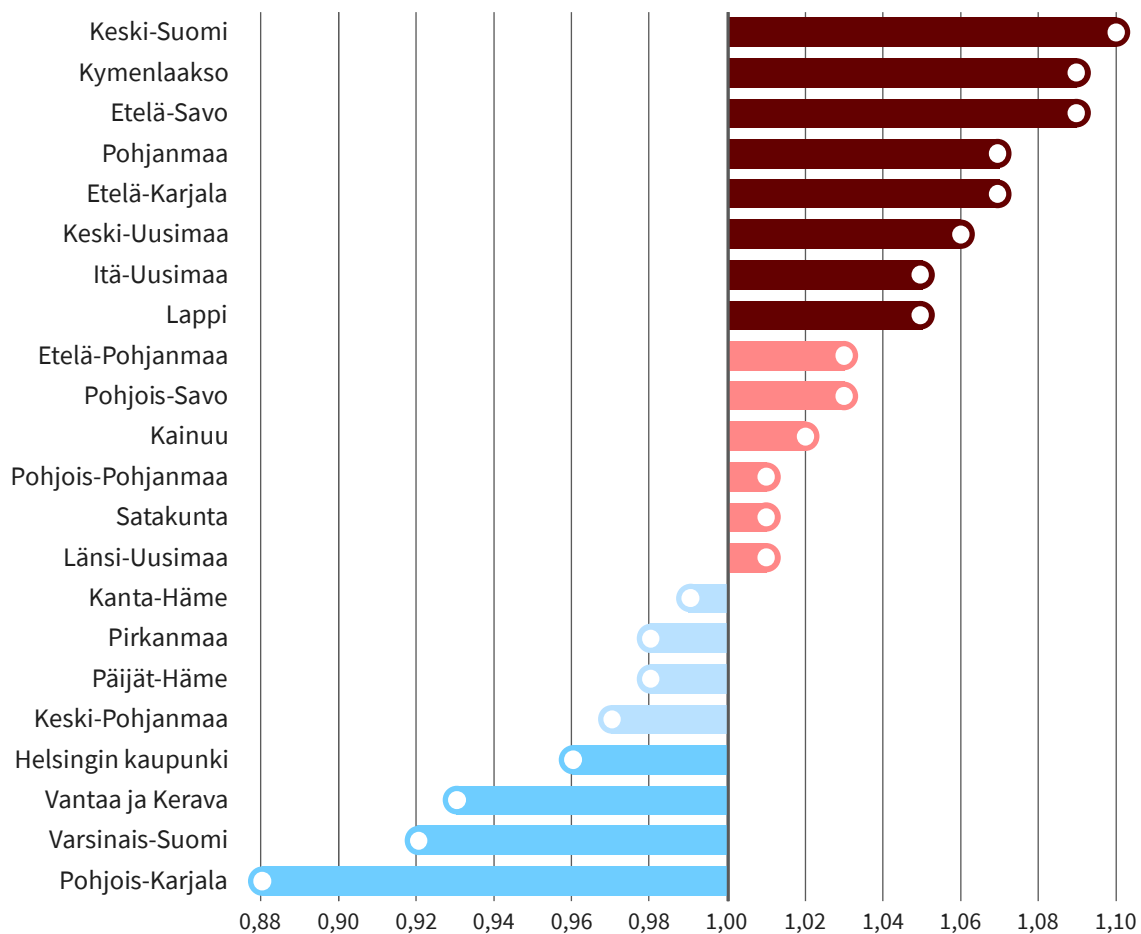
▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma palvelukokonaisuuksittain vuonna 2024. Tarkastelussa on käytetty vuonna 2021 käyttöön otettua palveluluokittelua. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuuteen on sisällytetty psykiatrian lisäksi sosiaalihuollon palveluita, kuten mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut. Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2025 loppuun mennessä.

Kuvio 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten jakautuminen ennaltaehkäiseviin, toimintakykyä edistäviin ja ylläpitäviin sekä korjaaviin palveluihin vuonna 2024



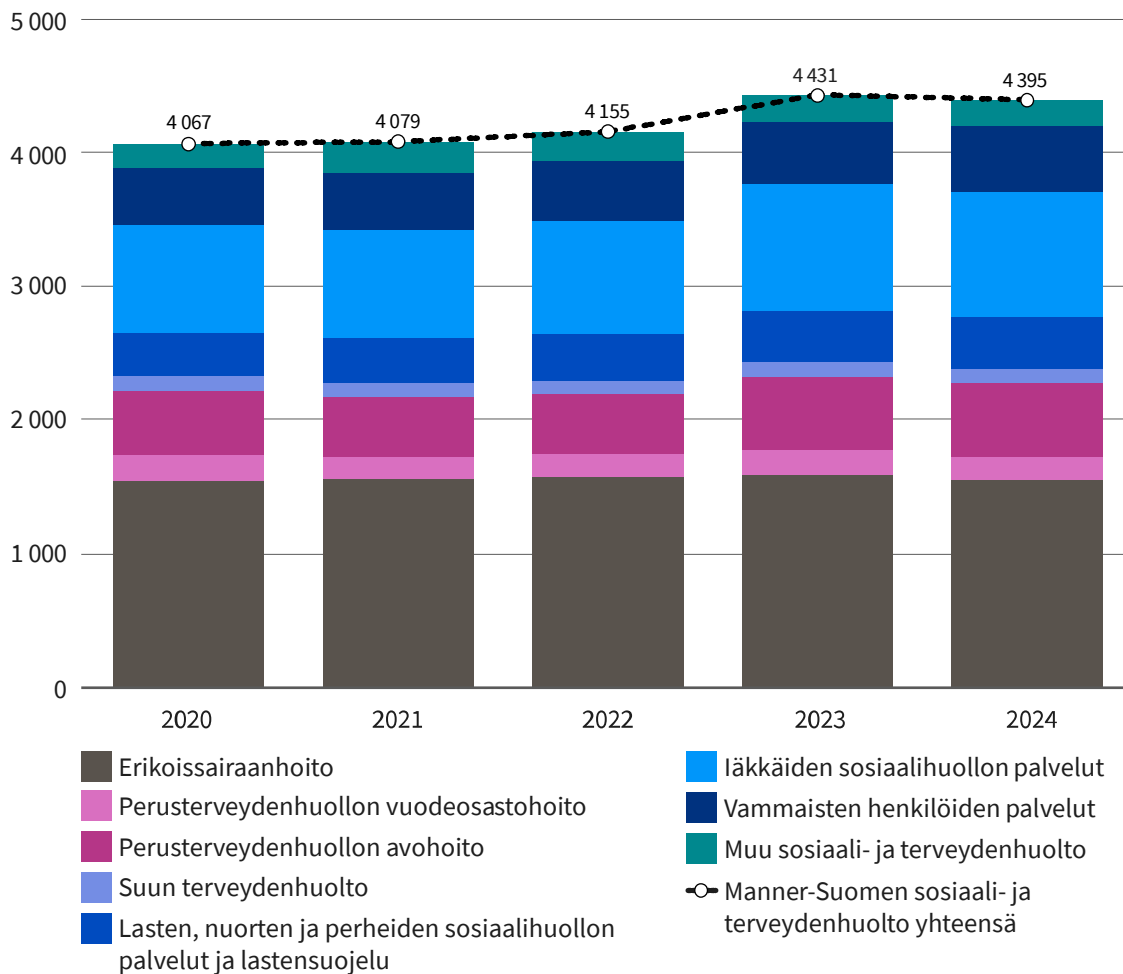
▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakauma eri palvelukategorioiden. Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluluokittelu sisältää 62 palveluluokkaa, joille toiminnasta aiheutuvat kustannukset kirjataan. Palveluluokat on jaoteltu kolmeen kategoriaan niiden toiminnan pääasiallisen luonteen mukaisesti: a) ennaltaehkäisevät, b) toimintakykyä ylläpitävät ja edistävät sekä c) korjaavat palvelut. Vuoden 2024 tiedot perustuvat palveluluokkakokoisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2025 loppuun mennessä.

Kuvio 7. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset 2024



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueittain palvelutarpeeseen suhteutettujen kustannusten poikkeama maan keskiarvosta (1). Mitä kauemmas kustannuksia kuvaava palkkiviiva ulottuu keskiarvosta, sitä pienemmät tai suuremmat alueen palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset ovat. Tarvetekijöinä on huomioitu väestön ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema. Vuoden 2024 tarvekertoimet ovat ennakkollisia, ja ne perustuvat tuoreimpaan saatavilla olevaan rekisteritietoon. Taloustiedot perustuvat hyvinvointialueiden Valtiokonttorille heinäkuun 2025 loppuun mennessä raportoimiin tietoihin. Tiedot perustuvat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2025 julkaisemiin laskelmiin.

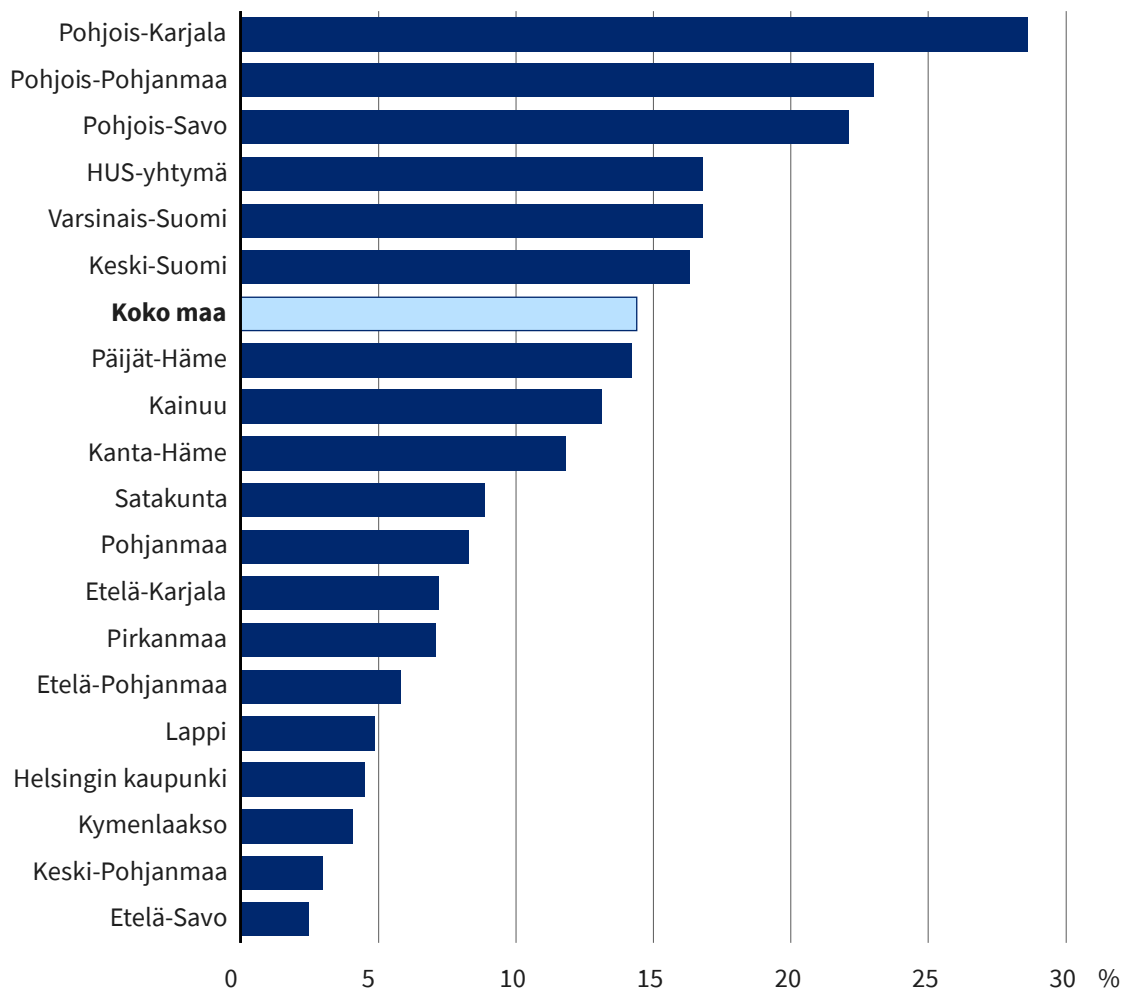
Kuvio 8. Sosiaali- ja terveydenhuollon reaalisten asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2020–2024



▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueen reaalisten asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten kehitys palvelukokonaisuuksittain vuosina 2020–2024. Reaaliset kustannukset tarkoittavat kustannuksia, joista on poistettu inflaation vaikutus.

Tarkastelussa on käytetty luokittelua, joka on pääosin vertailukelpoinen aiemmin käytössä olleiden tehtäväluokkien sekä vuonna 2021 käyttöön otetun palveluluokkakohtaisen raportoinnin kanssa. Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita kunnat ovat raportoineet Tilastokeskukselle vuonna 2020 ja Valtiokonttorille vuosina 2021–2022 sekä hyvinvointialueet Valtiokonttorille vuosina 2023–2024. Vuoden 2024 tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2025 loppuun mennessä.

Kuvio 9. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneet tammi-elokuussa 2025, %



▲ Kuviossa esitetään kiireetöntä erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneiden osuudet hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungissa ja HUS-yhtymän alueella tammi-elokuussa 2025. Helsingin kaupungin luku kattaa Helsingin kaupungin tuottaman erikoissairaanhoidon. Valtaosa helsinkiläisten erikoissairaanhoidosta on HUS-yhtymän vastuulla. Pohjanmaan tiedoista puuttuu ajanjakso huhtikuu-elokuu. Kanta-Hämeen tiedoista puuttuu ajanjakso tammikuu-helmikuu. Kainuun luvusta puuttuu heinäkuun tieto. Tiedot perustuvat THL:n Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy - tietoihin. Tiedot päivitetään THL:n verkkosivuilla kerran kuukaudessa.

Erityisteema: Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Päähavainnot

- Perhekeskustoiminta on lisännyt monitoimijaista yhteistyötä ja palveluintegraation edellytyksiä.
- Hyvinvointialueet ovat kehittäneet ja ottaneet käyttöön ehkäiseviä ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja.
- Henkilöstöpula on vaikeuttanut ehkäisevän terveydenhuollon toimintaa.
- Osalla alueista raskas palvelurakenne ja ostopalvelujen suuri osuus ovat pitäneet lastensuojelun kustannustason korkeana.

Perhekeskustoiminta on lisännyt palvelujen integraation edellytyksiä

Perhekeskustoiminnalla on sovitettu yhteen hajanaisia lasten, nuorten ja perheiden palveluja ja vahvistettu monitoimijaista yhteistyötä. Valtaosalla hyvinvointialueista perhekeskustoiminta on jo vakiintuneessa vaiheessa. Vantaa-Keravan, Itä-Uudenmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueilla perhekeskukset ovat vasta rakenteilla. Kohtaamispaikkatoiminta on osa perhekeskuksen palveluverkostoa lukuun ottamatta Itä-Uuttamaata, Kanta-Hämettä ja Pohjois-Pohjanmaata.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen perustuu useilla alueilla sopimuksiin kuntien ja järjestöjen kanssa. Sen myötä yhdyspinnan toimijoiden rooli lasten, nuorten ja perheiden palvelutuotannossa on vahvistunut. Perhekeskuksen toiminta on luonut edellytyksiä palvelujen väliselle integraatiolle. Asiakasohjauksen palvelut tuotetaan yhä keskitetyemmin ja palvelukanavia on entistä enemmän. Alueiden mukaan asiakkaat ohjautuvat yhdyspinnan ja hyvinvointialueen palveluihin aikaisempaa nopeammin, ja muitakin merkkejä integraation paranemisesta on havaittu.

Henkilöstöpula heikensi neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen saatavuutta

Lääkäreiden riittämättömyys pienensi neuvola- ja kouluterveydenhuollon määrääikaistarkastusten peittävyttä monilla alueilla. Helsingissä, Keski-Uudenmaan, Länsi-Uudenmaan ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueilla lastenneuvolan nelivuotiaiden määrääikaistarkastusten peittävyys oli pienintä, Keski-Pohjanmaan, Lapin ja Kainuun hyvinvointialueilla maan kärkeä.

Kouluterveydenhuollon käynnit lisääntyivät, kun taas opiskeluterveydenhuollon käynnit vähenivät vuodesta 2022 alkaen. Vuonna 2024 kouluterveydenhuollon käyntejä toteutui eniten Keski-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla, vähiten Helsingissä ja Vantaa-Keravan

hyvinvointialueella. Opiskeluterveydenhuollon käyntejä toteutui eniten Keski-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla ja vähiten Itä-Uudenmaan ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueilla.

Opiskeluhoitopalvelujen rooli korostui erityisesti niillä alueilla, joilla ei ole riittäviä nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalveluja. Lääkäri- ja psykologipula vaikeutti mielenterveys- ja päihdetyötä opiskeluhouollossa. Opiskeluterveydenhuollon käyntejä toteutui eniten Keski-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla, vähiten Itä-Uusimaan ja Vantaa-Keravan hyvinvointialueilla.

Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit valmistuivat aikaisempaa paremmin määräajassa

Vuonna 2024 lapsiin, nuoriin ja perheisiin suoraan kohdennettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaiskustannukset olivat lähes kolme miljardia euroa (kuvio 10). Alle 18-vuotiaisiin suhteutettuna kustannukset olivat suurimmat Kymenlaakson ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueilla, pienimmät Länsi-Uudellamaalla ja Pohjanmaalla (kuvio 11).

Vuonna 2024 lastensuojeluilmoitus tehtiin noin kymmenesosasta lapsia (yli 100 000 lapsesta). Ilmoituksen kohteena olevien lasten määrä kasvoi edellisestä vuodesta neljällä prosentilla. Lastensuojelun avohuollon asiakkaiden määrä puolestaan pieneni vuodesta 2023 yhdeksän prosenttia.

Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnit aloitettiin kahden tuoreimman seurantajakson aikana 93-prosenttisesti seitsemän arkipäivän kuluessa. Lakisääteisessä kolmessa kuukaudessa valmistui tuoreimmalla seurantajaksolla aiempaa suurempi osuus arvioinneista (89 %, aiemmin 80 %). Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella palvelutarpeen arvioinneista kuitenkin valmistui määräajassa edellisvuosia merkittävästi pienempi osuus, vain noin puolet (51,5 %).

Lastensuojelun sosiaalityöntekijäresurssi oli huhtikuussa 2025 koko maan tasolla kasvanut aiemmasta neljä prosenttia. Koko maan asiakaskeskiarvo laski 28 asiakkaasta 26 asiakkaaseen. Seurantapäivänä lakisääteinen enimmäisasiakasmäärä ylittyi noin 13 prosentilla työntekijöistä, mikä oli huomattava parannus puolen vuoden takaiseen tilanteeseen. Viidellä alueella lakisääteinen asiakasmäärä ei ylittynyt.

Varhainen tuki edelleen riittämätöntä: sijoituksia ei ole onnistuttu vähentämään

Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun alaikäiseen väestöön suhteutetut reaaliset nettokäyttökustannukset kasvoivat vuosina 2020–2024 lähes neljänneksellä (kuvio 12).¹ Vuonna 2024 kustannukset kasvoivat hieman. Huostassa olleiden ja sijoitettujen lasten määrät pysyivät edellisvuoden tasolla. Perhehoidon osuus huostassa olleista lapsista oli suurin Keski-Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla ja pienin Itä-Uudellamaalla. Laitokseen sijoitettuna oli runsas kolmannes, suurin osuus oli Länsi-Uudellamaalla ja pienin Keski-Pohjanmaalla.

Vastaavan ikäiseen väestöön suhteutettuna huostassa lapsia oli eniten Kymenlaaksossa ja vähiten Etelä-Karjalassa, mikä näkyi alueiden kustannusrakenteissa. Kymenlaaksossa palvelurakenteen keventäminen on edennyt hitaasti, kun taas Etelä-Karjalassa vastaavaa haastetta ei ole ollut. Kiireellisesti sijoitettujen lasten osuus Pohjois-Karjalassa ja

Vantaa-Keravan hyvinvointialueilla on pysynyt suurena, mikä kuvaa perheiden varhaisen tuen riittämättömyyttä.

Lastensuojelun sijaishuolto aiheuttaa runsaan kolmanneksen kokonaiskustannuksista. Lastensuojelun laitospalveluissa on nojaututtu vahvasti ostopalveluihin, mikä on haastanut kustannusten hallintaa alueiden käynnistymisvaiheessa.

Kustannukset kasvoivat eniten Keski-Suomessa, vähiten Pirkanmaalla. Kainuussa kustannukset pienenevät jopa viidenneksellä lastensuojelun sijoitusten ja avohuollon asiakkuuksien vähenemisen myötä. Suhteutettuna palvelutarpeeseen kustannukset olivat suurimmat Keski-Suomessa ja pienimmät Keski-Pohjanmaalla.

¹ Aikasarjatarkastelussa on käytetty luokittelua, joka on pääosin vertailukelpoinen aiemmin käytössä olleiden tehtäväluokkien sekä vuonna 2021 käyttöön otetun palveluluokkakohtaisen raportoinnin kanssa.

Ehkäiseviä ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja kehitetään, mutta korjaavia palveluja käytetään edelleen runsaasti

Terapiatakuun voimaantulo on vauhdittanut erityisesti ehkäisevien ja matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä hyvinvointialueilla. Siitä huolimatta näiden palvelujen resurssi- ja saatavuushaasteet jatkuvat. Ehkäisevien ja matalan kynnyksen palvelujen vaikutukset eivät toistaiseksi näy merkittävästi kansallisissa mittareissa.

Mittava mielenterveys- ja päihdepalvelujen uudistus on käynnissä esimerkiksi Pirkanmaalla. Helsingin kaupungin, Uudenmaan hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän syyskuussa 2025 aloittamassa hankkeessa kehitetään lastensuojelun ja psykiatrisen hoidon integroitua toimintamallia.

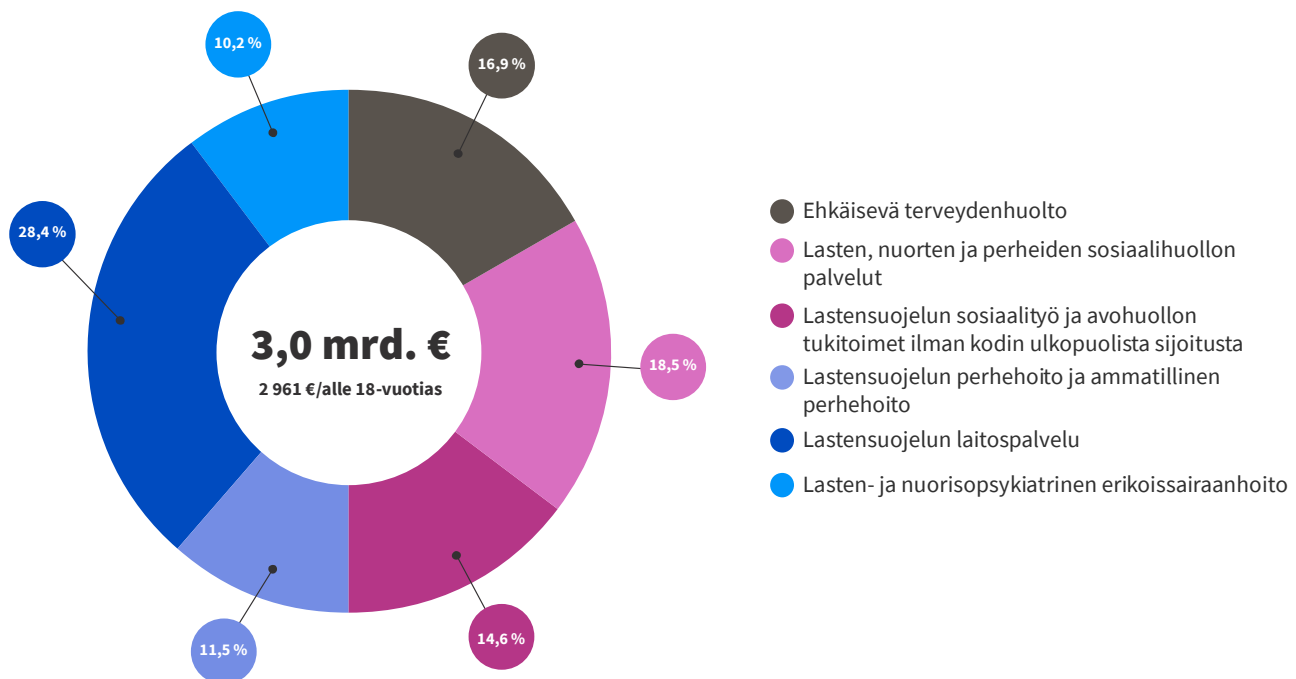
Psykiatrasta hoitoa odotti yli määrärajan tammi-elokuussa 2025 vuodentakaiseen tilanteeseen verrattuna harvempi lapsi ja nuori. Elokuussa 2025 hoitoa yli määrärajan odotettiin eniten Satakunnassa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Hoitoon pääsi jonottamatta seitsemällä alueella.

Osalla alueista perustason palvelujen riittämättömyys on johtanut lasten- ja nuorisopsykiatrian epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja suuriin kustannuksiin. Kainuun hyvinvointialueelta syyskuussa 2025 saadun tiedon mukaan alueella ei ole vuodesta 2022 alkaen ollut yhtään omaa lastenpsykiatria. Kelan tukeman kuntoutuspsykoterapian saajia oli Kainuussa Manner-Suomen vähiten vuonna 2024. Alle 18-vuotiaisiin suhteutetut lasten- ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat selvästi maan keskitasoa korkeammat Etelä-Savossa, Kymenlaaksossa ja Kainuun ja Lapin hyvinvointialueilla.

Suosituksena esitetään, että alueet

- jatkavat määrätietoisesti ehkäisevien ja matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen kehittämistä.
- varmistavat henkilöstön riittävyyden ehkäisevän terveydenhuollon palveluissa.
- varmistavat riittävät lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin resurssit.
- jatkavat sosiaalihuollon palvelurakenteen keventämistä.
- lisäävät perhehoidon osuutta lastensuojelun sijaishuollossa.

Kuvio 10. Ehkäisevän terveydenhuollon, lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2024.

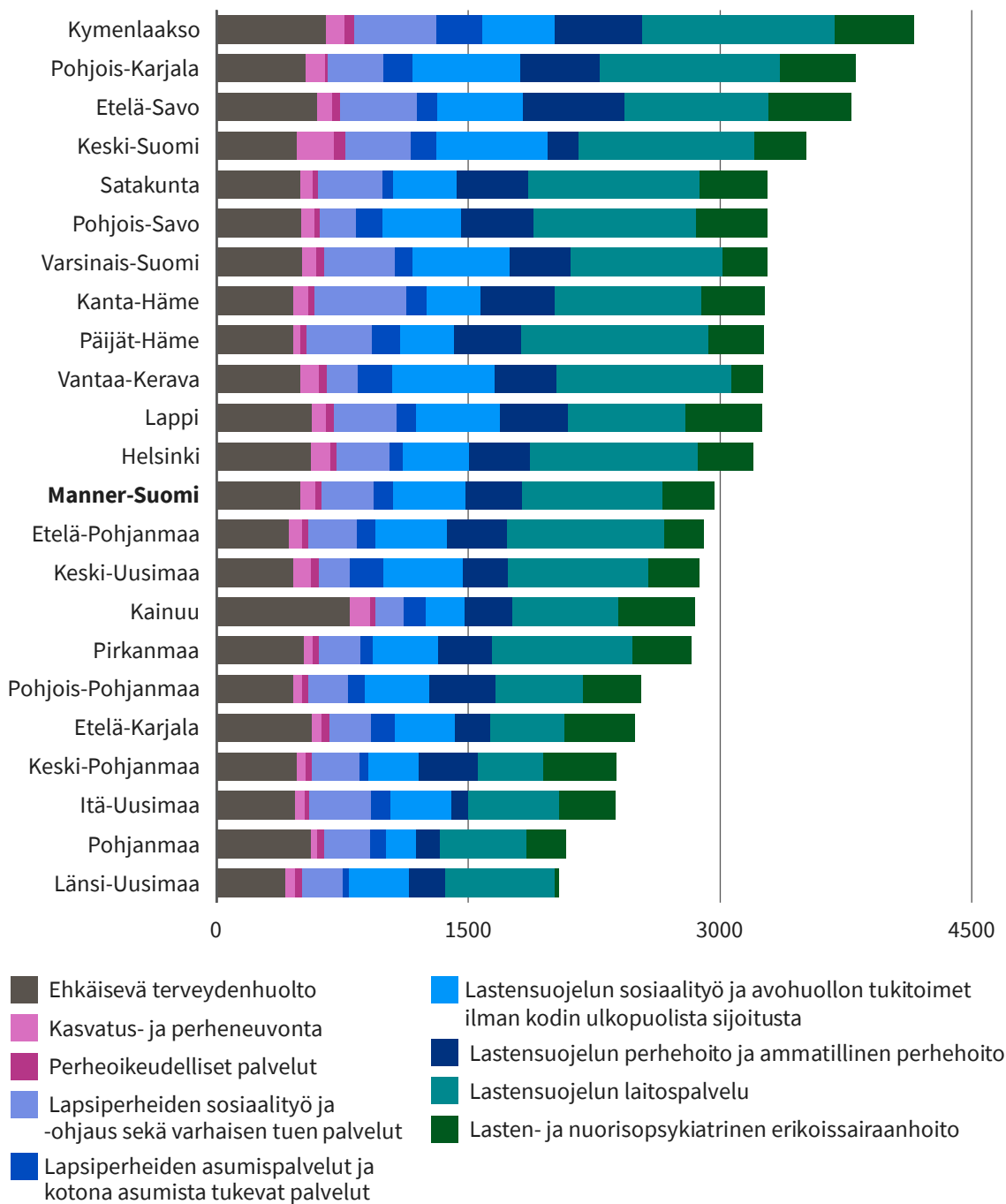


▲ Kuviossa esitetään ehkäisevän terveydenhuollon, lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian nettokäyttökustannusten jakauma (%). Tarkastelussa on huomioitu niiden palveluluokkien tiedot, jotka ovat kohdistettavissa alle 18-vuotiaaseen väestöön.

Ehkäisevään terveydenhuoltoon on sisällytetty äitiys- ja lastenneuvola, opiskelu- ja kouluterveydenhuolto sekä opiskeluhuollon psykologipalvelut.

Tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, jotka hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2025 loppuun mennessä.

Kuvio 11. Lasten, nuorten ja perheiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja lastensuojelun nettokäyttökustannusten jakauma hyvinvointialueittain vuonna 2024

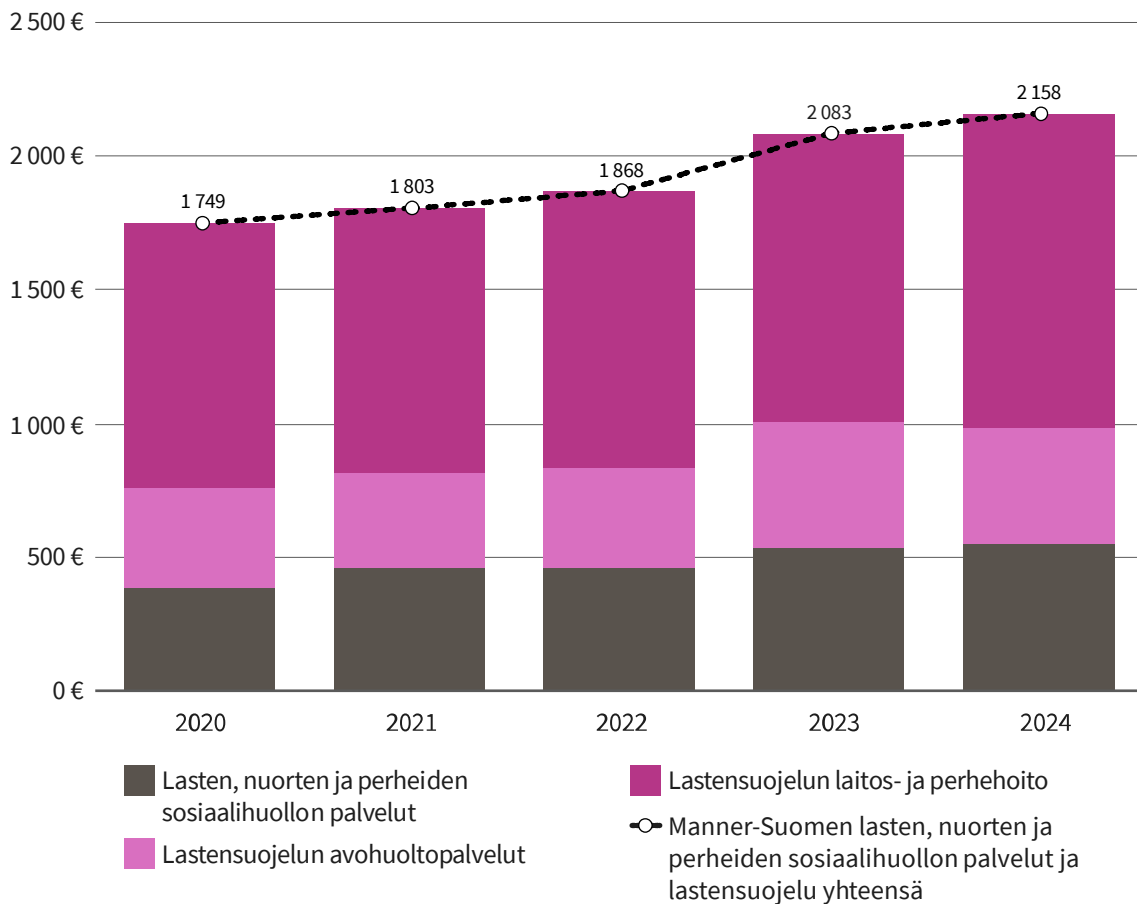


▲ Kuviossa esitetään hyvinvointialueiden alle 18-vuotiaaseen väestöön suhteutetut nettokäyttökustannukset alueittain vuonna 2024. Tarkastelussa on huomioitu niiden palveluluokkien tiedot, jotka ovat kohdistettavissa alle 18-vuotiaaseen väestöön.

Ehkäisevään terveydenhuoltoon on sisällytetty äitiys- ja lastenneuvola, opiskelu- ja kouluterveydenhuolto sekä opiskeluhuollon psykologipalvelut.

Tiedot perustuvat taloustietoihin, jotka hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille heinäkuun 2025 loppuun mennessä.

Kuvio 12. Lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun reaalisten nettokäyttökustannusten kehitys vuosina 2020–2024



▲ Kuviossa esitetään lasten, nuorten ja perheiden sosiaalihuollon palvelujen ja lastensuojelun reaalisten nettokäyttökustannusten kehitys 2020–2024. Reaaliset kustannukset tarkoittavat kustannuksia, joista on poistettu inflaation vaikutus.

Tiedot perustuvat taloustietoihin, joita kunnat ovat raportoineet Tilastokeskukselle vuonna 2020 ja Valtiokonttorille vuosina 2021–2022 sekä hyvinvointialueet Valtiokonttorille vuosina 2023–2024. Vuoden 2024 tiedot perustuvat palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin, joita hyvinvointialueet ovat raportoineet Valtiokonttorille elokuun 2025 loppuun mennessä.

Yhteistyöalueiden toimenpiteet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä

Kaikilla yhteistyöalueilla (YTA) on hyväksytty yhteistyöaluesopimus. Vuoden 2025 alussa käydyissä YTA-alueiden ja valtioneuvoston välisissä neuvotteluissa sosiaali- ja terveysministeriö arvioi kuitenkin, etteivät sopimukset ole lainsäädännön edellyttämällä tasolla. Ministeriö on keväällä 2025 alueille toimittamassa soveltamisohjeessaan ohjannut alueita sopimaan laajemmin keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toimintojen yhteensovittamisesta.

Etelä-Suomen yhteistyöalue

Yhteistyösopimuksen päivitys on käynnissä

Etelä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen päivittäminen on aloitettu, ja tavoitteena on, että uusi sopimus astuu voimaan kesällä 2026. Loppuvuoden 2025 aikana YTA-ohjausryhmä päättää seuraavan vuoden painopisteistä ja kokonaistavoitteista, joihin työryhmäkohtaiset tavoitteet sovitetaan.

Vuoden 2025 aikana on solmittu uusia YTA-sopimusta täsmentäviä alasopimuksia erikoissairaanhoidon klinisiä ja konsultaatiopalveluja koskien. Lisäksi HUS-yhtymän ja eri YTA-sopijapuolten välillä käydään kahdenvälisiä neuvotteluja muun muassa välinehuollon alasopimusten päivittämisestä. Aiemmin aloitettua tukipalveluyhteistyötä on jatkettu. Lisäksi on määriteltä ne laitteet ja investoinnit, jotka liittyvät HUS-yhtymän tehtäväksi määrättyjen ja alueellisesti keskitettyjen hoitojen ja toimenpiteiden tekemiseen.

Yhteistyöalueella kartoitettiin alkusyksyllä 2025 mahdollisuuksia yhteisinvestointeihin, mutta velvoittavan lainsäädännön puuttuessa yhtäkään yhteisinvestointia ei ole alkamassa vuonna 2027.

Erikoislääkärien saatavuutta paikataan hoitoketjujen kehittämisellä

Useita erikoisaloja koskeva erikoislääkäripula on lisännyt vuokralääkäreiden käyttöä YTA-alueella. Vuonna 2025 tilanne on hieman kohentunut, mutta psykiatrien, sosiaalityöntekijöiden ja psykologien saatavuus on yhä ongelmallista.

Mahdollisuuksia vahvistaa YTA-tason yhteistyötä on tunnistettu erityisesti erikoislääkärien saatavuuden osalta; tähän liittyvä yhteistyö kohdentuu pääosin hoitoketjujen kehittämiseen hyvinvointialuerajojen yli. Alueen koulutuksen neuvottelukunta tukee henkilöstön saatavuutta ja riittävyttä YTA-tasosten urapolkumallien ja mentoroinnin avulla.

Rakenteet asioiden käsittelyyn on luotu

Sosiaalihuollon palveluissa YTA-tasoinen työskentely kohdentuu erityisesti lapsiperheiden ja lastensuojelun vaativiin tilanteisiin, tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon sekä vammaisten ja ikääntyneiden henkilöiden erityisen vaativien asumispalvelujen järjestämiseen. Vaativien sosiaalihuollon palvelujen ohjausrakenteeksi on luotu Etelä-Suomen sosiaalihuollon johtajien kokous, joka toimii myös sosiaalihuollon menetelmien arvioinnin foorumina.

Käytännön toimina on valmisteltu muun muassa lastensuojelun hybridimuotoisen erityisen huolenpidon (EHO) yksikön perustamista sekä selvitetty mahdollisuutta alaikäisten asumispalveluyksikölle, joka olisi suunnattu vammaispalvelujen ja lastensuojelun lainsäädäntöjen perusteella sijoitettaville lapsille. Selvitystä on tehty myös väkivaltaisesti käyttäytyville mielenterveys- ja päihdeasiakkaille soveltuvista asumisyksiköistä sekä ikääntyneiden erityisen vaativista asumispalveluista.

Vaativan erikoissairaanhoidon erikoisalakohhtaista työnjakoa tarkastellaan vuosittain HUS-yhtymän ja alueen keskussairaaloiden kesken. Kesällä 2025 selvitettiin silmätautien ja lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelutuotannon tilannekuva sekä mahdolliset yhteistyömallit. Jatkossa selvitetään myös muut erikoisalat, joissa on tarve arvioida yhteistyömallien käyttöönottoa. YTA-alueen arviointiryhmissä tarkastellaan uusien kalliiden sairaalalääkkeiden ja muiden kalliiden terveydenhuollon menetelmien käyttöä sekä vähähyötyisiksi arvioiduista menetelmistä luopumista.

Sosiaalialan osaamiskeskus Soccan toiminta-alueen laajentamisesta koko Etelä-Suomen yhteistyöalueen laajueksi laadittiin keväällä 2025 sopimus Etelä-Suomen hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin, HUS-yhtymän sekä Helsingin yliopiston kesken.

Länsi-Suomen yhteistyöalue

YTA-sopimuksen päivittämisen painopisteistä linjataan syksyllä 2025

Länsi-Suomen yhteistyöalueen YTA-sopimuksen päivitysprosessi käynnistyi elokuussa 2025 sosiaali- ja terveysministeriön kesäkuussa julkaisemien soveltamisohjeiden pohjalta. Alueella on merkittävästi vähennetty sopimuksen toimeenpanoa valmistelevien työryhmien määrää prosessin terävöittämiseksi. Alueen YTA-johtoryhmä ja aluehallitukset linjaavat ja priorisoivat syksyllä 2025 eri kokonaisuuksien muutostarpeet, joita lähdetään jatkotyöstämään. Päivitetty YTA-sopimus on tarkoitus hyväksyä huhtikuussa 2026.

Tietojärjestelmien ja investointien yhteensovittaminen haasteellista

Alueella on tunnistettu, että erityisesti tietojärjestelmien konsolidoinnin aikataulut voi muodostua haasteelliseksi sekä alueiden talouden että toiminnan näkökulmasta. Tiedonhallinnan ja tietojohdamisen yhteistyön arvioidaan kuitenkin etenevän. Toinen haasteellinen kokonaisuus on investointien yhteensovittaminen yhteistyöaluetasoisesti, missä ei toistaiseksi ole päästy toivotulle tasolle.

Yhteistyön syventämisessä meneillään paljon kehittämistoimia

Yhteistyö etenee alueella hyvin erityisesti pelastustoimen, valmiuden ja varautumisen kokonaisuuksissa. Pelastustoimessa on laadittu jo ennen YTA-sopimuksen valmistumista oma yhteistyösopimus, jossa sovitaan järjestäytyneesti hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä.

Tähänastisessa YTA-sopimuksen toimeenpanossa on painottunut erityisen ja vaativan tason palvelujen yhteistyö ja resurssien yhteiskäytön edistäminen. Alueella oli keväällä 2025 yhteistyöaluetasoisien lasten, nuorten ja perheiden osaamis- ja tukikeskuksen (OT-keskus) kehittämiseen liittyvä konsultaatiopilotti, jossa edistettiin monialaisesti ammattilaisten osaamista lastensuojelun ja psykiatrian vaativimmissa tilanteissa. OT-keskuksen toiminnan valmistelutyö jatkuu ja se kytkeytyy myös yhteistyöaluetasoisien lastensuojelun ja psykiatrian hybridiyksikön suunnitteluun.

Koulutusyhteistyössä on edistytty erikoistuvien lääkärin koulutuspolkujen ja koulutuskapasiteetin alueellisessa yhtenäistämässä. Henkilöstön yhteiskäytön lisäämisessä ei kuitenkaan ole saavutettu merkittävää edistymistä, ja henkilöstön yhteiskäyttö on jäänyt pistemäiseksi. Yhteistyön tiivistämisen haasteena on, että esimerkiksi psykiatrian ja silmätautien erikoisaloilla on ollut rekrytointihaasteita yhteistyöalueen kaikilla hyvinvointialueilla.

Hoidon kiireellisyyden arvioinnissa on sovittu yhteisistä periaatteista. Alueella on laadittu myös päivystyksen yhteinen palvelukartta. Lisäksi esimerkiksi kuntouttavaan arviointitoimintaan ja yhteisölliseen asumiseen haetaan yhtenäistä mallia. Yhteistyöalueen kolmesta hyvinvointialueesta kaksi on kaksikielisiä, ja osana digitaalisten palvelujen yhteistyöaluetasoisista kehittämistä on käynnissä selvitys yhteisestä ruotsinkielisestä ja monikielisestä etäavustamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton periaatteista on pitkälti sovittu, mutta toimintamallien jalkauttaminen osaksi arjen perustyötä edellyttää vielä jatkotyötä.

Alueet ovat hyväksyneet sopimuksen Länsi-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen perustamisesta. Keskus on aloittanut toimintansa ja on hallinnollisesti sijoitettu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen yhteyteen.

Itä-Suomen yhteistyöalue

Yhteistyösopimusta valmistellaan vuoden 2026 aikana päätettäväksi

Uutta yhteistyösopimusta valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriön kesäkuussa 2025 antaman soveltamisohjeen mukaan aluevaltuustojen päätettäväksi vuoden 2026 aikana. Sopimusvalmistelussa laaditaan työnjakoa, yhteistyötä ja yhteensovittamista linjaavat strategiset asiakirjat ja selvitetään yhteistyön rakenteet ja resurssit. Lisäksi valmistellaan yhteistyöaluetasoiset toimenpiteet tietojohdattamisessa, investointien yhteensovittamisessa ja yhteishankinnoissa.

Vaativissa vammaispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa selvitetään työnjakoa

Aiemman sopimuksen pohjalta aloitettua erikoissairaanhoidon työnjakoselvitystä jatketaan. Lasten, nuorten ja perheiden osaamis- ja tukikeskuksen (OT) perustamissopimus hyväksytään vuoden 2025 aikana.

Yhteistyöalueella on käynnistetty selvitys erityisen vaativien vammaispalveluiden järjestämisestä. Vuoden 2025 aikana toteutettavan selvityksen tulokset huomioidaan YTA-sopimusta päivitettäessä.

Itä-Suomen hyvinvointialueiden omistama Järvi-Suomen Terveys Oy tarjoaa alueelle terveydenhuollon erikoisosaajia. Lisäksi alueilla on yhteinen kumppanuussopimus kansainvälisestä rekrytoinnista.

Arviointi- ja vaikuttavuusverkosto sekä arviointiylilääkäri koordinoivat menetelmien arviointia

Terveydenhuollon menetelmien arviointi on yhteistyöalueella vakiintunutta ja arviointiylilääkäri koordinoimaa toimintaa. Arviointi- ja vaikuttavuusverkosto aloitti toimintansa tammikuussa 2024 tavoitteenaan sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien arvioinnin yhtenäistäminen.

Yhteistyöryhmä ohjaa TKKI-toimintaa

Yhteistyöalueella perustettiin kesällä 2025 Järvi-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, jota hallinnoi Keski-Suomen hyvinvointialue. Itä-Suomen yhteistyöalueen TKKI-toimintaa ohjaa yhteistyöryhmä, jossa on nimetyt edustajat hyvinvointialueilta, oppilaitoksista ja muilta keskeisiltä yhteistyötahoilta. Yhteistyöryhmä vastaa YTA-tasoisesta sosiaalialan kehittämissopimuksen valmistelusta yhdessä avainkumppaneiden kanssa sopimuskauden aikana.

Pohjois-Savon ja Keski-Suomen hyvinvointialueen alueelliset lääketieteelliset tutkimuseettiset toimikunnat on korvattu Itä-Suomen yhteistyöalueen yhteisellä lääketieteellisellä tutkimuseettisellä toimikunnalla. Yhteistyöalueen hyvinvointialueet ovat tehneet tai valmistelevat sopimuksia Itä-Suomen ja Jyväskylän yliopistojen kanssa lääketieteen perusopetuksen hajautetusta järjestämisestä, erikoislääkärien, hammaslääkärien, ravitsemusterapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden koulutuksesta sekä harjoittelusta ja muusta opetusyhteistyöstä.

Tutkijalääkäri- ja tutkimushoitajakoulutusta sekä muuta vastaavaa tutkimustyötä edistävää koulutusta järjestetään keskitetysti yhteistyössä alueen oppilaitosten kanssa. Tutkimuksen lupaprosessit yhtenäistetään, ja tutkimus- ja testauspalvelujen markkinointi ja fasilitointi keskitetään Pohjois-Savon hyvinvointialueen Clinical Trial Officeen. Tiedolla johtamiseen, tiedonkeruuseen ja toimenpiteiden käyttöönoton seurantaan, arviointiin ja vaikuttavuuteen liittyvää yhteistyötä tiivistetään. YTA:n hyvinvointialueiden TKKI-strategiat ja strategiset ohjelmat ja vaikuttavuusmittarit rakennetaan toisiaan tukeviksi, ja Itä-Suomen ja Keski-Suomen välistä biopankkien yhteistyötä tiivistetään.

Pohjois-Suomen yhteistyöalue

Uutta yhteistyösopimusta valmistellaan keväällä 2026 päätettäväksi

Uutta yhteistyösopimusta valmistellaan sosiaali- ja terveysministeriön kesäkuussa 2025 antaman soveltamisohjeen mukaisesti. Tavoitteena on saada sopimus aluevaltuustojen päätettäväksi keväällä 2026.

Yhteistyöalueen puitesopimuksen mukaisesti Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue vastaa YTA-konttorin toiminnasta. Konttorin tehtävät ja vastuut tarkennetaan myöhemmin erillisellä päätöksenteolla. Elokuussa 2025 Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueet tiivistivät tietohallintoyhteistyötään nimittämällä yhteisen tietojohtajan.

Tervia Osaajat Oy turvaa henkilöstön saatavuutta

Tervia Osaajat Oy toimii yhteistyöalueen yhteisenä resurssina erikoislääkäripalveluiden turvaamiseksi noin 20 erikoisalalla. Keskustelu Tervian toiminnan laajentamisesta muihin ammattiryhmiin on käynnissä.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue on päättänyt keskittää lääkäreiden ostopalvelusopimukset Tervia Osaajat Oy:lle. Muut yhteistyöalueen hyvinvointialueet eivät ole vielä tehneet päätöstä. Sopimusten keskittämisen tavoitteena on parantaa kustannustehokkuutta.

Hoitotyön, sosiaalityön ja lääketieteen ammattilaisten tehtäväkuvia ja työnjakoa kehitetään

Hoitohenkilöstön kansainvälinen rekrytointi on käynnistetty, palvelukuvaus laadittu ja kilpailutus toteutettu. Syksyllä 2025 pilotoidaan "Oikea osaaja oikeassa paikassa" -hanketta, jossa kehitetään hoitotyön, sosiaalityön ja lääketieteen ammattilaisten tehtäväkuvia ja työnjakoa.

Sosiaalihuollon sisältöasiantuntemusta vahvistetaan tietojärjestelmäkehityksessä. Lastensuojelun ja psykiatrian erikoissairaanhoidon yhteisjohtamisen pilotointi on aloitettu. Harvoin tarvittavissa tai erityisen vaativissa sosiaalipalveluissa ja erikoissairaanhoidossa vakiinnutetaan osaamis- ja tukikeskustoimintaa, joka on tarkoitus integroida sosiaalialan osaamiskeskukseen vuoden 2026 aikana.

Kalliiden hoitojen ja menetelmien arviointiin työryhmä

Vuoden 2026 aikana perustetaan kalliiden hoitojen ja menetelmien arviointityöryhmä, joka muodostaa yhteistyöalueen yhteisen näkemyksen uusien ja kustannuksiltaan merkittävien menetelmien käyttöönotosta. Ryhmä huomioi päätöksissään yhdenvertaisuuden kansallisella tasolla ja mahdollisuudet menetelmien käytön keskittämiseen. Arviointityöryhmä toimii koko yhteistyöalueen yhteisenä resurssina, ja jokaiselle hyvinvointialueelle nimetään arviointi- ja vaikuttavuuskoordinaattori.

Sopimuksessa sovitaan lisäksi terveydenhuoltolain 53 §:n 1 momentissa ja sosiaalihuoltolain 25 a §:n 2 momentissa tarkoitettujen lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten perusterveydenhuollon psykososiaalisten hoitomenetelmien ja sosiaalihuollon psykososiaalisten työmenetelmien käyttöönotosta ja käytöstä.

Sosiaalialan osaamiskeskus Lapin hyvinvointialueelle vuodeksi 2026

Lakimuutoksen myötä 1.7.2025 alkaen sosiaalialan osaamiskeskus toimii Pohjois-Suomen yhteistyöalueen yhteisenä osaamiskeskuksena. Keskus sijoittuu Lapin hyvinvointialueelle 31.12.2026 saakka. Osaamiskeskukseen perustetaan yhteistyöalueen sosiaalialan tieteellistä ja

ammattillista arviointia tukevat arviointisosiaalityöntekijän ja sosiaalityön sivuvirkaisen professuurin tehtävät. Tehtävillä varmistetaan sosiaalityön ja sosiaalialan tieteellinen laatu yhteistyöalueella. Arviointisosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluu sosiaalityön ja sosiaalihuollon menetelmien ja palvelujen tieteellinen arviointi YTA-tasolla. Sosiaalialan osaamiskeskuksen toimintamallin kehittämistä jatketaan työpajoissa syksyn 2025 aikana.

Sisä-Suomen yhteistyöalue

Yhteistyöalueen sopimusta päivitetään ja uusia yhteistyömahdollisuuksia kartoitetaan

Sisä-Suomen yhteistyöalueen YTA-sopimuksen päivittäminen käynnistyi elokuussa 2025. Teemakohtaiset alatyöryhmät ovat koonneet sopimuksen päivitystarpeita YTA-johtoryhmän käsiteltäviksi. Uusi sopimus on tarkoitus hyväksyä hyvinvointialueiden aluevaltuustoissa kevään 2026 aikana.

Yhteistyöalueen toistaiseksi voimassa oleva yhteishankintastrategia hyväksyttiin alkuvuonna 2025. Sillä pyritään välttämään päällekkäisiä investointeja ja kehittämään hankintaosaamista. Keskeistä on saada taloudellisia hyötyjä hankinnoista ja nostaa yhteishankintojen osuus vähintään 15 prosenttiin palvelu- ja materiaalihankinnoissa. Strategian toimeenpanoa ja seuranta varten on rakenteita.

TKKIO-kehittämistä vuosina 2026–2028 ohjaava TKKIO-yhteistyöohjelma on luonnosvaiheessa. Siinä kuvataan valtuustokausittain päivitettävät painopisteet, tavoitteet ja tehtävät. Tavoitteena on vahvistaa päätöksentekoa ja palvelujen kehittämistä tukevaa tietopohjaa, sekä lisätä toimintaa, joka tukee talouden tasapainottamista ja kustannustehokkuutta. Ohjelma edistää myös henkilöstöresurssien ja osaamisen hyödyntämistä koko yhteistyöalueen hyväksi. Vuoden 2025 loppuun mennessä valmistuu tietohallinnon ja tietojohdamisen selvitys yhteistyön tilannekuvasta ja mahdollisuuksista.

Alueellinen henkilöstön tilannekuvatieto rakentumassa

Hyvinvointialueiden henkilöstöhallintoa varten on luotu yhteisiä rakenteita, joissa on keskitytty esimerkiksi palkkaharmonisaation, yt-menettelyjen ja henkilöstösuunnittelun kysymyksiin. Yhteistyö on parantanut tilannekuvaa erityisesti erikoissairaanhoidon lääkäriresursseista ja vuokratyövoiman käytöstä. Henkilöstöresurssin yhteiskäytöstä erikoissairaanhoidossa on saatu ensimmäisiä kokemuksia, ja koulutusyhteistyötä on tehty lääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksissa.

Lasten ja nuorten palvelut nostettu yhteistyön kärjeksi

Yhteistyöalueen toiminnassa painottuvat lasten ja nuorten palvelut, mikä näkyy esimerkiksi terapiatakuuseen vastaamisen yhdenmukaisuutena. Yhteistyötä tehdään lasten oikeuspsykiatrian alalla, jossa Taysin lasten oikeuspsykiatrian yksikkö tuottaa palveluja kaikille hyvinvointialueille lapsiin kohdistuvien väkivaltaepäilyjen tutkimuksissa. Vaativat erot -asiantuntijaryhmän ja Barnhus-tukirakenteen toiminta vahvistavat hyvinvointialueiden lapsiperhetyötä. Keväällä 2025 yhteistyöalueeneuvotteluissa esitettyjen lasten, nuorten ja perheiden palvelujen

kehittämisteemojen osalta on edetty, mutta yhteisestä lastensuojelun sijaishuollon kilpailutuksesta on vetäydytty hyvinvointialueiden eriävien tarpeiden vuoksi.

Yhteistyö aikuisten sosiaalihuollon palveluissa on käynnistynyt alueellisten koulutusten valmistelulla, ja pyrkimyksenä on käynnistää operatiivisen tason yhteistyötä laajemminkin. Toimintakäytänteitä asumispalvelujen yhdenmukaistamiseksi sekä kriteereitä erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden palveluja varten suunnitellaan parhaillaan. Ikääntyneiden palvelut eivät toistaiseksi nouse esiin yhteistyöalueen kehittämisessä.

Sosiaalialan osaamiskeskus perustettu

Sosiaalialan osaamiskeskus on perustettu kesällä 2025. Se on osa Pirkanmaan hyvinvointialueen organisaatiota, mutta sen toiminta on integroitu yhteistyöalueen TKKIO-rakenteeseen. Osaamiskeskuksen perussopimuksen osapuolina ovat hyvinvointialueiden lisäksi Hämeen ammattikorkeakoulu Oy, Tampereen korkeakouluyhteisö ja Seinäjoen ammattikorkeakoulu Oy. Toimintaa on käynnistetty kahden sosiaalialan asiantuntijan resurssilla.

Arvioinnin tietopohja

THL hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arvioinnissa sekä laadullista että määrällistä tietopohjaa. Arvioinnissa käytetyt tiedot kuvaavat valtaosin vuotta 2024 ja vuoden 2025 ensimmäistä vuosipuoliskoa.

Laadullisen tietopohjan perustan muodostavat hyvinvointialueiden dokumenttiaineistot, kuten sote-järjestämislain mukaiset hyvinvointialueiden selvitykset sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisesta ja taloudesta. Muita keskeisiä dokumentteja ovat alueiden muutosohjelmat, strategiat ja niiden toimeenpano-ohjelmat, tilinpäätökset, toimintakertomukset ja hyvinvointikertomukset. Arvioinnin olennaista tietopohjaa ovat myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen sote-järjestämislain mukaiset selvitykset alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta. Arvioinnin tuloksena syntynyttä tilannekuvaa täydentävät THL:n ja muiden asiantuntijaorganisaatioiden tutkimukset ja selvitykset sekä arviointiprosessiin kiinteästi kuuluva THL:n asiantuntijoiden ja hyvinvointialueiden edustajien tiivis dialogi.

Määrällisen tietopohjan ytimen muodostaa noin 500 indikaattorista muodostuva sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristo (KUVA), jonka tiedot päivittyvät pääsääntöisesti vuosittain. KUVA-indikaattorit löytyvät Sotekuva-verkkopalvelusta (sotekuva.fi). KUVA-indikaattorien ohella arviointitoiminto käyttää THL:n ylläpitämän tilasto- ja indikaattoripankin Sotkanetin (sotkanet.fi) tietoja sekä THL:n kuukausittain päivittyviä tietokantaraportteja (thl.fi/tietokantaraportit) tuoreimman mahdollisen tilannekuvan varmistamiseksi. Lisäksi arviointitoiminto hyödyntää THL:n ylläpitämää Johdon strategista tilannekuvaa (thl.fi/jst), joka on suunniteltu erityisesti valtioneuvoston ja hyvinvointialueiden strategisen tason ohjauksen ja johtamisen tarpeisiin. Arvioinnissa on myös huomioitu hyvinvointialueiden Valtiokonttorille elokuun loppuun mennessä raportoimat palveluluokkakohtaiset taloustiedot. Osa alueista päivitti tietojaan vielä arvioinnin tietopohjan kiinnittämisen jälkeen.

THL:n julkaisemien tilastotietojen laadussa havaitaan ajoittain poikkeamia, jotka vaikuttavat indikaattorien arvoihin ja tulkintaan. Tästä syystä indikaattoreiden arvoja saatetaan joutua korjaamaan tietojen julkaisemisen jälkeen. Tietojen laatu poikkeamista tiedotetaan THL:n tilastoraporttien laatuselosteissa ja tarvittavin osin indikaattorien lisätiedoissa Sotekuva- ja Sotkanet-verkkopalveluissa.

THL:n omien indikaattoritietojen lisäksi arvioinnissa käytetään muiden viranomaisten ja asiantuntijaorganisaatioiden, kuten Tilastokeskuksen ja julkisen alan eläkevakuuttajan Kevan laskemia tilastotietoja.

Arvioinnissa on otettu huomioon myös valtioneuvoston toukokuussa 2025 vahvistamat hyvinvointialueiden tehtäviä koskevat valtakunnalliset tavoitteet ja niiden seurantaindikaattorit vuosille 2025–2029.

Vuonna 2025 arviointitoiminto on pilotoinut ChatGPT-tekoälysovelluksen hyödyntämistä arviointiaineiston käsittelyssä ja tekstien tiivistämisessä, kielenhuollossa ja käännöksissä. Tekoälyä ei ole hyödynnetty johtopäätösten ja suositusten muodostamisessa.

Lähteet

Forsell, M., Inget-Leinonen, S., Seppälä, K. (2025) Lastensuojelun sosiaalityön henkilöstömitoitus huhtikuussa 2025: Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden keskimääräinen asiakasmäärä väheni. Tilastoraportti 38/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Forsell, M., Inget-Leinonen, S., Seppälä, K. (2025) Lastensuojelun käsittelyajat 1.10.2024–31.3.2025: Palvelutarpeen arviointien viivästykset vähenivät vihdoin. Tilastoraportti 37/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Forsell, M., & Inget-Leinonen, S. (2025). Lastensuojelu 2024: Yhä harvempi lastensuojeluilmoitus johtaa lastensuojelun asiakkuuteen. Tilastoraportti 23/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Helenius, J., Kivimäki, H. & Luopa, P. Aiempaa useampi kokee terveytensä hyväksi ja moni voi keskustella usein asioistaan vanhempiensa kanssa. Kouluterveyskysely 2025. Tilastoraportti 44/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., Huurre, T. & Vaara, S. (2024) Opiskeluhoitopalvelujen selvitys 2024. [Verkkolähde](#)

Hietanen-Peltola, M., Jahnukainen, J., Huurre, T., Ervasti, E. & Vaara S. Opiskeluhoitopalvelujen käyttö perusopetuksessa ja toisella asteella. Kouluterveyskyselyn 2025 tuloksia. [Verkkolähde](#)

HUS-yhtymä. Yhtymäkokous 19.12.2024 § 23 Yhteistyösopimuksen hyväksyminen Etelä-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueelle (YTA). [Verkkolähde](#)

Itä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#)

Marttila, T., & Mahkonen, R. (2025). Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa 2024. Tilastoraportti 24/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 6.5.2025. [Verkkolähde](#)

Nieminen, S., Kalmari, H. & Kekkonen, M. (2025). Perhekeskusten tilannekuva Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 20/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Pirkanmaan hyvinvointialue. Aluevaltuusto 8.4.2024 § 39. Sisä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#)

Pohjois-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimus. [Verkkolähde](#)

Savolainen, N., Hakamäki, P., Kauppinen, T., Liukko, E., & Nick, R. (2025). Ennaltaehkäisyä vahvistamassa: asiakas- ja palveluohjaus hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan. Työpaperi 22/2025. Tilannekuva keväällä 2025. [Verkkolähde](#)

Tilastokeskus. Väestörakennetilasto (2025). Tilanne 31.12.2024. [Verkkolähde](#)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvointialueiden digitaalisten palvelujen kypsyystason arviointi: tulokset 2022 ja 2025. Työpaperi 46/2025. [Verkkolähde](#)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaistut digitaaliset palvelutarjottimet. Internetsivu, katsottu 8.10.2025. [Verkkolähde](#)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tarvevakioidut menot hyvinvointialueittain 2024, ennakkotieto. Internetsivu, katsottu 8.10.2025. [Verkkolähde](#)

Tolonen E., & Leivonen A. (2025). Kotihoidon käynnit ja asiakkaat 2024. Julkisesti järjestetyn kotihoidon asiakasmäärä edelleen laskussa. Tilastoraportti. 47/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 30.9.2025. [Verkkolähde](#)

Tuominen P. (2025). Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy 2024. Vuonna 2024 erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyssä oli merkittäviä haasteita. Tilastoraportti 19/2025. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 16.4.2025. [Verkkolähde](#)

Tynkkynen, L-K ym. (toim) (2025). Tilannekuvia hyvinvointialueilta. Raportti 3/25. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkolähde](#)

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut hyvinvointialueilla. Palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja yhteensovittaminen. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 15/2024. [Verkkolähde](#)

Valvira. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valviran antama järjestämislain 30 §:n 2 momentin mukainen selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta vuonna 2024 ja Q1/2025. 5.5.2025. [Verkkolähde](#)

Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Aluevaltuusto 24.9.2025 § 90. Muutos Länsi-Suomen yhteistyöalueen yhteistyösopimukseen. [Verkkolähde](#)