TOIMINTAYMPÄRISTÖANALYYSI

Kanta-Hämeen hyvinvointialue 2025

KANTA-HÄMEEN HYVINVOINTIALUE

Hyvinvointialueen hallituskäsittely 12.5.2025

Hyvinvointialueen valtuustokäsittely 27.5.2025

Sisällysluettelo

1 Johdanto 1
2 Väestönkehitys 3
3 Väestön hyvinvointi, terveys ja turvallisuus 9
3.1 Hyvinvoinnin yleiskuva Suomessa ja Kanta-Hämeessä 9
3.1.1 Lapset ja lapsiperheet 13
3.1.2 Nuoret 15
3.1.3 Aikuisikäiset 16
3.2.4. Ikääntyneet ja vanhuusikäiset (+65) 17
3.2 Sairastavuus ja terveyserot 19
3.2.1 Kansantaudit Suomessa ja Kanta-Hämeessä 19
3.2.2 Ylipaino sekä lihavuus Suomessa ja Kanta-Hämeessä 21
3.2.3 Syöpätaudit Suomessa ja Kanta-Hämeessä 22
3.2.4 Mielenterveyshaasteet Suomessa ja Kanta-Hämeessä 23
3.2.4.1 Lasten mielenterveyden häiriöt 23
3.2.4.2 Nuorten mielenterveyden häiriöt 24
3.2.4.3 Aikuisten mielenterveyden häiriöt 24
3.2.5 Päihteet ja päihdeongelmat Kanta-Hämeessä 25
3.2.6 Muistisairaudet 26
3.3 Turvallisuus 28
3.3.1 Demografiset muutokset 28
3.3.2 Ekologinen kriisi ja sen vaikutukset 29
3.3.3 Tietoturva ja hybridivaikuttaminen 29
4 Yhdenvertaiset palvelut 31
4.1 Fyysinen ympäristö ja palveluiden järjestäminen 31
4.1.1 Palveluverkon muutokset 32
4.1.2 Yksityissektorin palvelumallien vaikutus 33
4.1.3 Yritysyhteistyö sote-palveluissa 34
4.2 Digitaalinen ympäristö 36
4.2.1 Asiakaskäyttäytymisen muutos ja digikehittämisen ohjaus 37
4.2.2 Osallisuus ja palvelujen yhteiskehittäminen 40
4.2.3 Tällä hetkellä kehitetyt keskeisimmät digitalisaation kohteet 41

5 Kansallinen ohjaus ja hyvinvointialueen talous 43
5.1 Lainsäädäntö ja muu kansallinen ohjaus 44
5.1.1 Lainsäädäntö 44
5.1.2 Valtion strateginen ohjaus 45
5.2 Hyvinvointialueiden talous 46
5.2.1 Talouden kehitys 46
5.2.2 Hyvinvointialueiden rahoitus 48
6 Henkilöstön saatavuus, osaaminen ja työn murros 50
6.1 Henkilöstön saatavuus 50
6.2 Työn murros ja osaaminen 51
7 Yhteistyö 55
7.1 Yhdyspinta- ja järjestöyhteistyö 55
7.1.1 Yhteistyö kuntien kanssa 55
7.1.2 Yhteistyö järjestöjen kanssa 57
7.1.3 Oppilaitosyhteistyö 57
7.2 Osallisuus yhdyspintatyössä ja kehittämistarpeet 58
7.3 YTA-alueen yhteistyö 59
8 Tieto ja vaikuttavuus 60
9 Kanta-Hämeen alueen asukkaiden hyvinvoinnin ja palvelujen kehitystarpeet tulevaisuudessa 61
9.1 Satunnaisesti palveluja käyttävät asiakkaat 62
9.2 Palveluita mahdollisesti tarvitsevat ennakointi-asiakkaat 65
9.3 Jatkuvuudesta hyötyvät asiakkaat 68
9.4 Monialaisia palveluita tarvitsevat asiakkaat 70
10 Lähteet 73
11 Liitteet 77

1 Johdanto

Laki hyvinvointialueesta [1] määrittää, että hyvinvointialueella on oltava strategia, jossa aluevaltuusto päättää hyvinvointialueen toiminnan ja talouden pitkän aikavälin tavoitteista. Hyvinvointialueen strategiassa, joka tarkistetaan vähintään kerran valtuustokauden aikana, tulee ottaa huomioon:

1) asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen hyvinvointialueen tehtäväalalla;
2) palvelujen järjestämistä ja tuottamista koskevat strategiset linjaukset;
3) hyvinvointialueen tehtäviä koskevissa laeissa säädetyt palvelutavoitteet;
4) omistajapolitiikka;
5) henkilöstöpolitiikka;
6) asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet.

Hyvinvointialueen strategian tulee perustua arvioon hyvinvointialueen tilanteesta strategian laatimishetkellä sekä tulevista toimintaympäristön muutoksista ja niiden vaikutuksista hyvinvointialueen tehtävien toteuttamiseen. Strategiassa tulee määritellä myös sen toteutumisen arviointi ja seuranta.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulevan strategiakauden 2026–2029 valmistelussa voidaan hyödyntää perusteltuja elementtejä ensimmäisellä valtuustokaudella hyväksytystä hyvinvointialuestrategiasta. Samalla kuitenkin tunnistetaan, että nykyinen strategia on hyvinvointialueen perustamisvaiheen strategia ja tulevan strategian tulee suunnata voimakkaammin tulevaisuuteen. Nykyisestä strategiasta asiakaslähtöisyys, yksilöllinen ennakointi, innovatiivinen toiminta ja vaikuttavat palvelut luovat pohjaa uudelle strategiakaudelle.

Uuden strategiakauden valmistelutyö on Kanta-Hämeen hyvinvointialueella käynnistetty nykyisen strategiakauden arvioinnilla ja toimintaympäristöanalyysillä maaliskuussa 2025. Arviointia ja analyysiä on toteutettu siten, että nykyinen aluevaltuusto voi antaa näkemyksensä uudelle valtuustolle tästä kokonaisuudesta strategiatyön pohjaksi kokouksessaan 27.5.2025. Tämä asiakirja toimii strategiakauden 2026–2029 strategiatyön pohjana.

Toimintaympäristöanalyysi on keskeinen osa strategiatyötä, jossa organisaatio arvioi ulkoisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa sen toimintaan ja menestykseen. Toimintaympäristöanalyysissä arvioidaan ympäristön muutoksia ja trendejä, jotka voivat vaikuttaa organisaation nykyisen tai tulevaisuuden strategian mahdollisuuksiin ja uhkiin. Toimintaympäristöanalyysissä tarkastellaan yleensä mm. poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia ja ekologisia tekijöitä. Toimintaympäristöanalyysi on työkalu, joka tukee strategiatyötä.

Valtakunnallisia strategisia tavoitteita uudistetaan parhaillaan. Valtioneuvosto tulee asettamaan vuoden 2025 aikana yhteiset valtakunnalliset strategiset tavoitteet hyvinvointialueiden tehtävien (sosiaali- ja terveyspalvelut, pelastuspalvelut) järjestämiselle vuosille 2025–2029. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimintaympäristöanalyysiä on valmisteltu valtakunnallisia tavoitteita mukaillen.

Toimintaympäristöanalyysissä on huomioitu toimintaa koskevat näkökulmat, joita ovat

- väestön hyvinvointi, terveys ja turvallisuus
- yhdenvertaiset palvelut sekä
- taloudellinen kestävyys

ja toimintaedellytyksiä koskevat näkökulmat, joita ovat

- henkilöstö
- tieto ja
- yhteistyö.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimintaympäristöanalyysissä on hyödynnetty laajasti käytettävissä olevaa ajankohtaista tietoa. Myös henkilöstöllä on ollut mahdollisuus kertoa omia ajatuksiaan ja havaintojaan toimintaympäristön muutoksesta Heikkojen signaalien[1] -kyselyn kautta. Toimintaympäristöanalyysin kokonaisuuden laatimiseen on osallistunut laaja joukko Kanta-Hämeen hyvinvointialueen työntekijöitä (kyselyt ja kirjoittaminen).

~~~~~~~~

[1] **Heikot signaalit** ovat ensioireita muutoksesta tai merkki nousevasta asiasta, joka saattaa olla tulevaisuudessa merkittävä. Se on jokin asia, joka on todella tapahtunut jo, mutta joka tuntuu havaitsijasta oudolta tai yllättävältä ja joka voidaan tulkita merkiksi jostain suuremmasta mahdollisesta muutoksesta. Heikot signaalit voivat olla konkreettisia asioita, kuten lainsäädäntöä, teknologiaa, luonnonilmiöitä, tuotteita, palveluita tai tapahtumia. Mutta ne voivat olla myös uusia arvoja, mielipiteitä, ideoita, eleitä ja maailmankuvia.
~~~~~~~~

2 Väestönkehitys

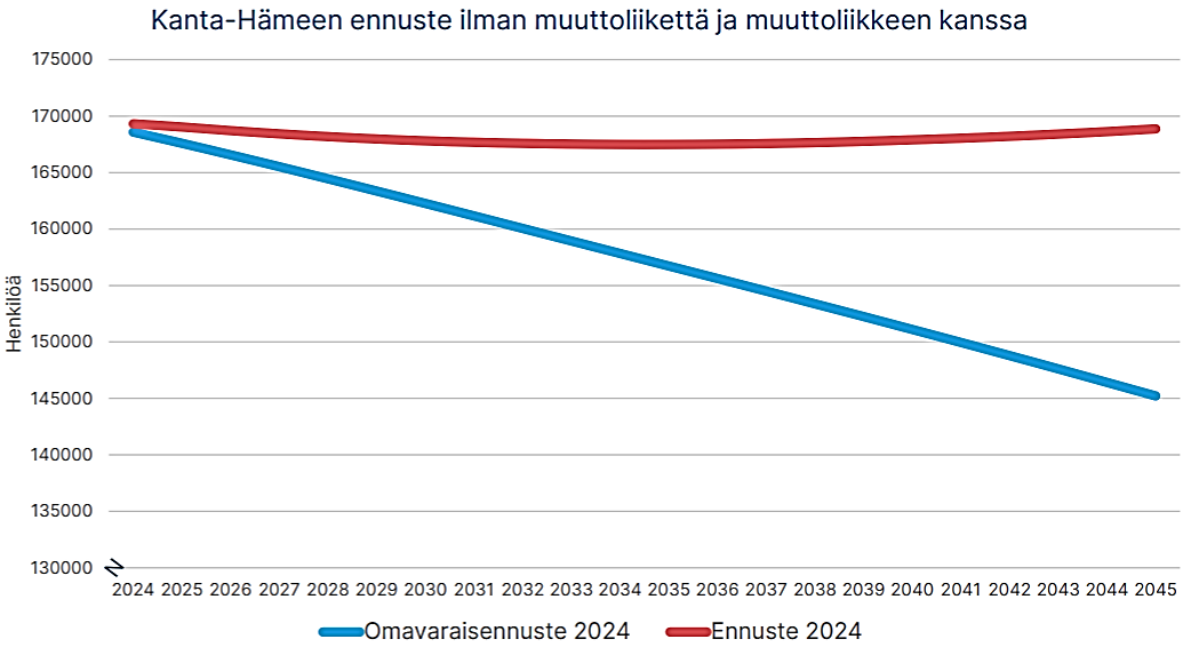
Kanta-Hämeessä asuu lähes 170 000 asukasta. Tilastokeskuksen vuoden 2024 väestöennuste ennakoi Kanta-Hämeelle lievää väestön vähenemistä lähitulevaisuudessa, mutta kehitys näyttää aiempia ennusteita huomattavasti maltillisemmalta. Luonnollinen väestönkasvu pysyy negatiivisena, mutta pitkällä aikavälillä väestönkehitys tulee olemaan entistä riippuvaisempaa maahanmuutosta, josta muodostuu keskeinen muutostekijä alueen väestörakenteen kehityksessä. Em. johtuen työvoiman määrän arvioidaan vähenevän selvästi vähemmän, kuin aiemmissa arvioissa on ennakoitu. Väestöennusteeseen sisältyy eniten epävarmuutta juuri työikäisen väestön osalta, sillä maan sisäinen muuttoliike ja maahanmuutto kohdistuvat erityisesti tähän ryhmään. [2], [3]

Tilastokeskuksen väestöennustetaulukko alla on ns. demografinen trendilaskelma, eli ennuste alueen tulevasta väestöstä perustuu väestönkehityksen jatkumiseen samanlaisena kuin väestöennustetta edeltävinä vuosina. Väestöennuste ei siis huomioi esimerkiksi maahanmuuttomäärissä mahdollisesti tapahtuvia äkillisiä muutoksia.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue	Tilastokeskuksen väestöennuste 2024					
	0 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	75 -
2025	22 457	17 456	37 352	44 471	23 465	23 834
2030	19 863	17 161	36 819	43 471	23 403	27 089
2035	18 902	15 447	37 374	43 330	23 068	29 367
2040	18 695	13 850	37 492	45 196	21 488	31 175
2045	18 748	13 272	37 296	45 978	21 555	32 021

Lähde: Tilastokeskus

Ennätyksellisen suuri maahanmuutto vuosina 2023–2024 muutti Kanta-Hämeen väestönkehitystä dramaattisesti. Maakunnan väestönkehitys oli vuonna 2023 positiivinen ensi kertaa vuoden 2013 jälkeen. [3]



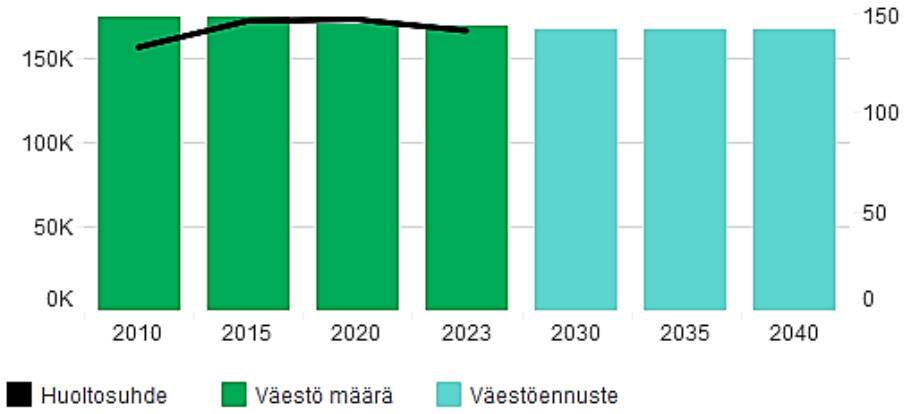
Lähde: Tilastokeskus

Muuttoliike ei ennusteen perusteella vaikuta syntyvyyteen merkittävästi**.** Kokonaissyntyvyys naista kohden on laskusuunnassa ja myös ulkomaalaistaustaisten hedelmällisyysluku alenee ja lähenee suomalaisten syntyvyyttä. Syntyvyys korreloi naisen koulutustaustaa: mitä korkeampi koulutustausta naisella on, sitä todennäköisemmin lapsia saadaan. Syntyvyyden heikkenemiseen vaikuttaa myös 20–30-vuotiaiden yksin asumisen voimakas lisääntyminen. [3] Kanta-Hämeen kokonaishedelmällisyysluku[2] vuonna 2024 oli 1,25. Syntyvyyden lasku vaikuttaa pitkäkestoisesti, sillä vähenevä lasten määrä näkyy tulevina vuosikymmeninä pienempinä koululuokkina ja lopulta myös työmarkkinoille tulevien määrässä. [2]

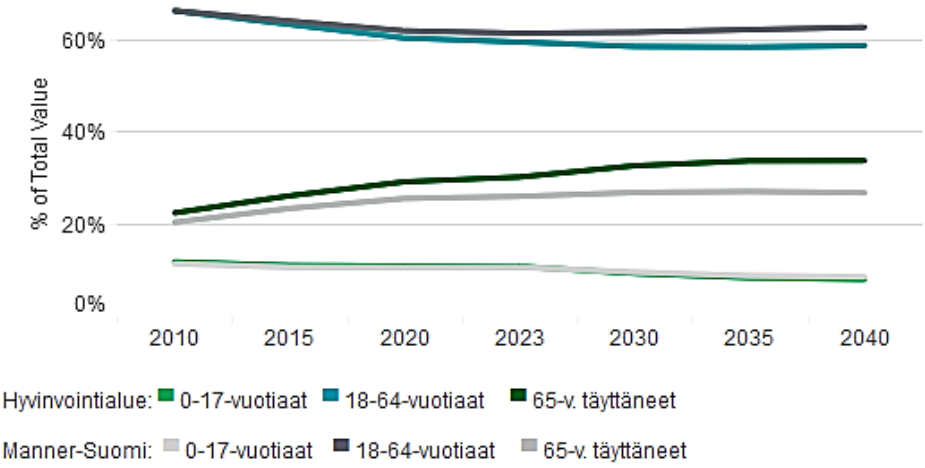
Ikääntyneiden määrä kasvaa Kanta-Hämeessä voimakkaasti, noin 15 %, vuosina 2020–2035. Kanta-Hämeen väestön ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi huoltosuhteen[3] kehittymiseen. Huoltosuhteen heikkeneminen näkyy työvoiman vähenemisenä, hoivapalveluiden tarpeen kasvuna ja taloudellisen kestävyyden haasteina. Tämä ilmiö korostaa tarvetta ennakoida ja sopeuttaa palvelurakenteita vastaamaan muuttuvan väestörakenteen tarpeita.

[2] Syntyvyyttä mitataan **kokonaishedelmällisyysluvulla**, joka kertoo kuinka monta lasta nainen synnyttäisi elämänsä aikana, jos syntyvyys pysyisi laskentavuoden tasolla.
[3] **Huoltosuhteella** tarkoitetaan työvoiman ulkopuolella olevien määrää suhteessa varsinaisen työvoiman määrään eli kuinka monta ei-työikäistä kansalaista on kutakin työikäistä kohti jollakin määritellyllä alueella tai koko maassa. Ei-työikäisiksi määritellään kaikki alle 15-vuotiaat ja yli 64-vuotiaat. Työikäisiä ovat loput eli näiden rajojen väliin sijoittuvat.

Väestön määrä ja taloudellinen huoltosuhde

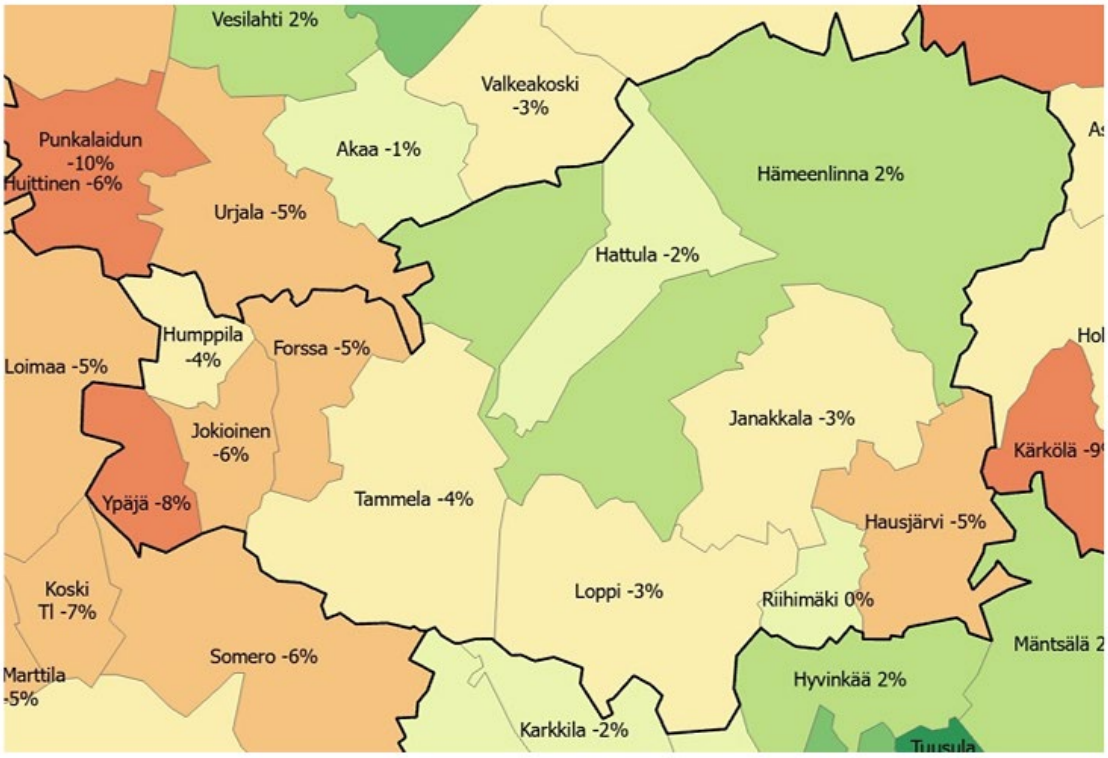


Väestön määrä ikäryhmittäin, Kanta-Hämeen hyvinvointialue ja Manner-Suomi (0-17 v, 18-64 v ja 65v täyttäneet), %



Forssan seudulla väestönkehitys on ollut pitkään laskeva, Riihimäen seudun väestömäärä on lievässä laskussa, ja Hämeenlinnan seudun väestömäärä on pysynyt melko tasaisena. Nuorimpien ikäluokkien sekä työikäisten osuus on vähentynyt ja vanhimpien ikäluokkien kasvanut. Luonnollinen väestönkehitys Kanta-Hämeessä on vahvasti negatiivinen: syntyneiden määrä Kanta-Hämeessä on jyrkässä laskussa, mutta kuolleisuus on pysynyt korkealla. Forssan seudulla kuolleiden määrä oli vuonna 2023 kolminkertainen syntyneisiin verrattuna. Hämeenlinnan ja Riihimäen seuduilla kuolleita oli runsaat kaksi kertaa enemmän kuin syntyneitä. [2], [3]

Väestön ennakoitu muutos kunnittain vuodesta 2023 vuoteen 2030



Lähde: Tilastokeskus, väestöennuste

Kanta-Hämeen osalta maan sisäinen muuttoliike on ollut yleisesti negatiivinen 2010-luvulta lähtien eli maakunnasta muuttaa pois enemmän ihmisiä kuin maakuntaan muuttaa. Suurimpana muuttotappion syynä on nuorten poismuutto, sillä merkittävä osa 18–22-vuotiaista lähtee maakunnasta, pääosin suuriin yliopistokaupunkeihin. Yli 25-vuotiaiden kohdalla muuttoliike sen sijaan on yleensä nettomuuttopositiivinen Kanta-Hämeen kannalta. [2]

Keski-ikä nousee maakunnassa nopeammin kuin valtakunnallisesti. Väestön ikääntyminen koettelee erityisesti maaseutualueita. Kanta-Hämeen väestön keski-ikä on 46 vuotta. Suurten ikäluokkien määrän lisäksi keski-iän nousua selittää etenkin syntyvyyden väheneminen. Nuorten poismuutto korostaa tätä ilmiötä, mikä heijastuu väestöpyramidin rakenteeseen. Kaupunkialueilla keski-ikä on hieman matalampi (45 vuotta), kun taas maaseutualueilla se on 48 vuotta. [2]

Kanta-Hämeen väestöpyramidi tammikuussa 2025

Yli 75-vuotiaan väestön määrä, joka asuu suurten kaupunkien (Forssa, Hämeenlinna, Riihimäki) ulkopuolella, tulee kasvamaan Kanta-Hämeen alueella merkittävästi tulevina vuosina. Ennakoitu kasvu maaseudun ikääntyneessä väestössä on n. 46 % vuodesta 2024 vuoteen 2040. Postinumeroittain tarkasteltuna suurimmat muutokset, sekä prosentuaalisesti että lukumääräisesti, tapahtuvat Hikiällä ja Launosessa.

Kokonaisuutena kasvua on n. 10 000 asukkaasta n. 14 600 asukkaaseen.

Taulukko. Prosentuaalisesti suurimmat muutokset yli 75-vuotiaiden väestössä Kanta-Hämeen maaseudulla

Postitoimipaikka	Yli 75-v 2024	Yli 75-v 2040 (arvio)	Muutos -%	Muutos lkm
EVO	3	16	433 %	13
RÄYSKÄLÄ	3	11	267 %	8
LETKU	27	87	222 %	60
YPÄJÄ AS	25	78	212 %	53
VAULAMMI	41	112	173 %	71
RIMMILÄ	14	36	157 %	22
HIKIÄ	118	302	156 %	184
LAUNONEN	116	295	154 %	179

Taulukko. Lukumääräisesti suurimmat muutokset yli 75-väestössä Kanta-Hämeen maaseudulla

Postitoimipaikka	Yli 75-v 2024	Yli 75-v 2040 (arvio)	Muutos -%	Muutos lkm
TURENKI	1289	1735	35 %	446
PAROLA	613	903	47 %	290
JOKIOINEN	536	755	41 %	219
RYTTYLÄ	168	365	117 %	197
HUMPPILA	290	487	68 %	197
LAMMI	809	1002	24 %	193
TERVAKOSKI	636	824	30 %	188
HIKIÄ	118	302	156 %	184
LAUNONEN	116	295	154 %	179

3 Väestön hyvinvointi, terveys ja turvallisuus

3.1 Hyvinvoinnin yleiskuva Suomessa ja Kanta-Hämeessä

Suomalaisten yleinen hyvinvoinnin ja terveyden taso on jatkuvasti kohentunut, mutta hyvinvoinnin ja terveyden jakautuminen väestössä on yhä eriarvoisempaa. Eriarvoisuus ilmenee sosioekonomisten ryhmien välillä lähes kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden alueilla. Hyvinvointi- ja terveyseroja voi kaventaa vaikuttamalla niiden sosiaalisiin taustatekijöihin ja eriarvoisuuteen:

- Vaikutetaan sosiaaliseen eriarvoisuuteen, esimerkiksi koulutukseen, tulonjakoon, työllisyysmahdollisuuksiin ja verotukseen
- Turvataan kaikille terveelliset elinolot (asuminen, työolot, ympäristö)
- Vähennetään haitallisille aineille altistumista (työaltisteet, ympäristöaltisteet, alkoholi, tupakka, epäterveellinen ravinto)
- Vähennetään haavoittuvuutta (sosiaaliset verkostot, erityinen tuki haavoittuvassa asemassa oleville)
- Estetään eriarvoisia seurauksia (esimerkiksi palvelujen saatavuus ja laatu yhdenvertaiseksi).

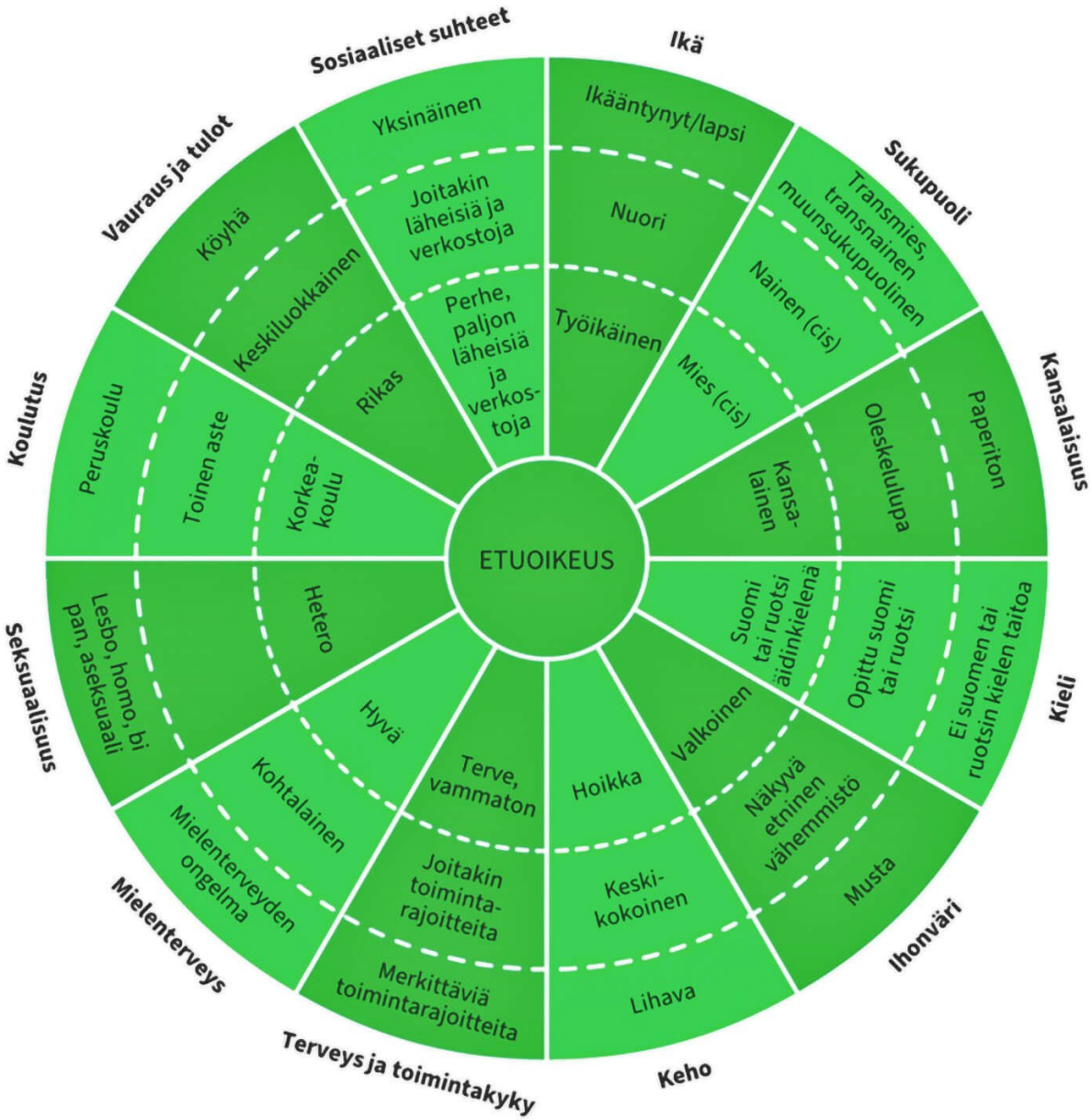
Väestön hyvinvoinnin kuvauksessa on pyritty nostamaan Kanta-Hämeen väestön tilanteeseen liittyviä erityisiä vahvuuksia ja haasteita sekä peilaamaan tilannetta koko maahan. Kuvausta täydentää tämän asiakirjan liitteenä oleva Kanta-Hämeen hyvinvointialueen hyvinvointiraportti, jossa kuvataan, mitä asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on hyvinvointialueella tähän mennessä tehty.

Kanta-Häme sijoittuu monissa hyvinvoinnin[4] osa-alueissa valtakunnalliseen keskitasoon ja osassa maakunnan asema on jopa parempi.

~~~~~~~~

[4] **Hyvinvoinnilla** tarkoitetaan ihmisen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä hyvinvointia. Se kattaa kaikki elämän osa-alueet, jotka vaikuttavat ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Hyvinvointi ei ole pelkästään sairauden puuttumista, vaan se sisältää myös positiiviset kokemukset, kuten onnellisuuden, tyytyväisyyden ja elämän merkityksellisyyden tunteen
~~~~~~~~

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) etuoikeuskehän avulla voidaan kuvata myös hyvinvoinnin tilaa. Mitä keskemmällä etuoikeuskehää henkilö on, sitä todennäköisemmin henkilö voi hyvin ja osaa hakeutua tarvittaessa palvelujen piiriin. Mitä ulommalla kehällä henkilö on, sitä todennäköisemmin tällä on haasteita ainakin jollakin hyvinvoinnin osa-alueella ja sitä herkemmin tämä voi jäädä myös palvelujen ulkopuolelle, erityisesti varhaisessa vaiheessa. [4]



Lähde: Majlander, S. & Siukola, R. Yhdenvertaisuuden edistäminen palveluissa. Tietoa ja työkaluja. Esitys 7.9.2023, THL

Sairastavuus Kanta-Hämeessä on keskitasoa. Erot kuntien välillä ovat vähäisiä ja pysyneet suhteellisen muuttumattomina. Pahoinvointi on keskittynyt erityisesti kaupunkiympäristöihin. Vuonna 2022 Kanta-Häme oli huono-osaisuuden[5] osa-alueissa (huono-osaisuuden sosiaaliset seuraukset, taloudelliset yhteydet, inhimillinen huono-osaisuus) kokonaisuutena valtakunnallisen vertailun keskitasossa. Inhimillinen huono-osaisuus kategoriassa Kanta-Häme oli lähellä huonointa kolmannesta. Inhimillisen huono-osaisuuden summamuuttuja[6] kuvastaa huono-osaisuuden yksilöllistä ulottuvuutta. Yksi näistä summamuuttujan indikaattoreista on itsemurhakuolleisuus, joka on Kanta-Hämeessä varsin korkea.

Kanta-Hämeen **työttömyysaste** on ollut perinteisesti valtakunnan tasoa parempi. Merkittävä osuus työttömistä on kuitenkin rakennetyöttömiä[7]. Rakennetyöttömien määrä on suhteellisen pysyvä. Viime vuosina rakennetyöttömiä on ollut noin 5 % työvoimasta. Rakennetyöttömien osuus suhteessa työttömiin on ollut kaikissa kolmessa seutukunnassa melko samansuuntainen. Forssan seudun työttömyysaste on ollut vuodesta 2023 korkea, johtuen paikallisesta äkillisestä rakennemuutoksesta. Maahanmuuton lisääntyessä myös ulkomaalaistaustaisten työttömien työnhakijoiden sekä palveluja käyttävien määrä on kasvanut. (1)

Työkyvyttömyyseläkkeen saajien väestöosuus vuonna 2024 oli Kanta-Hämeessä 5,9 % (koko maa 5,1 %).

Kanta-Hämeen **koulutustaso** on hieman muuta maata alhaisempi. Erityisesti korkeakoulutettujen määrä on pienempi. Asuntokuntien tulovertailussa vuoden 2023 tietojen perusteella Kanta-Hämeessä ollaan keskivaiheella.

Osallisuuden kokemus on merkittävä hyvinvoinnin tekijä, jota tarkastellaan ns. osallisuusindikaattorin[8] avulla. Erittäin heikko osallisuuden kokemus liittyy hyvinvoinnin vajeisiin, yhteiskunnallisesti marginaaliseen asemaan sekä laajempaan

~~~~~~~~

[5] Diakonia-ammattikorkeakoulu on laatinut Sokra-hankkeessa Huono-osaisuus Suomessa (HOS) sovelluksen, jossa voi tarkastella alueellista huono-osaisuutta kokonaisuutena. Tiedot sovellukseen on otettu Sotkanet-tiedoista. **Huono-osaisuus** tarkoittaa tilannetta, jossa yksilö tai ryhmä kokee merkittäviä elämänlaadun heikentymisiä, kuten köyhyyttä, sosiaalista eristäytymistä, terveysongelmia ja muita hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä.

[6] **Summamuuttuja** on muodostettu kuuden/yhdentoista osamuuttujan keskiarvosta.

[7] **Rakennetyöttömyys** tarkoittaa tilannetta, jossa työttömyys johtuu työmarkkinoiden rakenteellisista ongelmista, eikä niinkään suhdanteiden vaihteluista. Tämä tarkoittaa, että vaikka työpaikkoja olisi tarjolla, ne eivät kohtaa työnhakijoiden osaamista, sijaintia tai muita tekijöitä. Esimerkiksi, jos tietyllä alueella on paljon työttömiä, mutta tarjolla olevat työpaikat vaativat erilaista osaamista tai sijaitsevat kaukana, syntyy rakennetyöttömyyttä.

[8]

1) Tunnen, että päivittäiset tekemiseni ovat merkityksellisiä.
2) Saan myönteistä palautetta tekemisistäni.
3) Kuulun itselleni tärkeään ryhmään tai yhteisöön.
4) Olen tarpeellinen muille ihmisille.
5) Pystyn vaikuttamaan oman elämäni kulkuun.
6) Tunnen, että elämälläni on tarkoitus.
7) Pystyn tavoittelemaan minulle tärkeitä asioita.
8) Saan itse apua silloin, kun sitä todella tarvitsen.
9) Koen, että minuun luotetaan.
10) Pystyn vaikuttamaan joihinkin elinympäristöni asioihin.
~~~~~~~~

osattomuuteen, kuten syrjäytymisvaaraan tai siihen, että henkilö kokee itsensä syrjäytetyksi.

Osallisuuden kokemuksessa Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on merkittäviä eroja verrattuna koko maan keskiarvoon. Kanta-Hämeessä osallisuuden kokemus on muutaman prosenttiyksikön heikompi, kuin koko maassa lasten ja nuorten, työikäisten sekä ikäihmisten osalta. Erittäin heikko osallisuuden kokemus koskee noin 10 % kantahämäläisistä. Kanta-Hämeen kouluissa erittäin heikon osallisuuden kokemus korostuu tyttöjen/naisten kohdalla enemmän kuin poikien/miesten. Sama ero sukupuolten välillä näkyy myös vaikutusmahdollisuuksien kokemuksessa; pojat/miehet kokevat useammin, että heillä on hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa. Näiltä osin kuntakohtaiset erot ovat huomattavia.

Maahan muuttaneiden osallisuuden kokemus on valtakunnallisesti arvoituna jonkin verran vahvempi, kuin Suomen koko väestöllä. Alueellinen vaihtelu osallisuuden kokemuksessa on kuitenkin suurempaa kuin koko väestössä, ja erot maaryhmien ja sukupuolten välillä ovat merkittäviä.

Yksinäisyys on ihmisen tunne siitä, että ihmissuhteet eivät määrällisesti tai laadullisesti vastaa omia tarpeita tai toiveita. Yksinäisyydellä ei tarkoiteta vapaaehtoisuuteen perustuvaa yksin olemista. Pitkittyneen yksinäisyyden ehkäisy on tärkeää, sillä se heikentää psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia ja terveyttä. Toisaalta terveysongelmat voivat altistaa yksinäisyydelle. Yksinäisyys lisää myös radikalisoitumisen riskiä. Koko väestön osalta Kanta-Häme on lähellä valtakunnan keskiarvoa, mutta yksinäisyyden kokemus on kasvanut erityisesti miesten joukossa. Itsensä yksinäiseksi tuntevien Kanta-Hämäläisten miesten määrä (%) on kasvanut vuodesta 2021 vuoteen 2023 5,4 prosenttiyksikköä.

Lähisuhdeväkivaltaa on kokenut 75 % 16–74-vuotiaista suomalaisista. Lähisuhdeväkivaltaa esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Vain 10 % tapauksista raportoidaan viranomaisille. Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia, ja sen osapuolet käyttävät enemmän sosiaali-, terveys- ja oikeuspalveluita. Lähisuhdeväkivallan lisäkustannus terveydenhuollolle on 1024 euroa/hlö vuodessa. Naisiin kohdistuva väkivalta maksaa julkiselle terveydenhuollolle 150 miljoonaa euroa vuodessa. Väkivalta jää usein palveluissa tunnistamatta, mikä johtaa kalliisiin ja tehottomiin toimenpiteisiin. Äärimmillään lähisuhdeväkivalta voi johtaa kuolemaan.

Tilastojen pohjalta voidaan saada vain suuntaa antava käsitys ilmiön yleisyydestä Kanta-Hämeessä, johtuen aliraportoinnista, alitunnistamisesta, tilastointitapojen kirjavuudesta ja asiakastietojärjestelmien eroavaisuuksista. Vuonna 2024 Oma Hämeen lähisuhdeväkivaltatyön yksikköön tulleista kontakteista 17 % koski yli 65-vuotiaita. THL:n vuoden 2023 valtakunnallisen selvityksen mukaan vanhuspalveluyksiköistä 47 % raportoi kaltoinkohtelua ja kotihoidossa 43 % havaitsi omaisten tekemää kaltoinkohtelua.

Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyö vaatii pitkäjänteisyyttä. Tulevaisuudessa painopiste siirtyy korjaavista toimista ennaltaehkäiseviin toimiin. Tavoitteena on tunteiden ja turvataitojen vahvistaminen, häpeän vähentäminen sekä ylisukupolvisen väkivallan katkaisu. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat oleellinen osa väkivallan ehkäisyä.

3.1.1 Lapset ja lapsiperheet

Kanta-Hämeessä yhden vanhemman perheitä on hieman koko maata enemmän: vuonna 2023 yhden vanhemman perheitä oli 25,3 % lapsiperheistä, kun koko maassa vastaava luku oli 23,9 %. Yhden vanhemman perheissä haasteet ovat varsin samanlaisia kuin muissakin perheissä: ajankäytön, työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen sekä jaksamisen kysymykset nousevat esille molemmissa perhemuodoissa. Toimeentuloon liittyvät haasteet voivat kuitenkin yhden huoltajan perheissä olla yleisempiä, kuin kahden huoltajan perheissä.

Kanta-Hämeessä lapsiperheiden pienituloisuusaste[9] vuonna 2023 oli 11.9 % ja se oli hieman koko maata pienempi. Toimeentulotukea saavien lapsiperheiden määrä on viiden vuoden tarkastelujaksolla laskenut. Lapsiperheköyhyys[10] näkyy lasten arjessa esimerkiksi elämänpiirin kaventumisena ja se voi määrittää myöhempää elämänkulkua. Lapsiperheköyhyys on monen tekijän summa, mutta on tärkeää hahmottaa ne tekijät, jotka siihen vaikuttavat.

Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella 4.–5.-luokkalaisten lasten kokemus fyysisen uhkan lisääntymisestä vuosien 2019–2023 välillä on merkittävä niin Kanta-Hämeen kuin koko maankin tasolla. Sama suuntaus näkyy myös vastauksissa kysymykseen ”kokenut seksuaalista kommentointia, ehdottelua, viestittelyä tai kuvamateriaalin näyttämistä vuoden aikana”.

Vähintään tunnin päivässä liikkuvien 10–11-vuotiaiden osuus on nousemassa koronavuosia edeltävälle tasolle, ollen vuonna 2023 Kanta-Hämeessä 44 %. Aamupalaa syömättömien lasten määrä on tasaisesti kasvanut vuodesta 2017. Kanta-Hämeessä 4.-5-luokkalaisista arkiaamuina aamupala jäi syömättä 31 %:lla.

Lapsiin kohdistuvalla väkivallalla sekä lasten altistumisella vanhempien väliselle väkivallalle on vakavia seurauksia lapsen terveyteen, kasvuun ja kehitykseen sekä yhteiskuntaan lähisuhdeväkivallan ylisukupolviseen luonteen vuoksi. Suorilla väkivalta-aiheisilla syyluokilla kirjattujen lastensuojeluilmoitusten määrä Kanta-Hämeessä vuonna 2024 oli noin 20 % kokonaismäärästä. Kun mukaan lasketaan vakava riitely, vuorovaikutusongelmat ja perheristiriidat, osuus nousee 27 %:iin. Huolestuttavat tekijät voivat liittyä myös vanhempien päihteidenkäyttöön, psyykkiseen vointiin tai huoltoriidan vaikutuksiin.

~~~~~~~~

[9] **Pienituloisia** ovat henkilöt, joiden kotitalouden käytettävissä olevat rahatulot kulutusyksikköä kohti (ns. ekvivalentti rahatulo) ovat pienemmät kuin 60 prosenttia kaikkien kotitalouksien ekvivalenttien käytettävissä olevien rahatulojen mediaanitulosta. Tämän tulorajan alapuolelle jäävien osuutta väestöstä kutsutaan pienituloisuusasteeksi. Pienituloisuuden euromääräinen raja vaihtelee vuosittain. Suomessa ei ole virallista kansallista pienituloisten tai köyhyysrajan määritelmää.

[10] **Köyhyyttä** voidaan määritellä monella tapaa. Se on muun muassa huonompiosaisuutta verrattuna yleisesti vallalla olevaan elintapaan. Huono-osaisuudella kuvataan koettua todellisuutta ja käsityksiä kohtuullisen elämän edellytyksistä. Köyhyyteen liittyy usein myös merkittävä eriarvoisuuden kokemus. Aineellisen köyhyyden lisäksi voidaan kokea myös aineetonta köyhyyttä, jota aiheuttavat syrjään jääminen, vastoinkäymiset ja pakotetut elämän rakenteet. Jos ikäihmisen perusturva mitoitetaan vain välttämättömien elinkustannusten tarpeeseen, jää perusturvan varassa elävä ihmisarvoisen elämän edellytyksiin kuuluvan osallisuuden mahdollisuuksien ulkopuolelle.
~~~~~~~~

Merkittävä osa suomalaisista lapsista elää perheessä, jota kuormittaa perheenjäsenen vakava sairaus. Lapsista jopa 25 % kokee vanhemman vakavan sairastumisen. Vanhemman vakavalla sairastumisella voi olla hyvin pitkäkestoisia vaikutuksia lapsen psyykkiseen terveyteen, hyvinvointiin sekä perheen arkeen ja jopa lapsen elämänkulkuun monin tavoin.

Lapsuudessa vanhempien vaikealle elämäntilanteelle altistumisen arvioidaan tuottavan terveyspalvelujärjestelmälle suuremman rasitteen, kuin muut terveysongelmien juurisyyt. Pitkäaikaisesti kuormittavassa elämäntilanteessa lapsen kehoon syntyy stressitila, joka lisää riskejä myöhemmin elämässä erilaisiin somaattisiin terveysongelmiin (mm. keuhko-, sydän- ja verisuonitauteihin, autoimmuunisairauksiin, lihavuuteen ja syöpään) sekä psyykkisiin terveysongelmiin (mm. masennukseen, psykoosiin, riippuvuuksiin ja itsetuhoisuuteen). Lisäksi lapsuuden haitallisille kokemuksille altistuneilla on enemmän väkivaltakokemuksia tekijänä ja uhrina, seksitauteja, ei-toivottuja raskauksia sekä vaikeita kiputiloja. [5]

Yksittäiselle vakavalle tekijälle altistumisen lisäksi haitallista on usean lievemmän tekijän yhdistyminen lapsen elämässä. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien taloudelliset vaikeudet, mielenterveys- ja päihdeongelmat, vakava sairastuminen/kuolema, parisuhdeongelmat/ero sekä rikollisuus/vankeusrangaistus. Noin 30 % lapsista kokee vanhempien avioeron tai kuoleman ennen täysi-ikäisyyttä ja 25 % lapsista elää perheessä, jonka toinen tai molemmat vanhemmat ovat sairastuneet psyykkisesti. Noin 10 % lapsista elää pitkäaikaisesti toimeentulotuen varassa olevassa perheessä, mikä lisää merkittävästi riskiä erilaisten ongelmien kasaantumiselle. [6] Toimeentulon vaikeuksien yhteys pahoinvointiin näkyy esimerkiksi siten, että psyykkinen kuormitus on lähes kaksi kertaa yleisempää alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla ylimpään tuloviidennekseen kuuluviin verrattuna [7].

Koska vanhemman pulmia ei yleensä voida nopeasti poistaa lasten ja nuorten elinpiiristä, tulee keskittyä lasta suojaavien tekijöiden vahvistamiseen. Tämä edellyttää elämäntilanteen nopeaa tunnistamista ja hyvän arjen mahdollistamista vaikeuksista huolimatta. Nykyinen palvelujärjestelmä tunnistaa heikosti nämä elämäntilanteet ja lapset ja nuoret saavat usein tukea vasta alkaessaan oireilla vakavasti – usein kuukausien tai vuosien viiveellä. Tuen mahdollistamiseksi tarvitaan perheen kokonaistilanteen nopeampaa tunnistamista, lapsen näkökulman esiin nostamista ja eri toimijoiden välistä saumatonta yhteistyötä**.** Pelkkä tuen tarpeen kysyminen ei riitä, vaan tarvitaan aktiivisia toimia, sillä usein vanhemmat eivät tiedosta tilanteen haitallisuutta lapselle. [6]

Lastensuojelun **sijaishuollossa** näyttäytyy tällä hetkellä ja ennakoi kasvua nuorisoikäisten itsetuhoisuuden, vakavan päihteiden käytön ja väkivaltaisuuden vuoksi tarvittavan erityistason ja vaativan tason laitoshoidon tarpeen kasvu. Yhä useammat sijoitetut nuoret voivat psyykkisesti huonosti ja ovat vakavasti vaaraksi itselleen tai muille. Lastensuojelussa on pystytty lisäämään perhehoidon määrää, joka on paitsi inhimillisesti, myös taloudellisesti merkittävää. Perhehoitajien tukeen panostaminen näkyy sijaishuollon kokonaisuudessa. Perhehoidon suhde kaikista sijoituksista oli Kanta-Hämeen hyvinvointialueella vuonna 2024 noin 59 %.

Sijaishuollossa näkyy usein sijoitettujen lasten kuntoutuksen ja hoidon palveluiden puutteet. Tulevaisuudessa olisi tärkeää entistä vahvemmin rakentaa monia palveluita tarvitseville alaikäisille riittävän yhtenäiset palvelukokonaisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

Jälkihuoltoon siirtyvien nuorten tilanne on usein vaikea, mikäli sijaishuolto on alkanut vasta alaikäisyyden viimeisimpänä vuosina. Tämä näkyy jälkihuollon palveluiden tarpeen kasvussa sekä ennakoi myös nuorten aikuisten syrjäytymisen riskiä koulutuksen ja työelämän osalta.

Mielenterveys ja päihdepalveluita on tarpeen kehittää alueella alaikäisten vaativan päihdehoidon osalta, jotta yhä useammat alaikäiset saavat riittävät hoidolliset palvelut sen sijaan, että tulisivat sijoitetuiksi. Tilastojen perusteella Kanta-Hämeessä on lisäksi syytä pysähtyä kiireellisten sijoitusten määrän kasvuun. Tämä kuvastaa osaltaan, etteivät tuen tarpeet tule riittävästi näkyviin ajoissa, vaan tilanteisiin reagoidaan ennemmin liian myöhään, kuin varhaisessa vaiheessa.

Lastensuojelu tarvitsee onnistuakseen monia sote-palveluita ja yhteistä työskentelyä usein hyvinkin kompleksisten perhetilanteiden äärellä. Lastensuojelun asiakkaat ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Siihen liittyy hyvin monimutkaiset ja vaikeasti hallittavat tilanteet, esimerkiksi perheiden vaikeat ja vääristyneet vuorovaikutussuhteet, useat samanaikaiset haasteet arjessa sekä monikerroksinen haavoittuvuus (ylisukupolvinen köyhyys, väkivalta, mielenterveyden haasteet) verrattuna vastaavan ikäisiin lapsiin, joiden perheiden olosuhteet ovat vakaat. Lastensuojelussa olevalla lapsella on usein monia eri riskejä elämässään samanaikaisesti.

Lasten suojelun tehtävä kuuluu hyvinvointialueen lisäksi myös kunnille. Mitä varhaisemmassa vaiheessa havaitaan lasten, nuorten ja perheiden tuen tarpeet, sitä todennäköisemmin raskaammilta palvelutarpeilta vältytään. Lastensuojelussa tehdään koko ajan kehittämistyötä, jotta tuen tarpeet jo palveluissa olevien lasten osalta tunnistetaan riittävällä tavalla ja niihin vastataan tarpeen mukaisesti. Työn vaikuttavuutta lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin pyritään arvioimaan jatkossa entistä systemaattisemmin.

3.1.2 Nuoret

Valtaosalla nuorista menee hyvin. Nuorisobarometrin [8] mukaan nuorten usko tulevaisuuteen kokonaisuutena on pysynyt varsin tasaisena. Nuorten tulevaisuusodotuksissa tärkeimmäksi nousevat ystävät ja sosiaaliset suhteet. Ne ovat nuorten mielestä tärkeitä paitsi nuoruudessa myös kysyttäessä sitä, mitä he uskovat pitävänsä tärkeänä 35-vuotiaina. Toiseksi tärkeimmäksi tulevaisuudessa vuoden 2024 nuorisobarometrissä nuorilla nousi hyvä fyysinen kunto. Kolmanneksi tärkeintä oli pysyvä työsuhde. Kouluterveyskyselyssä 2023 Kanta-Hämäläisistä nuorista 60 % vastasi kokevansa, että elämällä on tarkoitus. Tämä luku heijastelee koko maan tilannetta, mutta siinä on tapahtunut huomattava muutos alaspäin vuoden 2019 tilanteesta, joka Kanta-Hämeessä oli 69 %.

Kouluterveyskyselyn tulokset Kanta-Hämeessä 8–9.-luokkalaisilla noudattelevat monien indikaattoreiden kohdalla koko maan tulosta. Nuorten masennus ja ahdistuneisuus on lisääntynyt koronapandemian aikana koko maassa sekä Kanta-Hämeen alueella vuodesta 2019 (13 %) vuoteen 2023 (22 %). Forssan seudulla tilanne on ollut hieman heikompi kuin Hämeenlinnan ja Riihimäen seuduilla. (1)

Arkiaamujen aamupala jää syömättä jopa 44 %:lla 15–16-vuotiaista nuorista Kanta-Hämeessä (koko maa 42 %), hampaansa vähemmän kuin kaksi kertaa päivässä harjaa 39 % (koko maa 36 %) ja 37 % ei koe omaa painoaan sopivaksi (39 % koko maa). Noin joka kymmenennellä kantahämäläisnuorella ei ole yhtään läheistä ystävää. Tilanne on melko sama koko maan tuloksena. Kanta-Hämeen 15–16-vuotiaista nuorista 27 % harrastaa korkeintaan tunnin viikossa hengästyttävää liikuntaa.

15–16-vuotiaista nuorista 6–7 % kertoo auttavansa tai hoitavansa sairasta läheistään päivittäin tai viikoittain. Nuoreksi hoivaajiksi lukeutuu Suomessa n. 20 000 nuorta.

NEET on lyhenne sanoista ”Not in Employment, Education or Training”. Kyse on vakavassa syrjäytymisvaarassa olevista nuorista aikuisista, jotka ovat työelämän, koulutuksen tai asepalveluksen ulkopuolella. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella Neet-nuorista puhuttaessa keskitytään 18–29-vuotiaisiin nuoriin.

Vuonna 2022 on arvioitu, että tuolloin Neet-nuoria olisi ollut Suomessa 9,1 %. Tilastoista täysin luottavaa tietoa ei saada, sillä Neet-statusta ei systemaattisesti kirjata. Osa Neet-nuorista on tilanteessa vain väliaikaisesti esimerkiksi opintojen ja armeijan välissä. Tästä huolimatta on arvioitu, että Kanta-Hämeessä eri tasoista huolta aiheuttaa n. 1000 nuorta. Neet-nuorten määrä on yksi Hyte-kertoimen[11] tulosindikaattoreista, jonka mukaan hyvinvointialueille ja kuntiin jaetaan Hyte-rahoitusta.

3.1.3 Aikuisikäiset

Työikäisillä merkittävä osa palveluita tuotetaan työterveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon toimesta. Julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävät asiakkaat ovat pääasiassa pienempituloisia ja laaja-alaisempi haasteita elämässään kokevia. Aikuisten osalta merkittävät haasteet liittyvät päihteidenkäytön, mielenterveyshaasteiden ja työttömyyden aiheuttamien palvelutarpeiden kokonaisuuteen sekä palvelutarpeiden ennakointiin ja asiakkaan kokonaisvaltaiseen palveluiden suunnitteluun ja palveluohjaukseen.

Työttömyys on kasvanut sekä Kanta-Hämeessä että valtakunnallisesti. Kanta-Hämeessä työttömien työnhakijoiden osuus oli 13,2 % tammikuussa 2025, kun se valtakunnallisesti oli 12,0 %. Suomessa työttömiä työnhakijoita oli yhteensä 325 800, mikä on 34 600 enemmän kuin vuotta aiemmin. Kanta-Hämeessä oli tammikuussa 2025 yhteensä 8 959 työtöntä työnhakijaa, mikä on 10 % enemmän kuin vuotta aiemmin. Myös nuorten ja ulkomaalaisten työttömien määrä on myös kasvanut viime vuodesta. Pitkäaikaistyöttömiä oli 2 785. Määrä on kasvanut 20 % vuodessa. Noin joka kolmas pitkäaikaistyötön on työkyvytön. Keskeistä on heidän tunnistamisensa sekä oikea-aikainen tukeminen.

~~~~~~~~

[11] Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuuden lisäosa eli **Hyte-kerroin** on taloudellinen kannustin kunnille ja hyvinvointialueille. Se tarkoittaa, että rahoituksen valtionosuuden suuruus määräytyy osaksi niiden tekemän hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön mukaan. Kerroin sisältää tulos- ja prosessi-indikaattoreita, joiden edistäminen edellyttää tiivistä yhteistyötä.
~~~~~~~~

Työtön väestönosa on sairaampaa, kuin työssä oleva väestö. Työttömyys heikentää terveyttä, lisää sairastavuutta ja aiheuttaa muita haitallisia tekijöitä, kuten köyhyyttä ja epäterveellisiä elintapoja. Pitkäaikaistyöttömyys syrjäyttää pysyvästi työvoimasta ja heikentää työ- ja toimintakykyä. Työelämän ulkopuolella olevilla vakava psyykkinen kuormittuneisuus ja taloudelliset vaikeudet ovat yleisempiä kuin koko väestössä.

ARA:n asunnottomuusraportin [9] mukaan asunnottomuus Kanta-Hämeessä on suhteellisen vähäistä ja keskittyy kaupunkeihin: Hämeenlinnaan, Riihimäelle ja Forssaan. Sosiaalihuollon ammattilaisten arvion mukaan alueella ei ole ulkona asuvia asunnottomia, mutta tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona asuvien määrästä ei ole tarkkaa tietoa. Systemaattinen henkilöperusteinen laskenta puuttuu.

Asunnottomuus aiheuttaa merkittäviä inhimillisiä kärsimyksiä ja lisää terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Asunnottomien riski kuolla ennenaikaisesti ja joutua väkivallan uhriksi on korkea. Väitöskirjatutkimuksen mukaan asunnottomilla oli huomattavasti enemmän päivystyksiä ja sairaalapäiviä verrattuna verrokkiryhmään. Asunnottomuus altistaa myös rikollisuudelle.

Kanta-Hämeessä sijaitsee neljä vankilayksikköä, ja vapautuvien vankien määrä vaikuttaa myös asunnottomuuteen. Kolmannes vapautuvista vangeista vapautuu asunnottomana, mikä korostaa hyvinvointialueiden roolia tukiverkon rakentamisessa. Erityisen hankalassa asemassa ovat vankilasta vapautuvat naiset ja nuoret.

Asunnottomuus on usein seurausta varsin monisyisistä perhesuhteiden, taloudellisten haasteiden ja henkilökohtaisten ongelmien ketjuista. Rikkonaiset perhesuhteet, riitaiset erot ja puutteelliset tukiverkot muodostavat keskeisen taustan asunnottomuudelle. Ylisukupolviset ongelmat, lastensuojelutausta ja arjen hallinnan haasteet lisäävät riskiä ajautua asunnottomuuteen. Asunnottomuuden taustalla nähdään olevan usein syvälle juurtuneita ongelmia, jotka vaativat myös laaja-alaista, pitkäjänteistä tukea ja erilaisia interventioita eli toimenpiteitä, joilla pyritään ongelmiin vaikuttamaan. Kyselytutkimuksessa Kanta-Hämeen vastauksissa asunnottomien sosiaalisissa olosuhteissa korostuivat erityisesti alkoholin ongelmakäyttö, mielenterveysongelmat ja vuokravelat.

3.2.4. Ikääntyneet ja vanhuusikäiset (+65)

Ikääntyneiden määrä kasvaa Kanta-Hämeessä voimakkaasti, noin 15 % vuosina 2020–2030. Maakunnan väestö ikääntyy valtakunnallista keskiarvoa nopeammin. Väestörakenteen muutos on suurinta Forssan seudulla ja pienintä Hämeenlinnassa. Vuonna 2030 ikääntyvän väestön osuus Forssan seudulla tulee olemaan noin 35 % väestöstä.

Sotkanetin tilastojen mukaan terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus Kanta-Hämeessä 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa on 56,6 %, kun koko maan lukema on 54,3 %. Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä on 13,4 %, koko maan lukeman ollessa 10,1 %.

Väestön ikääntyessä lisääntyy myös muistisairausdiagnoosin saaneiden ikääntyneiden määrä. Runsaalla alkoholin käytöllä sekä tupakoinnilla on vaikutusta muistisairauksien syntyyn. Tilastollisesti Kanta-Hämeessä yli 65-vuotiaiden AUDIT-C-testin mukainen kohonnut riski alkoholihaitoille oli 42,9 %, koko maan lukeman ollessa

11,6 %. Kanta-Hämeessä asuvat 75 vuotta täyttäneet kokivat muistinsa huonommaksi verrattuna ikäisiinsä muualla maassa.

Muistisairauden riskissä oleville kohdennettu elintapaneuvonta parantaa toimintakykyä ja voi siirtää mahdollisen muistisairauden puhkeamista jopa viidellä vuodella. Jopa kolmannes muistisairauksista voisi olla ehkäistävissä hallitsemalla riskitekijöitä. [10]

Noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt tarvitsee erilaisia säännöllisiä palveluja johtuen toimintakyvyn heikkenemisestä. Säännöllisten palveluiden tarve on suurempi 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, jossa hieman yli puolet tarvitsee ulkopuolista apua arkeensa. 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmän ennustetaan kasvavan eniten väestöennusteissa. [11]

	Vuosi	75-v. täyttänyt väestö 31.12.	85-v. täyttänyt väestö 31.12.
Koko maa	2026	694251	181209
	2030	766645	206262
	2035	829237	283333
	2040	875981	322471
	2045	894677	343557
Kanta-Hämeen hyvinvointi-alue	2026	24562	6404
	2030	27089	7219
	2035	29367	10047
	2040	31175	11443
	2045	32021	12204

Lähde: Tilastokeskus, 14wx - Väestöennuste 2024: Väestö iän ja sukupuolen mukaan alueittain, 2024–2045.

Vähävaraiset ikäihmiset ovat usein tilanteessa, jossa vaikeudet kasaantuvat. Köyhyys aiheuttaa helposti terveydellisiä ongelmia, sosiaalista eristäytymistä, yksinäisyyttä, turvattomuutta ja digisyrjäytymistä. Monet iäkkäät sinnittelevät pienellä eläkkeellä. Eläkeläisistä 40 % saa eläkettä alle 1250 euroa kuukaudessa. ja tätäkin pienemmällä tuloilla pyritään selviämään arjen kustannuksista. Täysimääräinen kansaneläke on yksin asuvalle henkilölle 783,42 euroa kuukaudessa. Takuueläkkeen kanssa eläkkeen määräksi muodostuu 986,30 euroa kuukaudessa niin yksin kuin puolison kanssa asuvalle.

Terveydenhuollon, lääkkeiden ja suunhoidon kustannukset ovat kalliita, ja ne aiheuttavat myös ikääntyneiden velkaantumista. Suun terveys voidaan jättää kokonaan hoitamatta, jolla on merkitystä muulle iäkkään terveydelle ja hyvinvoinnille. Vuoden alku voi olla taloudellisesti vaikeaa aikaa, kun kaikkien maksukattojen (lääkekustannusten maksukatto vuonna 2025 on 633,17 €) kertyminen alkaa alusta.

Köyhyydellä on vaikutuksia myös sosiaalisiin suhteisiin sekä perhesuhteisiin. Toisinaan ikäihmisen köyhyys aiheutuu perheenjäsenen taloudellisesta hyväksikäytöstä tai avuntarpeesta. Omaisten auttaminen voi aiheuttaa velkaantumista.

Köyhyys ja varattomuus aiheuttavat häpeää, huonommuuden tunnetta ja yksinäisyyttä. Elämä voi tuntua merkityksettömältä ja elinpiiri supistuu, kun vähävaraisena jää

sosiaalisten tapahtumien ulkopuolelle. Osallistumismaksu voi muodostaa esteen osallistumiselle esimerkiksi retkelle. Myös ilmaiseen toimintaan osallistuminen voi olla mahdotonta, jos julkisen liikenteen puuttuessa liikkumiseen muulla tavoin ei ole varaa.

Ikääntyneiden parisuhdeväkivalta on yleinen, mutta vaiettu ongelma. Turvaton omaishoito pahentaa perussairauksia ja heikentää toimintakykyä sekä eliniän odotetta.

3.2 Sairastavuus ja terveyserot

Suomalaisten terveydentila on keskimäärin parempi kuin koskaan, mutta terveyden eriarvoisuus on kasvanut. Suomessa on merkittäviä sosioekonomisia eroja niin väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa, kuin palveluiden käytössä ja saatujen palveluiden laadussa.

Yhteiskunnan ja hyvinvointialueen taloudellisen kestävyyden kannalta olennaisia ovat sairauksien seuraukset sekä niiden vaikutukset toiminta- ja työkykyyn, elämänlaatuun, palvelutarpeeseen ja sitä kautta hyvinvointialueen kustannuksiin. Kansanterveyden edistämisessä sairauksien hoitoa edullisempaa on ennaltaehkäisy.

Perinteisiin terveyden riskitekijöihin lukeutuu joukko elintapoja, kuten tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö, huono ravitsemus ja liikunnan puute. Lisäksi korkea verenpaine, ylipaino ja diabetes voidaan perustellusti sisällyttää terveyden riskitekijöihin. Riskitekijöiden ennustetaan yleistyvän vuoteen 2040 mennessä.

3.2.1 Kansantaudit Suomessa ja Kanta-Hämeessä

Kansantaudit ovat yleisiä sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle. Kansantaudit vaikuttavat työkykyyn ja niiden hoito vaatii terveydenhuollon palveluita. Kansantaudit ovat myös yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia.

Suomessa yleisimpiä kansantauteja ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma, syöpä, mielenterveysongelmat ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Liikalihavuus on merkittävästi kasvava ongelma, mikä lisää riskiä sairastua muihin kansansairauksiin, kuten tyypin 2 diabetekseen ja sydän- ja verisuonitauteihin. Suomessa on tehty paljon työtä näiden sairauksien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi, kuten terveysvalistus, seulontaohjelmat ja hoitomahdollisuuksien parantaminen. Näiden haasteiden ratkaisemiseksi tarvitaan monipuolisia ja kattavia toimenpiteitä, jotka tukevat yksilöiden terveyttä ja hyvinvointia.

Alla olevassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemasta teoksesta *Kansallinen terveysindeksi 2020-2022* [12] poimitussa taulukossa on kuvattuna sairastavuusindeksi vuosina 2020–2022. Koko maan indeksilukema kaikissa indekseissä on 100 ja esimerkiksi Kanta-Hämeen sairastavuusindeksi on 99.

Hyvinvointialue	Sairastavuus	Aivoverisuonitauti	Alkoholisairaus	Diabetes	Keuhkosairaus	Mielenterveys	Muistisairaus	Sepelvaltimotauti	Syöpä	Tapaturma	Tuki- ja liikuntaelinsairaus
Pohjois-Savo	117	101	121	112	111	140	112	106	96	73	134
Pohjois-Karjala	113	96	141	113	116	113	102	122	94	108	125
Pohjois-Pohjanmaa	111	105	95	105	106	122	117	119	101	95	120
Kainuu	110	116	127	106	120	99	118	117	91	122	122
Lappi	109	105	100	103	106	114	103	127	99	115	115
Kymenlaakso	107	111	116	102	92	100	115	104	105	128	111
Etelä-Pohjanmaa	107	106	96	117	114	105	108	116	106	98	114
Etelä-Karjala	107	117	143	99	91	101	91	129	103	115	97
Etelä-Savo	104	104	116	107	101	105	104	121	90	98	109
Päijät-Häme	103	116	115	88	99	100	103	94	105	103	102
Keski-Pohjanmaa	102	98	110	110	116	86	120	125	101	131	94
Keski-Suomi	102	114	103	102	107	105	97	107	92	89	103
Varsinais-Suomi	100	93	93	97	97	104	97	89	104	109	101
Pirkanmaa	100	89	105	104	110	102	97	91	97	90	104
Kanta-Häme	99	111	94	103	109	93	94	84	102	105	110
Satakunta	96	112	98	105	95	87	88	102	99	97	101
Keski-Uusimaa	95	88	97	105	111	86	103	105	101	101	88
Vantaa ja Kerava	92	96	99	101	94	89	100	79	101	94	83
Helsinki	92	89	90	84	85	98	100	83	102	102	73
Itä-Uusimaa	90	95	100	96	97	75	96	92	104	100	87
Länsi-Uusimaa	87	94	84	94	85	78	89	81	101	101	80
Pohjanmaa	87	99	57	90	92	80	80	110	100	95	85

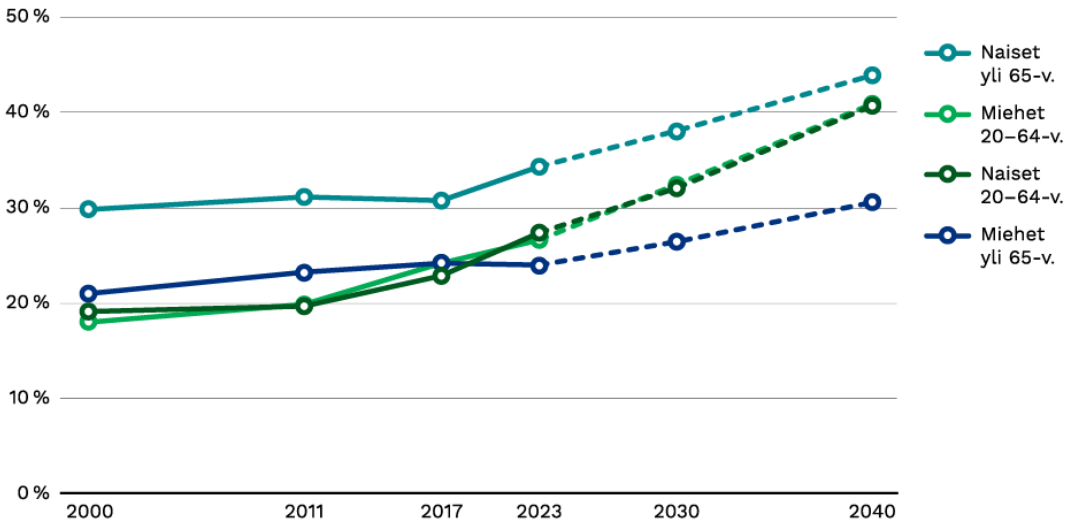
Heikoimmat ja koko maan tasoa heikommat indeksiluvut Kanta-Hämeen osalta ovat hyvinvointialuevertailun tarkastelujaksolla koostuneet aivoverisuonitaudeista (111), tuki- ja liikuntaelinsairauksista (110), keuhkosairauksista (kuten keuhkoahtauma ja uniapnea) (109), tapaturmista (105), diabeteksesta (103) ja syöpäsairauksista (102). Useimpiin näistä voitaisiin vaikuttaa ennaltaehkäisevästi elintavoilla eli terveellisemmällä ravitsemuksella, liikkumisella ja päihteettömyydellä.

Näiden perusteella Kanta-Hämeen hyvinvointialueella merkittävimmiksi kansantaudeiksi voidaan luokitella ylipaino ja lihavuus, syöpätaudit, mielenterveyshaasteet ja muistisairaudet.

3.2.2 Ylipaino sekä lihavuus Suomessa ja Kanta-Hämeessä

Lihavuus on yleistynyt Suomessa, erityisesti työikäisillä ja nuorilla aikuisilla. Lihavuus lisää riskiä sairastua lukuisiin sairauksiin, kuten tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, astmaan, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, dementiaan, masennukseen, uniapneaan sekä useisiin syöpäsairauksiin. Lihavuus aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Jo tällä hetkellä lihavuudesta aiheutuu terveydenhuollolle vuosittain runsaan miljardin euron lisämenot.

Kanta-Hämeessä lihavuus on yleisempää kuin muualla Suomessa. Lihavuuden yleisyyden ennustetaan kasvavan 40 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä, ellei kasvua saada pysäytettyä. Vuonna 2022 Kanta-Hämeen 25–74-vuotiaista lihavien osuus oli miehistä 26,9 % ja naisista 28 %. Ennuste vuodelle 2030 on 30,3 % (miehet) ja 31 % (naiset). Lihavuuden lisääntyminen aiheuttaa tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta. Vuonna 2032 tyypin 2 diabetesta sairastavien miesten osuus on 8,6 % väestöstä ja naisten osuus on 5,9 %. Ennusteen mukaan sepelvaltimotaudin osalta vastaavat luvut olisivat 8,5 % (miehet) ja 3,7 % (naiset), mikäli lihavuusennuste toteutuu. [13]



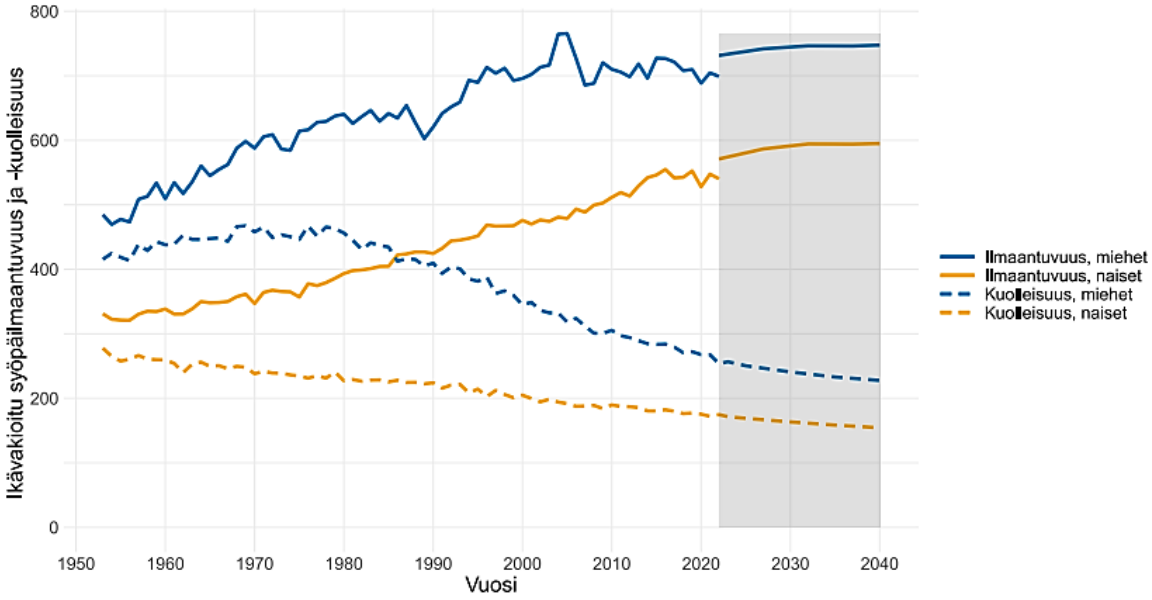
Taulukko yllä on THL:n julkaisemasta teoksesta *Ratkaisuja kestävän yhteiskunnan rakentamiseen : väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025* [13]

Lihavuuden ehkäisy ja hoito on tärkeää kaikissa ikäryhmissä, koska lihavuudella on merkittäviä fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia sekä yksilöille että yhteiskunnalle. Tämä edellyttää alueellisten moniammatillisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen luomista eri toimijoiden välillä, henkilökunnan jatkuvaa kouluttamista sekä

laihdutus- ja painonhallintaryhmien järjestämistä. Pääosa lihavuuden hoidosta toteutetaan perusterveydenhuollossa.

3.2.3 Syöpätaudit Suomessa ja Kanta-Hämeessä

Syöpätautien määrä on kasvanut [14] osittain väestön ikääntymisen vuoksi. Lisäksi elintavat, kuten tupakointi, alkoholin käyttö, epäterveellinen ruokavalio ja vähäinen liikunta, vaikuttavat syöpäriskiin. Tämä on vaikuttanut siihen, että syöpähoidoissa ja seurannoissa olevien potilaiden määrä kasvaa. Lisäksi palliatiivisen hoidon ja osaamisen tarve lisääntyy.



Yllä olevassa taulukossa on ilmaistu Syöpäilmaantuvuus ja syövän aiheuttama kuolleisuus (100 000 henkilövuotta kohden ja ikävakioituna Suomen 2014 väestöön) vuosina 1953–2022 ja ennustettu kehitys vuoteen 2040 saakka sukupuolittain. Ilmaantuvuuden ennuste on esitetty myös vuodelle 2022 ja perustuu vuoteen 2019 asti havaittuun kehitykseen. Taulukko on poimittu teoksesta J. Pitkäniemi, N. Malila, S. Heikkinen, ja K. Seppä, *Syöpä 2022 - tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta*, Suomen Syöpäyhdistys, 2024.

Suomessa on kansalliset seulontaohjelmat rintasyövälle, kohdunkaulan syövälle ja suolistosyövälle. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella järjestetään kansallisen seulontaohjelman seulontoja ja pyritään varhaiseen toteamiseen.

Syöpätauteja on usein pidetty kalleimmin hoidettavana sairausryhmänä ainakin, kun katsotaan potilaan viimeisen elinvuoden kustannuksia. Halmisen väitöskirjassa osoitettiin, että kun mukaan otetaan sairaalapalvelujen lisäksi muut sotepalvelut, syöpäpotilaiden hoitoon kului vasta kolmanneksi eniten rahaa. Eniten rahaa kului dementiapotilaiden hoitoon. Dementian hoidon kustannuksista 68 prosenttia syntyi sosiaalihuollossa. Toiselle sijalle nousivat sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien hoito. [15]

3.2.4 Mielenterveyshaasteet Suomessa ja Kanta-Hämeessä

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat monimuotoinen sairausryhmä ja niitä todetaan lapsista aikuisiin. Kanta-Hämeessä 18–24-vuotiaista sairaalahoitoa mielenterveyssyistä on tarvinnut 9,9 1000 vastaavan ikäistä kohtaan. Sukupuolten välinen ero on suuri (miehet 6,8 % ja naiset 13,6 %). Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tuorein mielenterveysindeksi vuodelta 2023 on 96,3 %, joka on hieman maan keskiarvoa parempi.

Mielenterveydenhäiriöiden synnyssä on merkitystä sekä perintö- että ympäristötekijöillä. Mielenterveyspalvelujen asiakkaiden toimintakyky on usein heikentynyt, mikä on huomioitava palveluja järjestettäessä. Palveluissa käyntitiheys voi olla tiheä ja asiakkuudet ovat usein pitkäaikaisia. Videovastaanottojen käyttö voi olla osa asiakkaan palvelupolkua.

3.2.4.1 Lasten mielenterveyden häiriöt

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella lastenpsykiatria hoitaa alle 13-vuotiaita ja tällä hetkellä asiakkaita yhteensä noin 700. Lasten määrä alueella on vähenemässä, mutta mielenterveyspalveluiden tarpeen arvioidaan pysyvän ennallaan mm. seuraavista syistä:

- Yhteiskunnan polarisoituminen on lisääntynyt, jolloin huono-osaisten ja psyykkisesti oireilevien perheiden tilanteet ovat entistä komplisoituneempia ja vaikeaoireisempia. Tämä kuormittaa lastenpsykiatriaa ja lisää yhteisasiakkuuksia lastensuojelun kanssa. Lasten aggressiivinen käytös eri muodoissaan on muuttunut vakavammaksi sekä tunteiden säätelyn haasteet ovat lisääntyneet.
- Lasten lisääntynyt somen käyttö on lisännyt nuorisotyyppisten oireiden (itsetuhoisuus, viiltely, syömishäiriöt, päihteiden käyttö) ”valumista” entistä nuorempiin ikäluokkiin. Opettajien auktoriteettiaseman heikentyminen, itseohjautuvuuden odotukset, suuret ryhmäkoot ja aikuisten puute lisää lasten psyykkistä oireilua. Erityisesti koronavuosien jälkeen koulupudokkaiden määrä, pakko-oireiset häiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt ja valikoiva puhumattomuus ovat lisääntyneet.
- Lasten lisääntynyt pelikonsoli- ym. pelaaminen lisää levottomuutta, aggressiivisuutta, keskittymisvaikeuksia, unihäiriöitä ja kiusaamista. Vanhempien runsas ruutuaika, päihteet, perheväkivalta ja erot heikentävät vanhempien kykyjä toimia turvallisena aikuisena. Tietynlaiset vanhemmuustrendit (odotetaan lasten itsenäistyvän varhain, ”neuvotellaan lapsen kanssa asioista”, aikuinen ei ole selkeä auktoriteetti) lisäävät lasten uhmakkuus/käytösoireilua ja ADHD-tyyppistä oireilua.
- Alueella on paljon lastensuojelulaitoksia ja myös perheitä, joihin on sijoitettu lapsia muilta hyvinvointialueilta. Sijoitetuilla lapsilla on muita enemmän psyykkistä oireilua.
- Myös maahanmuuttajilla on muuta väestöä enemmän traumoja sekä kehityksellisiä ja neuropsykiatrisia häiriöitä.

Perheiden tilanteet polarisoituvat ja vaikka lapsia syntyy vähemmän, osalla heistä kasvuolosuhteet ovat aiempaa haastavammat, mikä lisää lasten mielenterveysoireilua. On tärkeää tehostaa ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista lisäämällä yhteistyötä perustason palveluiden (perhepalvelut, lastensuojelu, sijaishuolto) kanssa.

Lastenpsykiatrian palveluita tulee kehittää potilastarpeiden mukaan. Mikäli tulevaisuudessa lastenpsykiatristen palvelujen kysyntä tasaantuu, hoidon painopistettä olisi tärkeä siirtää enemmän alle kouluikäisiin lapsiin, jolloin pystyttäisiin ehkäisemään vakavampien häiriöiden kehittyminen myöhemmässä ikävaiheessa.

3.2.4.2 Nuorten mielenterveyden häiriöt

Nuorten mielenterveyshäiriöt ovat lisääntyneet rajusti ja ennakoimattomasti viime vuosina Kanta-Hämeen alueella. Erityisesti ovat lisääntyneet itsetuhoisuuden oireet, syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, koulupelko, autismikirjon häiriöt, traumaperäiset oireet ja vakavat päihdehäiriöt. ADHD- ja käytöshäiriödiagnoosit ovat vähentyneet erikoissairaanhoidossa, koska niiden hoito ja kuntoutus on painottunut perustasolle (perhekeskuspalvelut).

Mielenterveyssyistä sairaalahoitoa saaneiden 0–17-vuotiaiden määrä 1000 vastaavan ikäistä kohti oli 6 Kanta-Hämeessä vuonna 2023, kun koko maassa vastaava luku oli 4,8.

Tulevaisuudessa nuorten määrä on alueella vähenemässä (27 % vuoteen 2040 mennessä). Kanta-Hämeen hyvinvointialueella sijaitsee kuitenkin yli 30 lastensuojelunyksikköä, joihin on sijoitettu ulkopaikkakuntalaisia, joiden mielenterveysongelmat on hoidettava sijoituspaikkakunnan mukaan hyvinvointialueella. Perustason palveluita (Oma Voima) kehitetään voimakkaasti ja tavoitteena on, että erikoissairaanhoidon hoidossa oleva osuus ikäluokasta pienenisi.

Mikäli nuorisopsykiatrian lähetemäärät kääntyvät tavoitteen mukaisesti laskuun, voidaan yläikärajaa Kanta-Hämeen hyvinvointialueella nostaa kohti THL:n suosittelemaa 23 ikävuotta. Tämä vähentää painetta psykiatrian erikoissairaanhoidossa ja siten parantaa palvelun saatavuutta tässä erittäin haavoittuvassa ikäryhmässä.

3.2.4.3 Aikuisten mielenterveyden häiriöt

Kanta-Hämäläisillä 20–64-vuotiailla on enemmän merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta kuin saman ikäisillä koko maan tasolla (Kanta-Häme 24 %, koko maa 19,3 %). Tämä indikaattori kuvaa mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä alueella. Vastaavan ikäisten ryhmässä mielenterveyssyistä terveyspalveluja käyttäneiden määrä on kuitenkin Kanta-Hämeessä alhaisempi (15,8 %) kuin koko maassa (16,2 %).

Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden 65 vuotta täyttäneiden ero Kanta-Hämeen ja koko maan välillä on vähän pienempi, kuin ero työikäisten välillä. Terveyspalveluja mielenterveyssyistä tuossa ikäryhmässä mielenterveyssyistä käytetään Kanta-Hämeessä samalla tasolla kuin koko maassa.

Psykiatrian palveluissa eniten ovat lisääntyneen ahdistuneisuushäiriö-, masennus- ja opiaattiriippuvuusdiagnoosit. Psykoosisairauksien ilmaantuvuus näyttää vakiolta. Muutokset noudattavat valtakunnallisia trendejä, eikä näytä siltä, että nousu olisi taittumassa.

Tulevaisuudessa hyvinvointialueella psykiatrian osastopaikkoja on THL:n suosituksen mukainen määrä 0,48/1000 asukasta. Sen arvioidaan riittävän ns. raskaan psykiatrian eli vaikeiden mieliala- ja psykoosihäiriöiden hoitoon. Vapautuneen resurssin avulla perustetaan Tehostetun avohoidon yksikkö, joka vastaa erityisesti ahdistus- ja masennushäiriöisten hoidontarpeeseen. Hoidon painopistettä pyritään siirtämään perustasolle eli etulinjaan. Siellä potilaalle pyritään heti perusterveydenhuoltoon hakeutuessa antamaan vaikuttava hoito, jotta oirekuva ei ehdi pahenemaan. Psykiatria järjestää hoidonporrastuksen mukaisesti erikoissairaanhoidon palvelut kaikkein sairaimmille. Järjestöjen panos ja rooli yhteistyössä on merkittävä.

3.2.5 Päihteet ja päihdeongelmat Kanta-Hämeessä

Raittius on lisääntynyt nuorilla. Kaikkein voimakkain muutos positiiviseen suuntaan on lukiolaisilla.

Alkoholia liikaa käyttävien työikäisten osuus on Kanta-Hämeessä samaa luokkaa (30,4 %) kuin maassa keskimäärin ja suuntaus on hieman laskeva. Poikkeuksena on korkeasti koulutettujen joukossa näkyvä muutaman prosenttiyksikön kasvu.

Humalahakuinen juominen on Kanta-Hämeessä lisääntynyt matalan ja keskitason koulutuksen saaneilla. Korkeasti koulutettujen humalahakuinen juominen on vähentynyt ja lähes puolittunut (5,5 %).

Vanhemman liiallisesta alkoholinkäytöstä kokee haittaa etenkin toisen asteen ammatillisen oppilaitoksessa opiskelevat tytöt (13,6 %). Niissä perheissä, joissa vanhemmat käyttävät liiallisesti päihteitä, esiintyy useammin mm. perheriitoja, väkivaltaa, lasten laiminlyöntiä ja turvattomuutta.

75 vuotta täyttäneiden alkoholia käyttävien osuus on laskenut aiemmasta (20,3 %) selvästi (14,6 %).

Tupakointi ja nikotiinituotteiden käyttö on Kanta-Hämeessä menossa huonompaan suuntaan. Erityisesti nikotiinipussien käyttö on yleistynyt. Päivittäin tupakka- tai nikotiinituotteita käyttää 20–64-vuotiaista kantahämäläisistä viidennes, mikä on kaikkein suurin osuus kaikkien hyvinvointialueiden vertailussa.

Tupakointi on Suomessa merkittävä syy useisiin sairauksiin ja ennenaikaiseen kuolemaan. Merkittävimmät tupakoinnin aiheuttamat sairaudet ovat syöpä-, hengityselin-, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet sekä suun sairaudet. Tupakointi lisää myös hieman sairastumista vakaviin mielenterveyshäiriöihin. Tupakointi on merkittävin ehkäistävissä oleva ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja. Huomioitavaa on uusien nikotiinituotteiden käytön (nikotiinipussit ja sähkösavukkeet) lisääntyminen merkittävästi, joten tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota tupakoinnin lisäksi uusien nikotiinituotteiden käytön haittoihin.

Päihdehäiriöiden[12] lisääntyminen viime vuosina näkyy kaikilla mittareilla. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen terveysneuvontapisteissä asioivien huumeidenkäyttäjien määrä/10 000 asukasta kasvoi 320 % vuodesta 2021 vuoteen 2022. Uusien opiaattikorvaushoitojen aloitukset ovat lisääntyneet alueella 58 % vuodesta 2021 vuoteen 2024.

Poliisin tietoon tulleet huumausainerikokset 10 000 asukasta kohden ovat lisääntyneet alueella 11 % vuodesta 2022 vuoteen 2023. Päihdepalveluiden asukkaiden määrä tuhatta asukasta kohden kasvoi alueella 480 % vuodesta 2022 vuoteen 2023.

Vuoden 2024 THL:n tekemän jätevesitutkimuksen perustella vaikuttaisi siltä, että kokaiinin käyttö Hämeenlinnassa on lisääntynyt aiempiin mittauksiin nähden ja muutenkin huumausainejäämien määrä oli kasvussa – tosin vähän maltillisemmassa kuin monissa muissa kaupungeissa.

Tulevaisuudessa päihdehuollon päivätoiminnan asiakasmäärä kasvaa koko ajan, kuten myös asunnottomuus ja muut päihteiden käyttäjien sosiaaliset ongelmat. Huumeriippuvaisten osuus katkaisu- ja vieroitushoidossa kasvaa koko ajan. Sen sijaan alkoholikuolemat eivät ole lisääntyneet ja alkoholiriippuvuus-diagnoosien määrä on laskussa.

Päihdeongelmien tunnistamista tulee parantaa kaikissa palveluissa. Katkaisu- ja vieroitushoidon tarve tulee lisääntymään ja selviämisasemapalveluille on tarvetta. Ikäihmisten päihdehoidon kehittäminen on tärkeää, sillä alkoholin ongelmakäyttäjien määrän ja erityisesti naisten osuuden odotetaan kasvavan.

3.2.6 Muistisairaudet

Muistisairaudet ovat monimuotoinen sairausryhmä, mikä on melko harvinaisia työikäisellä väestöllä, mutta yleistyy voimakkaasti 75 ikävuoden jälkeen. Väestön ikääntymisen myötä muistisairaiden henkilöiden määrä kasvaa lähivuosikymmeninä merkittävästi. Yleisimmät muistisairaudet ikääntyneellä väestöllä ovat Alzheimerin tauti sekä aivoverisuonisairaus.

Muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireiden etenemistä ja toimintakyvyn heikentymistä voidaan hidastaa. Muistisairaudet heikentävät asteittain henkilön itsenäistä kykyä huolehtia arjestaan, omista perustarpeistaan, perussairauksien hoidosta sekä asioinnistaan SOTE-palveluissa, kuten sähköisten palveluiden käytössä. Läheiset ja omaiset ovat usein tiiviisti mukana yhteistyössä sekä huolehtivat puolesta asioinnista. Läheis- ja omaishoitajat muodostavat myös oman erityisryhmänsä ja heitä tukemalla vähennetään julkisten palveluiden käyttöä. Muistisairauksien asianmukainen hoito parantaa elämänlaatua sekä vähentää

~~~~~~~~

[12] **Päihdehäiriöt** ovat päihteiden käytön aiheuttamia mielenterveydenhäiriöitä, joiden syntymiseen vaikuttavat niin psykologiset, sosiaaliset kuin biologisetkin tekijät. Yhteistä kaikille päihdehäiriöille kuitenkin on se, että niitä ei voi kehittyä ilman altistumista päihteelle. Melkein mikä tahansa päihde voi aiheuttaa melkein minkä tahansa päihdehäiriön.
~~~~~~~~

epätarkoituksenmukaista sote-palveluiden käyttöä ja hidastaa toimintakyvyn heikentymistä.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella muistisairauksien esiintyvyysindeksi on 99, mikä tarkoittaa, että sairastavuus vastaa lähes koko maan tasoa. Vuonna 2021 Suomessa oli noin 150 000 muistisairauksia sairastavaa henkilöä ja vuonna 2040 määrän ennustetaan olevan lähes 250 000. Tämä on 64 prosentin kasvu vuoteen 2021 verrattuna. Kanta-Hämeessä muistisairaita oli vuonna 2021 4937 henkilöä ja THL:n ennusteen mukaan vuonna 2040 esiintyvyys ylittää 8000 henkilöä.

Muistisairausdiagnoosit (THL v. 2021 esiintyvyys ikäryhmittäin)

Koko Suomi	2021	2025	2030	2035	2040
30-65	8 110	7 982	7 985	8 315	8 906
65-74	21 752	20 794	20 623	20 173	18 997
75-84	56 653	68 347	75 874	73 914	74 943
85+	64 314	69 330	84 155	115 599	131 568
yhteensä	**150 829**	**166 454**	**188 636**	**218 001**	**234 414**

Kanta-Häme	2021	2025	2030	2035	2040
30-65	265	255	246	246	256
65-74	762	726	724	714	665
75-84	1 983	2 419	2 690	2 616	2 672
85+	2 281	2 436	2 945	4 099	4 669
yhteensä	**5 291**	**5 835**	**6 606**	**7 675**	**8 261**

Väestöennuste (Tilastokeskuksen v. 2024 väestöennuste)

Koko Suomi	2021*	2025	2030	2035	2040
30-65	2 460 199	2 530 408	2 585 532	2 674 147	2 809 889
65-74	702 981	672 019	666 480	651 935	613 934
75-84	418 422	504 794	560 383	545 904	553 510
85+	157 633	169 928	206 262	283 333	322 471
yhteensä	3 739 235	3 877 149	4 018 657	4 155 319	4 299 804
koko väestö	*5 548 241*	*5 670 224*	*5 789 834*	*5 899 586*	*5 999 124*

Kanta-Häme	2021*	2025	2030	2035	2040
30-65	75 052	74 092	72 550	72 452	74 558
65-74	24 629	23 465	23 403	23 068	21 488
75-84	14 647	17 864	19 870	19 320	19 732
85+	5 590	5 970	7 219	10 047	11 443
yhteensä	119 918	121 391	123 042	124 887	127 221
koko väestö	*170 213*	*169 035*	*167 806*	*167 488*	*167 896*

*) todellisen väestötilaston mukaan

Muistisairastumisriskiä voidaan pienentää elintapainterventioilla. Kyse on pitkälti samoista elintavoista, kuin muiden kansansairauksien ennaltaehkäisyssä

3.3 Turvallisuus

Sosiaalisista muutosilmiöistä turvallisuuteen vaikuttavat erityisesti sosiaalisen ja yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kasvu sekä väestön monimuotoistuminen ja vanheneminen.

Globaalin turvallisuusympäristön näkökulmasta muutosilmiöinä nousevat esiin terrorismi, hybridivaikuttaminen sekä pakolaisuus.

Demokratian murrokseen puolestaan kytkeytyvät ääriliikkeiden ja ideologioiden nousu, suoran kansalaisosallistumisen lisääntyminen, sosiaalinen media sekä laillisuuden ja yhteiskunnallisen luottamuksen kyseenalaistuminen [16]

3.3.1 Demografiset muutokset

Demografiset muutokset[13] vaikuttavat myös alueen turvallisuuteen. Sote-palveluiden lisäksi myös pelastustoimen on jatkuvasti sopeuduttava muutoksiin ja varmistettava, että palvelut ovat saatavilla ja tehokkaita kaikilla alueilla. Väestön keskittyminen kaupunkeihin ja maaseudun väestön väheneminen voivat johtaa alueellisiin eroihin turvallisuudessa ja vaikuttavat pelastustoimen resurssien jakamiseen. Tiheästi asutuilla alueilla on enemmän palvelutarpeita ja suurempi riski onnettomuuksille, kun taas harvaan asutuilla alueilla haasteena on palveluiden saatavuus ja nopea tavoitettavuus. [17]

Ikääntyvä väestö tarvitsee enemmän terveydenhuoltopalveluja, mikä voi lisätä ensihoitopalveluiden kysyntää. Ikääntyneet voivat myös olla alttiimpia onnettomuuksille, kuten kaatumisille, mikä vaatii pelastustoimelta erityistä varautumista ja resursseja. [18]

Maahanmuutto voi tuoda mukanaan kulttuurista ja etnistä monimuotoisuutta, mikä on huomioitava myös yhteiskunnan turvallisuuden näkökulmasta. Syrjintä ja integroitumisvaikeudet voivat johtaa sosiaalisiin jännitteisiin [19]. Myös erot turvallisuuskulttuurissa voivat olla haaste pelastustoimelle ja lisätä ennaltaehkäisen toiminnan tarvetta.

Pelastustoimen kiireellisten tehtävien määrä Kanta-Hämeessä on korkeampi kuin keskimäärin, mikä voi viitata tarpeeseen tehostaa ennaltaehkäiseviä toimia [20]. Erityisesti ikääntyneiden määrän kasvu vaatii erityistä huomiota onnettomuuksien ehkäisytyössä ja mm. kaatumisten ja kotona tapahtuvien onnettomuuksien ehkäisyyn tulee panostaa enemmän. Henkilöstöä tulee kouluttaa tunnistamaan erilaisten väestöryhmien erityistarpeet [21].

~~~~~~~~

[13] **Väestöllinen muuntuminen** on luonnollisen väestönkasvun tarkastelua, jossa tarkastellaan väestönkasvua yleisen syntyvyysluvun ja yleisen kuolevuusluvun avulla.
~~~~~~~~

3.3.2 Ekologinen kriisi ja sen vaikutukset

Ilmastonmuutos aiheuttaa sekä terveys- että turvallisuushaittoja Suomessa. Muutokset näkyvät mm. lisääntyneinä hellejaksoina, rankkasateina, liukastumistapaturmina, vesivälitteisinä epidemioina ja rakennusten kosteusvaurioina. Lisäksi allergisoivien kasvien lajisto muuttuu ja kasvukausi pitenee.

Sään ääri-ilmiöiden yleistyminen lisää pelastustoimen hälytystehtävien määrää ja vaatii erityistä osaamista ja kalustoa. Kasvava tehtävämäärä sitoo henkilöstöä ja kalustoa, mikä voi johtaa resurssipulaan vakavissa tilanteissa. Suurimmat vaikutukset saattavat kuitenkin aiheutua siirtolaisvirroista, sillä ilmastonmuutoksen odotetaan aiheuttavan jopa 1,2 miljardin siirtolaisen liikkeelle lähdön vuoteen 2050 mennessä.

Suomalaiset ovat maailman eniten kuluttavien joukossa. Soten osuus Suomen hiilijalanjäljestä on 6,5 %. Hankinnoilla on keskeinen rooli soten päästöissä, joista 78,5 % on epäsuoria eli tuotteiden ja materiaalien tuotantoketjuissa syntyneitä päästöjä.

Oma Hämeen hankintojen periaatteet –asiakirjassa (2023) linjataan, että ekologiset näkökulmat huomioidaan hankinnoissa silloin, kuin se on tarkoituksenmukaista. Lähtökohtana on, että kaikki hankinnat tehdään mahdollisimman ympäristöystävällisesti ja hankintojen ympäristövaikutuksia arvioidaan mahdollisuuksien mukaan, huomioiden kaikki tuotteen tai palvelun elinkaareen liittyvät ympäristövaikutukset. Pyrkimyksenä on hankintojen vähähiilisyys. Hankintojen vastuullisuuden lisäämistä tavoiteltiin vuonna 2024, mutta tavoite ei säästöpaineiden vuoksi toteutunut. Kehitettävää on, sillä hankintojen ekologisuutta ei ole säännönmukaisesti arvioitu eikä ekologisia laatukriteereitä ole säännönmukaisesti asetettu.

3.3.3 Tietoturva ja hybridivaikuttaminen

Tietotekniikan kasvanut rooli kiinteänä osana julkishallinnon palvelutuotantoa lisää riskiä palveluiden jatkuvuuteen liittyen, mm. erilaisten tietoturvauhkien ja kyberhyökkäyksien muodossa. Uhkina nähdään palvelutuotannon keskeytyminen tai käytössä olevien tietojen luotettavuuden vaarantuminen. Kansallisesti julkishallinnon palveluiden osalta tasapainoillaan keskitettyjen ja hajautettujen palveluiden välillä; Paikallisten palveluiden ja pilvipalveluiden välille haetaan toisaalta tietoturvariskiä minimoivaa ja samalla jatkuvuutta maksimoivaa tasapainoa.

Valtiohallinto on täsmentänyt ohjausta ja valvontaa hyvinvointialueiden suuntaan. Valmiuteen ja varautumiseen liittyvää valvontaa tehdään paikallisesti, alueellisesti (yhteistyöalue) ja valtakunnallisesti. Valtiohallinto seuraa lisääntyvissä määrin alueiden kybervarautumisen tilannekuvaa.

Ennakkovarautumisen keskeisenä ja lisääntyvänä osana toimii hankintavaiheessa tehtävä varautuminen palvelutuotannon jatkuvuuteen ja toimittajien luotettavuuteen mm. ennakkoauditointien ja sopimuksellisen varautumisen keinoin.

Erityisen merkittävä riski on ikääntyneiden palveluiden jatkuvuus. Kotiin vietävien palveluiden, erityisesti digitaalisten palveluiden, käyttö laajenevissa määrin luo uusia riskejä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelutuotantoon. Kotona

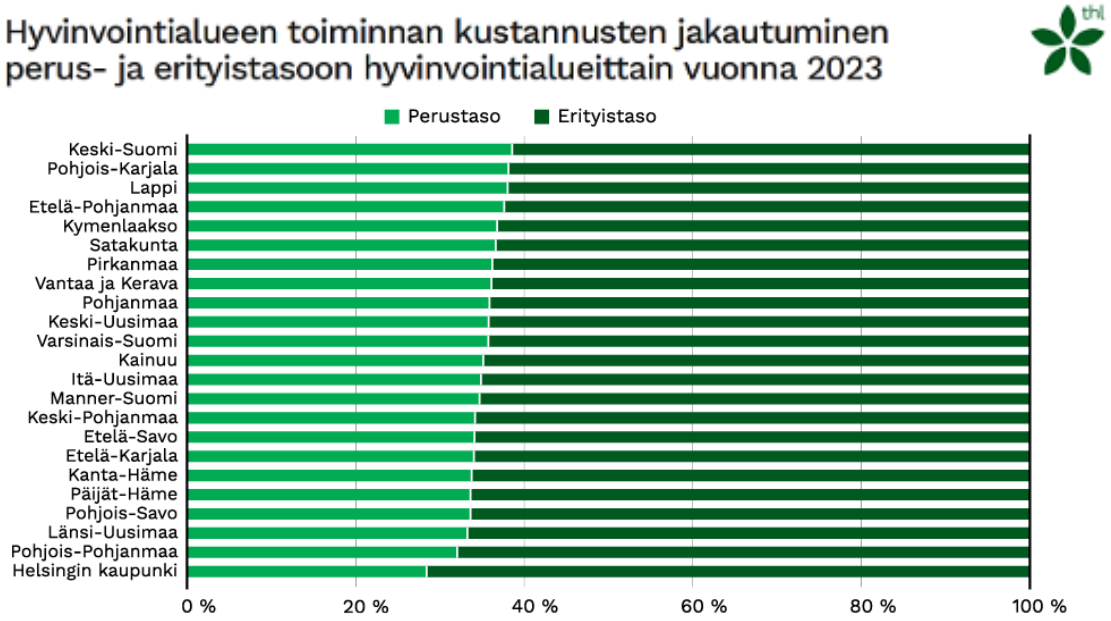
tai kodinkaltaisissa ympäristössä elävien asukkaiden palveluihin liittyvä kommunikointi ja arjen tilannetieto nojautuu tulevaisuudessa pitkälti sähköiseen tiedonsiirtoon. Sähkökatkot ja mahdolliset häiriöt tietoliikenneyhteyksissä kriisiyttävät varsin nopeasti ikääntyneiden palveluiden palvelutuotannon, katkojen jatkuessa pidempään. Perheiden rooli osana arjen turvaamista korostuu vääjäämättä enemmän kuin tällä hetkellä.

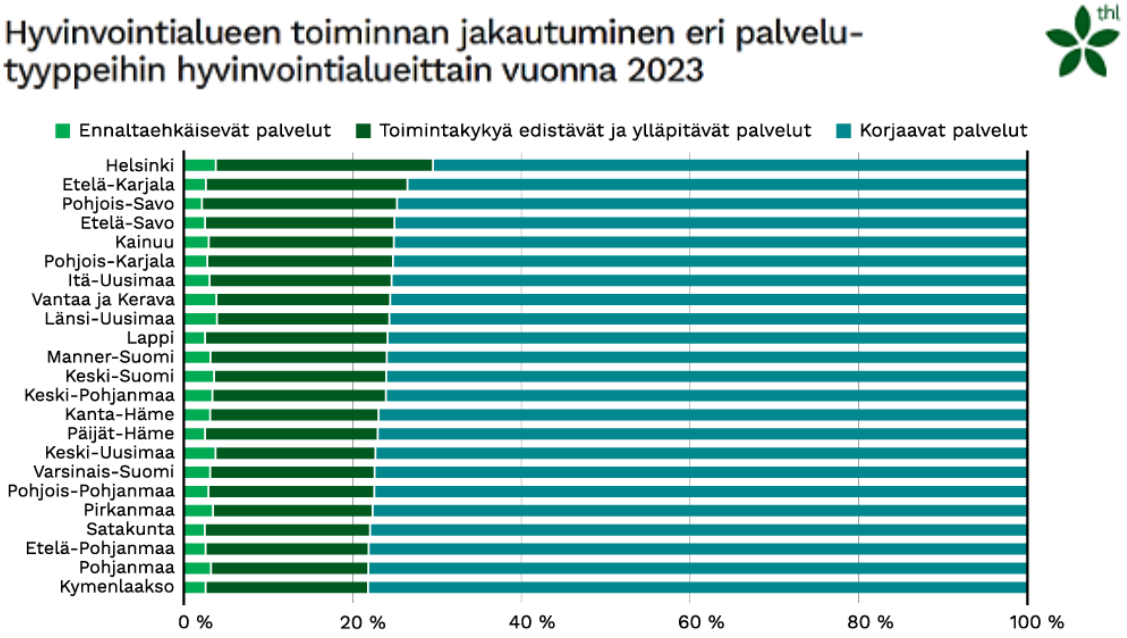
Perinteiset riskit sosiaali- ja terveydenhuollossa liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien häiriö- ja katkotilanteisiin. Lisääntyvänä riski on nähtävissä myös pankkitoimintaan liittyvien häiriöiden vaikutukset erityisesti sosiaalihuollon tukitoimintaan. Monialaisten haasteiden myötä eri viranomaisten ja yhteiskunnallisesti merkittävien yksityisten toimijoiden välinen varautumisyhteistyö kyberiskien osalta tulee tulevaisuudessa tiivistymään.

4 Yhdenvertaiset palvelut

4.1 Fyysinen ympäristö ja palveluiden järjestäminen

Suomessa väestön terveys- ja hyvinvointikatsauksessa (2025) on kuvattu hyvinvointialueiden kustannusten ja toiminnan jakautumista eri palveluihin. Kaikilla alueilla palveluiden painopiste on vuonna 2023 ollut kalliimmissa erityistason palveluissa. Se korostuu myös korjaavien palveluiden suurena osuutena. [13]





Katsauksen toimenpidesuosituksena hyvinvointialueiden on parannettava perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta sekä turvattava ennaltaehkäisevien palveluiden riittävä resurssi. Myös digitaalisten palveluiden

vaikuttavuutta ja omalääkärikokeilujen tuloksia on arvioitava ja kehitettävä palvelumuotoja näiden pohjalta. [13]

Palveluiden järjestämisen näkökulmasta hyvinvointialueella on aikaisempaa kuntapohjaista järjestelmää paremmat mahdollisuudet integroida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja asiakkaiden tarpeita paremmin vastaaviksi kokonaisuuksiksi. Integroinnin tarkoituksena on parantaa palvelujen tehokkuutta ja vähentää päällekkäisyyksiä sekä poistaa arvoa tuottamatonta hukkaa. Pyrkimyksenä on toiminnan tehokkuuden parantaminen resurssien käyttöä optimoimalla. Tämä voi tarkoittaa tilojen määrän vähentämistä tilatehokkuutta lisäämällä tai keskittämällä palvelutuotantoa tietylle alueelle.

Asiakasodotusten mukaan palvelut tulee saada mahdollisimman sujuvasti yhdestä paikasta ja mahdollisimman vähillä eri käynneillä tai muilla kontakteilla. Palveluita tulee saada myös mahdollisimman aika- ja paikkariippumattomasti. Teknologian avulla mahdollistetaan etäpalvelut ja virtuaaliset konsultaatiot. Tiedon tulee olla helposti saatavilla ja ymmärrettävää. Tämä edistää yksilöiden kykyä tehdä tietoisia päätöksiä ja ottaa vastuuta omasta terveydestään. Myös kotiin vietävien, siirtyvien palveluiden ja liikkuvien palveluiden rooli korostuu jatkossa.

4.1.1 Palveluverkon muutokset

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aluevaltuusto päätti sosiaali- ja terveyspalveluita koskevista palveluverkkomuutoksista 9.4.2024. Muutoksilla tavoitellaan menojen kasvun hillitsemistä vähintään 30,5 miljoonalla eurolla vuoden 2026 loppuun mennessä. Päätöksen myötä sote-palveluverkkoa tiivistetään siten, että laajasti sosiaali- ja terveyspalveluja tarjoavia palvelukeskuksia on vuodesta 2026 alkaen kolme: Forssassa, Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. Palvelukeskusten lisäksi perustetaan yhdeksän palvelupistettä.

Ikäihmisten lyhytaikainen ympärivuorokautinen palveluasuminen keskitetään kuuteen yksikköön Kanta-Hämeen hyvinvointialueella. Tavoitteena on, että palvelurakennemuutoksen mahdollistaessa lyhytaikainen ympärivuorokautinen palveluasuminen keskitetään kolmeen yksikköön vuoteen 2028 mennessä. Ikäihmisten ympärivuorokautisen hoivan osalta tavoitellaan 6 % yli 75-v osalta vuoden 2025 loppuun mennessä. Peittävyyden lasku on edennyt suunnitelman mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon palvelut siirtyvät keväällä 2026 valmistuvaan Assi-sairaalaan. Assi-sairaalan toimintaa tehostetaan aluehallituksen 9.12.2024 tekemän päätöksen mukaisesti sijoittamalla sinne suunniteltua enemmän erikoissairaanhoidon poliklinikkatoimintaa sekä perusterveydenhuollon vuodeosastotoimintaa. Assi-sairaalan toimintaa tehostamalla ja perusterveydenhuollon vuodeosastojen, kotisairaalan sekä asumispalveluiden toimintatapoja kehittämällä voidaan saavuttaa vuosittain jopa 16,4 miljoonan euron säästöt.

Pelastuspalveluiden palveluverkon rakennetta linjaa pelastustoimen palvelutasopäätös.

Tähän mennessä tehtyjen palveluverkkopäätösten lisäksi hyvinvointialueen tulee edelleen jatkaa toiminnan kehittämistä sekä tuottavuutta lisäävien rakenteellisten muutosten tekemistä.

Hallituksen lakiesityksen [22] mukaan uudet kehittyneet palvelumuodot, kuten digitalisaatio, etälääketiede, moderni ensihoitopalvelu ja hyvin varustellut ambulanssit, lääkärihelikopteritoiminta sekä kotiin vietävät, jalkautuvat ja liikkuvat palvelut, ovat vielä alihyödynnettyjä. Niiden käytössä on merkittävää potentiaalia, joka auttaa vastaamaan väestön palvelutarpeeseen. Erityisesti digitaalisten palveluiden avulla voidaan osa aiemmin fyysistä kohtaamista edellyttäneistä palveluista tuottaa potilaan näkökulmasta lähipalveluna, vaikka osaaminen olisi keskitetty. Muutokset sairaala- ja päivystysverkossa mahdollistavat ja vauhdittavat uusien toimintamallien käyttöönottoa ja kehittämistä. Toisaalta ilman näitä muutoksia sairaalaverkko ei voi uudistua riittävästi.

Hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla on osoittautunut vaikeaksi saada paikallisesti ja alueellisesti aikaan päätöksiä sairaaloiden ja päivystysten palveluverkon osalta. Erikoissairaanhoidosta, päivystyksestä ja leikkaustoiminnasta on haluttu alueilla pitää kiinni, jopa muihin hyvinvointialueen palveluihin käytettävissä olevien henkilöstö- ja taloudellisten resurssien kustannuksella. Tämä on johtanut osin epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin, osaamisen jakautumiseen sekä työpanoksen hinnan nousuun ostopalveluiden ja vuokratyövoiman myötä. Mahdollisimman laajan erikoissairaanhoidon palvelujen ylläpitäminen on osin saattanut vaarantaa ja heikentää ennakoivan ja ehkäisevän terveydenhuollon, perusterveydenhuollon ja kotiin vietävien palveluiden saatavuutta.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulee jatkossakin pystyä tehostamaan toimintaansa, jotta se pystyy vastaamaan lakisääteisiin velvoitteisiin palveluiden saatavuuden ja talouden näkökulmasta. Mikäli velvoitteita ei pystytä täyttämään lain asettamissa määräajoissa, voi äärimmäisessä tapauksessa tulla kyseeseen hyvinvointialueiden yhdistäminen. Rakenteelliset muutokset voivat olla keskeinen keino saavuttaa taloudelliset tavoitteet ilman, että palveluiden laadusta tai saatavuudesta tingitään.

Ikääntyneiden määrän lisääntyminen, palvelutarpeen kasvu, työikäisten määrän väheneminen ja käytettävissä olevan rahoituksen suhteellinen väheneminen pakottaa edelleen uudistamaan ja keventämään palvelurakenteita.

4.1.2 Yksityissektorin palvelumallien vaikutus

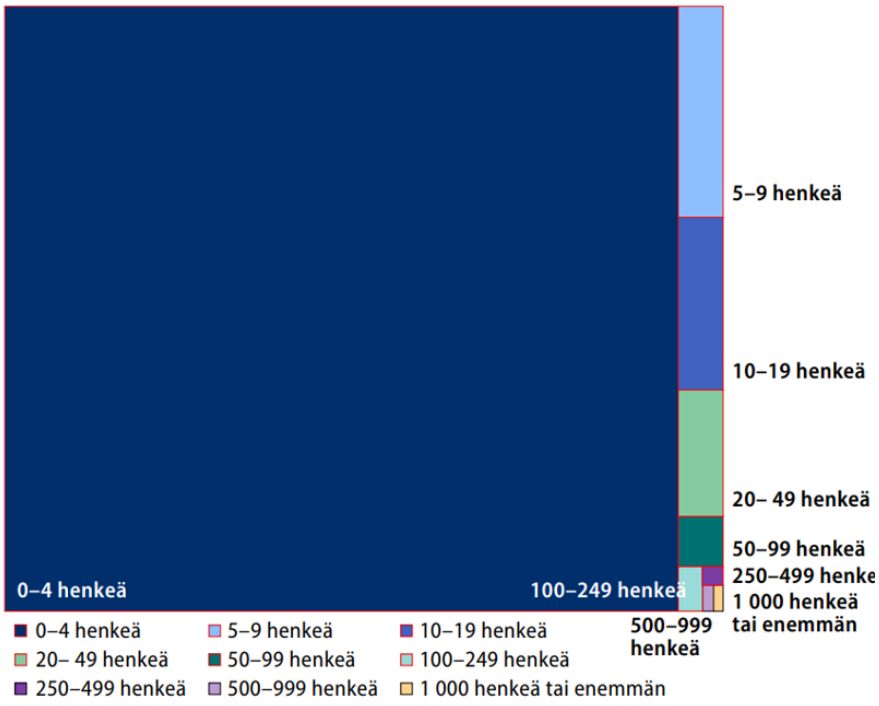
Nopeaan palveluun liittyvien asiakasodotusten vuoksi asiakaskäyttäytymisessä on nähtävissä muutos hakea palveluita yksityissektorilta. Pitkien odotusaikojen vuoksi asiakkaiden valintana tulee jatkossa olemaan entistä enemmän ne palvelut, joista saa vastauksen tai avun nopeimmin. Tämä tulee huomioida myös tulevaisuuden asiakasmääriin pohjautuvissa palvelujen järjestämisen suunnitelmissa.

Julkisen terveydenhuollon rinnalle on syntymässä yksityisiä edullisia lääkäripalveluja, jotka tarjoavat erityisesti etävastaanottopalveluja. Hyvinvointialueella onkin tulevaisuudessa tärkeää joko kehittää ketteriä palvelumalleja ja/tai tehdä yhteistyötä esim. yksityissektorille osittain siirtyvien palveluiden osalta.

4.1.3 Yritysyhteistyö sote-palveluissa

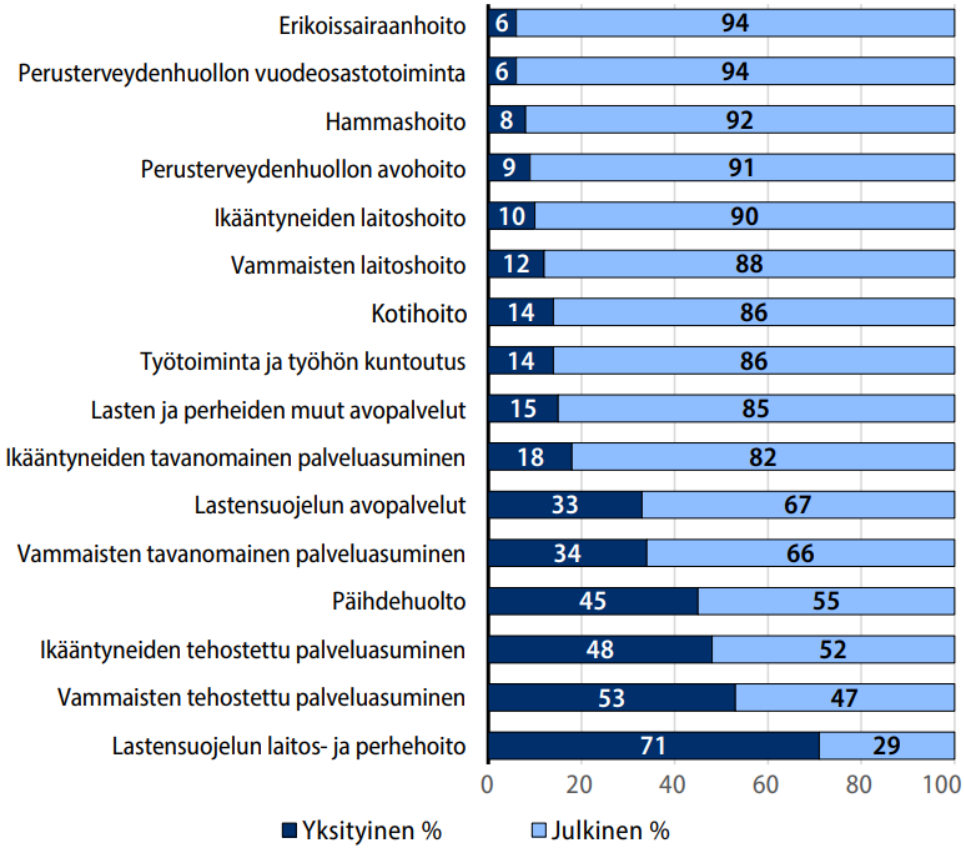
Sote-palvelualan yksityinen sektori on suuri ja kasvattanut merkitystään sote-palvelujärjestelmässä. Kansallisesti sote-alan yrityksiä oli vuonna 2022 yhteensä noin 26400, joista valtaosa oli mikroyrityksiä. Markkinoiden toimivuus ja yritysten yhteensovittaminen julkiseen sote-palvelujärjestelmään ovat keskeisiä kysymyksiä tulevaisuudessa. [23]

Sote-palvelualan yrittäjyydessä on ensisijaisesti kyse pienyrittäjyydestä. Suureksi luokiteltavia yrityksiä on lukumääräisesti vain noin 0,2 % koko yrityskentästä. Vaikka suurten yritysten suhteellinen osuus on määrällisesti pieni, on niiden merkitys yrityskentässä erittäin merkittävä ja kasvava liikevaihdon ja henkilöstömäärän osalta. Suomen suurimmat sote-palvelualan yritykset ovat niin julkisomisteisia kuin yksityisessä omistuksessakin olevia yrityksiä. Suomen suurimmat yritykset liikevaihdoltaan vuonna 2022 olivat Terveystalo Oy, Mehiläinen Oy ja Attendo Oy. Suomen suurimpien yritysten joukossa on niin terveysalan kuin sosiaalihuollon alan yrityksiä. [23]



Kuvio: Yrityskokojakauma (oikeudellinen yksikkö) sote-palvelualalla vuonna 2022. Lähde: [24].

Kuten alla oleva kuvio (Sote-palvelutuotannon suhteelliset osuudet (%) yksityisellä ja julkisella sektorilla julkisesti rahoitetuissa palveluissa vuonna 2020) tuo esille, yksityisen tuotannon suhteellinen osuus on suurin lastensuojelun laitos- ja perhehoidossa ja pienin erikoissairaanhoidossa. Yksityisen sektorin osuudessa julkisesti rahoitetulla markkinalla on myös suuria alueellisia eroja. [23]



Lähde: [23]

Sote-palvelualan toimintaympäristöön kytkeytyy myös muita kuin sote-palveluja. Esimerkiksi terveysteknologian yritykset tekevät yhteistyötä digitalisaatioon, diagnostiikkaan, lääkinnällisiin laitteisiin jne. liittyen sote-palveluiden kanssa. Hyvinvointialueiden hankinnoissa tarvitaan vahvaa osaamista ja näkemystä markkinoiden toimivuuteen, myös pidemmällä aikajänteellä. [23]

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavien yritysten kenttä on tällä hetkellä monimuotoinen ja jatkuvassa muutoksessa. Oma Häme vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä alueellaan. Järjestäjän tehtävänä on varmistaa palvelujen saatavuus ja laatu valitsemalla kulloinkin tilanteeseen sopiva kokonaistaloudellisin tuotantovaihtoehto. Oma Hämeen tahtotilana on monipuolinen yritysyhteistyön kehittäminen ja samalla toimitusketjun hallinnan parantaminen.

Oma Hämeen tavoitteena on järjestää palveluita mahdollisimman tehokkaasti huomioiden lainsäädännöstä tulevat rajoitteet. Laaja-alainen, monipuolinen yritystoiminta edistää kilpailua, millä puolestaan on suora vaikutus kustannusten kasvun hillitsemiseen. Oma Häme huomioi eri kokoisten yritysten mahdollisuudet osallistua kilpailutuksiin esimerkiksi arvioimalla kriittisesti palveluntuottajalta edellytettäviä vaatimuksia ja jakamalla kilpailutettavia kokonaisuuksia tarkoituksenmukaisiin osiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista suuri osa on huoltovarmuuden näkökulmasta kriittisiä, mikä tulee huomioida palveluiden järjestämistavasta päätettäessä. Yrityskentän keskittyminen lisää Oma Hämeen riskiä yksittäisten palveluntuottajien joutuessa vaikeuksiin. Myös suurten toimijoiden määräävä markkina-asema vähentää

Oma Hämeen neuvotteluvoimaa suhteessa palveluntuottajiin. Monipuolinen, eri kokoisista yrityksistä koostuva palveluntuottajien verkosto varmistaa osaltaan myös Kanta-Hämeen alueen elinvoimaa.

Kanta-Hämeessä on merkittävä määrä pieniä ja keskisuuria sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarjoavia yrityksiä. Ostopalveluiden ja palvelusetelin käyttö järjestämistapoina mahdollistavat erityyppisten yritysten toimimisen markkinoilla. Väestön ikääntyminen ja työikäisen väestön määrän väheneminen tarjoavat sote-palveluiden tuottajille uusia markkinoita. Myös yksityisten yritysten tulee tulevaisuudessa panostaa digitalisaatioon, palvelujen integraatioon, kustannustehokkuuteen sekä vaikuttavuuteen.

Oma Hämeen yritysyhteistyö sote-palveluissa tarjoaa mahdollisuuden kehittää ja vahvistaa palveluja, jotka vastaavat alueen asukkaiden tarpeisiin ja tukevat heidän hyvinvointiaan.

4.2 Digitaalinen ympäristö

Teknologia ja data sulautuvat yhä enemmän ihmisten arkeen. Dataa kerätään ja hyödynnetään yhä enemmän [25]. Markkinoilla tapahtuva kehitys ja tulevaisuusanalyysit nostavat esille useita tekijöitä, jotka vaikuttavat merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoon tulevaisuudessa [26], [27]

- **Tekoäly ja koneoppiminen sekä genomiikka ja personoitu lääketiede:** Parantaa diagnoosien ja palvelutarpeiden sekä palveluohjauksen arvioinnin tarkkuutta ja nopeutta, mahdollistaa yksilölliset palvelu- ja hoitosuunnitelmat ja tehostaa potilashallintaa sekä palveluiden ja palveluketjujen vaikuttavuutta.

- **Tekoäly ja kirjaaminen:** Tiedonkeruu automatisoituu, jolloin ammattilaisen aika fokusoituu enemmän asiakkaan kohtaamiseen. Ammattilaisten työnkuvat muuttuvat merkittävästi.

- **Tekoäly ja päivittäistyön johtaminen:** Työvuorosuunnittelu ja resurssien hallinta muuttuvat kysyntäperusteiseksi. Työnsuunnittelu ja ammattilaisten rooli muuttuvat merkittävästi.

- **Tekoälyavusteinen asiakaspalvelu:** Chatbotit ja virtuaaliassistentit parantavat asiakaspalvelun nopeutta ja laatua. Keinoälypalvelut korvaavat ammattilaiset itsehoidossa ja peruspalveluissa.

- **Robotiikka:** Käytetään yhä enemmän kirurgiassa, kuntoutuksessa ja vanhustenhoidossa. Robottikirurgia mahdollistaa tarkemmat ja vähemmän invasiiviset toimenpiteet. Hoivarobotit voivat auttaa vanhuksia päivittäisissä toiminnoissa.

- **Etähoito / -palvelut ja telelääketiede:** Mahdollistavat hoidon ja seurannan etänä, mikä vähentää tarvetta fyysisiin käynteihin.

- **Päälle puettavat / kotiin vietävät laitteet ja terveysseuranta:** Mahdollistavat jatkuvan terveydentilan tai aktivisuuden seurannan yksilötasolla, mikä auttaa ennaltaehkäisemään sairauksia ja parantamaan hoidon laatua sekä lisäämään kodinturvallisuutta.

- **Virtuaalitodellisuus (VR) ja lisätty todellisuus (AR):** Parantavat lääketieteellistä koulutusta ja kuntoutusta. VR voi esimerkiksi simuloida leikkaustilanteita. Virtuaaliset ympäristöt luovat ikääntyneille ja neurologisia sairauksia sairastaville potilaille yksilöllistettyjä virikeympäristöjä.

- **Digitaalinen identiteetti ja tiedon omistajuus (lohkoketju teknologia):** Kansalaisten oikeudet ja mahdollisuudet saada haltuunsa itseensä liittyviä tietoja lisääntyvät merkittävästi. Digitaalinen henkilöllisyys vaatii asiakkaiden tunnistamista sekä asiakkaista lähtevää luvittamista ja suostumusten hallintaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2024) mukaan perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä etäasiointikäyntien määrä vaihtelee Suomessa välillä 27 % - 51 %. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella etäasiointikäyntien määrä on 42 %. Etähoivan osuus 75 vuotta täyttäneiden kotihoidon käynneistä vaihtelee alueittain välillä 0 % - 14 %, ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueella osuus on 2 %. [20]

Tulevaisuusbarometrin mukaan Kanta-Hämeen vastaajat kokivat positiiviseksi kehityskuluksi kymmenen vuoden sisällä sen, että terveysteknologia tulee tukemaan ennakoivaa terveydenhoitoa. Tekoälyn tulemisessa osaksi arkea vastaajien arviot jakautuivat. Kielteisimmäksi arvioitiin ihmisiltä kerättävän datan määrän lisääntyminen. [28].

4.2.1 Asiakaskäyttäytymisen muutos ja digikehittämisen ohjaus

Asiakaskäyttäytymisen muutokset ohjaavat sote-palveluiden kehittämistä kohti asiakaslähtöisyyttä, yksilöllisyyttä, digitalisaatiota ja joustavia palvelumalleja. Kustannusten hillitsemiseksi on kehitettävä uusia ja keskitetympiä palvelutapoja sekä luotava kumppanuuksia ja yhteistyötä, joilla varmistetaan palveluiden saatavuus ja oikea-aikaisuus. Julkisissa palveluissa asiakasarvon[14] erityispiirteenä on yksityisiin verrattuna se, että vastuuna on tarjota palveluja kaikille ja ottaa huomioon yhteiskunnalliset vaikutukset. Niiden on siis palveltava monenlaisia ihmisiä ja väestöryhmiä. Julkisten palveluiden käyttö voi lisäksi olla osalle asiakkaista pakollista tai vastentahtoista.

Yksityisen rahoituksen osuus Suomen sote-palvelujärjestelmässä on merkittävä. Yksityisellä rahoituksella tarkoitetaan asiakkaiden itsensä maksamia palveluja tai vakuutuksia. Suomessa otettujen sairauskuluvakuutusten määrä on kasvanut viime

~~~~~~~~

[14] **Asiakasarvo** syntyy siitä, mitä asiakas pitää merkityksellisenä ja tärkeänä. Asiakasarvo ohjaa asiakaskäyttäytymistä tai negatiivisimmillaan palveluiden käyttämättömyyttä. Siksi sen ymmärtäminen ja nostaminen organisaation strategisena ytimenä auttaa asiakaslähtöisessä muutoksessa ja menestymisessä. Luonteeltaan asiakasarvo syntyy asiakkaan kohdatessa jonkin palvelun. Asiakasarvo muodostuu siitä arviosta, mitä asiakas saa suhteessa käyttämäänsä panokseen.
~~~~~~~~

vuosina. Myös Kela-korvaustason nosto voi vaikuttaa yksityisen rahoituksen kasvuun ja asiakkaiden halukkuuteen ottaa sairauskuluvakuutuksia myös tulevaisuudessa. [23]

Yleiset odotukset ovat niitä, joita asiakas odottaa organisaatiolta toimialasta riippumatta. Nämä alla olevat odotukset ovat jo nyt nähtävissä asiakkaidemme ja potilaidemme antamassa palautteessa ja niiden merkitys tulee jatkossa korostumaan entisestään.

- Personoitu asiakaskokemus: palveluiden odotetaan kehittyvän yksilöllisimmiksi, jonka mahdollistaa asiakkaan tarpeiden ymmärrys
- Monikanavainen asiointimahdollisuus: asiakas toivoo pystyvänsä päättämään, mikä on hänelle kussakin tilanteessa paras kanava
- Helppo, nopea ja vaivaton asiointi
- Yhdenmukainen viestintä: eri kanavissa odotetaan yhdenmukaisuutta, mikä rakentaa organisaatiosta luotettavan kuvan
- Mahdollisuus tehdä itse
- Osaava ja ammattitaitoinen asiakaspalvelu: asiakkaat eivät halua joutua hakemaan vastauksia monesta eri paikasta, joten ensikontaktin tärkeys korostuu
- Reklamaatioihin reagointi nopeasti: tällä on mahdollisuus kääntää asiakaskokemus positiivisemmaksi.

Yleisten odotusten lisäksi hyvinvointialuetta ja sen palveluja koskevat erityiset asiakasodotukset. Erityisiin asiakasodotuksiin ovat vaikuttamassa mm. aiemmat omat ja toisten kertomat kokemukset sekä markkinointiviestintä. [29]

Tietoa asiakkaiden odotuksista hyvinvointialueen palveluihin saadaan mm. asiakaspalautteista, joissa kuvataan, mikä palvelussa tai asiakaspolulla on ollut sujuvaa ja tuonut erityisen hyvän asiakaskokemuksen, mikä taas on ollut odotusten vastaista. Palautteissa odotuksina korostuvat palveluiden sujuvuus, kohtaaminen ja tiedon saanti. Lähitulevaisuuden asiakaskokemukseen ja sitä kautta myös odotuksiin odotetaan vaikuttavan vahvasti erilaiset teknologiset ratkaisut, jotka mahdollistaisivat vieläkin personoidumman palvelun.

Digitalisaatio muuttaa kansalaisten odotuksia myös julkisesti tuotettuja sote-palveluita kohtaan. Asiakkaiden yksilölliset tarpeet, toimintakyky ja elämäntilanne vaikuttavat yhä enemmän palveluiden tuottamiseen. [30]

STM:n tutkimuksen mukaan kansalaisten mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatiossa ja digitaalisissa palveluissa vuonna 2023 kolme keskeisintä kehittämistä vaativaa asiaa olivat:

- asiakaslähtöisyys
- koko palveluketjun uudelleen arviointi digitaalisuuden muuttaessa prosessia sekä
- yhtenäiset ohjelmistot, jotta tieto liikkuisi tietojärjestelmien välillä [31].

Tulevaisuudessa vuonna 2040 kansalaisten näkemyksen mukaan tärkeimpiä tekijöitä ovat:

- selkeys ja helppous, myös ikääntyneille ja erityisryhmille

- yksilölliset asiointitavat sekä
- digitaalinen asiakassuunnitelma, joka kattaa hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman sekä etuusehdotuksen [31].

Sosiaali- ja terveysministeriön raportti "Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation pitkän aikavälin mahdollisuudet" [32] tarkastelee valtion ja hyvinvointialueiden työnjaon organisointia digitalisaation ja tiedonhallinnan hyötyjen maksimoimiseksi ilman päällekkäisyyksiä. Raportin keskeisimmät ehdotukset hyvinvointialueiden työnjakoon, kehittämiseen ja digitalisaation kohteisiin liittyen ovat tiivistettyinä seuraavat:

1. Puretaan lainsäädännöstä epätarkoituksenmukaisia viranomaisrajoja, jotka vaikeuttavat asiakkaan tai potilaan palvelemista.

2. Luodaan uusia valtakunnallisia ICT- ja digipalveluja, jotka tukevat joustavaa kehittämistä ja vähentävät päällekkäistä kehittämistä hyvinvointialueilla sekä mahdollistavat alue- ja sektorirajat ylittävät toimintamallit.

3. Jatkossa hyvinvointialueet vastaavat pääasiassa asiakkaisiin liittyvistä prosesseista ja niiden käyttöliittymistä. Valtakunnalliset ICT- ja digipalvelut tarjoaisivat rajapintojen välityksellä sellaisia toiminnallisuuksia, joiden kehittäminen jokaiselle hyvinvointialueelle tai alueellisesti ei ole tarkoituksenmukaista tai joiden valtakunnallinen toteutus on edellytys alue- ja sektorirajat ylittävien toimintamallien kehittämiselle.

4. Selvitetään perustason sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisten asiointipalvelujen valtakunnallisen tai YTA-tasoisen keskittämisen tehokkuushyödyt.

5. Tunnistetaan tekoälyn avulla automatisoitavissa olevat prosessivaiheet ja valmistaudutaan tekoälyn kehittymiseen. Valmistaudutaan tekoälyn kehittymiseen selvittämällä periaatteelliset valinnat ja lainsäädännön muutostarpeet.

6. Ohjataan hyvinvointialueita tekemään ICT-kehittämiseen liittyvää yhteistyötä lähtökohtaisesti yhteistyöalueen kontekstissa sekä edellytetään jokaiselta yhteistyöalueelta konkreettista pitkän aikavälin suunnitelmaa yhteistyöaluetasoisen toiminnallisen tiedonhallinnan järjestämiseksi.

7. Määritellään yhteistyöaluetta koskeva toiminnallinen visio, joka ohjaa tiedonhallinnan kehittämistä samaan yhteistyöalueeseen kuuluvilla hyvinvointialueilla.

Valtiohallinto määrittelee valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastuspalveluiden järjestämiselle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa STM:n ohjauksessa valtakunnallisen johdon strategisen tilannekuva -raportointiportaalin tietosisällöt näiden tavoitteiden mukaisesti. Vuonna 2024 keskeiset digitalisaatioon liittyvät valtakunnalliset mittarit olivat [20]:

- Etäasiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä, 2024
- Etähoivan osuus 75 vuotta täyttäneiden kotihoidon käynneistä, 2024

STM on esittänyt, että mittareita jatkossa laajennetaan. Mittarit päätetään keväällä 2025. Keskeisimmät toimintaympäristöön liittyvät digitalisaation liittyvät tavoitteet on listattu seuraavaksi [33]

- Etäasioinnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä
- Etähoivakäynnit, % kotihoidon käynneistä
- Etäasiointikäynnit, % erikoissairaanhoidon avohoidon käynneistä
- Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien käyntisyiden kirjausaste, % toteutuneista vastaavista käynneistä.
- Digitaaliset palveluprosessit kehittyvät hyödyntäen kansallisesti kehitettyjä ratkaisuja (HVA selvitys)
- Yhteistyöalueittain ja HVA-yhteistyössä hankittu ja käyttöönotettu tietojärjestelmät ja tietojärjestelmämoduulit (HVA selvitys)
- Johtamisessa on käytössä tiedolla johtamisen ratkaisu (HVA selvitys).

Valtiohallinnon tavoitteena on ohjata hyvinvointialueita tekemään ICT-kehittämiseen liittyvää yhteistyötä yhteistyöalueen kontekstissa ja edellyttää yhteistyöalueilta konkreettista pitkän aikavälin suunnitelmaa tiedonhallinnan järjestämiseksi. Sisä-Suomen yhteistyöalueella digitalisaatioyhteistyö on tällä hetkellä vähäistä. Kanta-Hämeen hyvinvointialue tekee yhteistyötä samaa asiakas- ja potilastietojärjestelmää käyttävien hyvinvointialueiden kanssa. Hankintayhteistyötä tehdään hyvinvointialueiden kanssa, joilla on samanlaiset tarpeet.

4.2.2 Osallisuus ja palvelujen yhteiskehittäminen

Asiakasosallisuudella tarkoitetaan mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa omaan palveluun sekä palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen, toteutukseen ja arviointiin. Asiakas on muuttunut sote-palveluissa passiivisesta vastaanottajaroolista aktiiviseksi osallistujaksi, joka haluaa ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan sekä kokee pystyvänsä vaikuttamaan palveluihin ja tuntee olevansa osallinen. Palveluita järjestäessä ja osallisuutta edistäessä on kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota heikoimmassa asemassa oleviin. Kaikki asiakkaina olevat kansalaiset eivät kykene tai halua toimia näiden aktiivisten asiakkuusodotusten mukaisesti [34].

Osallisuuden kokemuksella on merkittävä vaikutus yksilön hyvinvointiin. Se lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta, parantaa elämänlaatua ja edistää terveyttä. Osallisuus yhteisöissä ja vaikuttamismahdollisuudet omassa elämässä tukevat yksilön terveyttä ja elämänlaatua. Osallisuutta kokeva henkilö näkee enemmän mahdollisuuksia, motivoituu ja rohkaistuu tarttumaan niihin, sekä tekee todennäköisemmin hyvinvointiaan tukevia ratkaisuja. Siksi osallisuutta tukevien keinojen tulee juurtua pysyväksi osaksi hyvinvointialueen toimintaa.

Aktiivinen toimijuus omassa elinympäristössä vähentää esimerkiksi päihteiden käyttöä. Kokemus terveydestä paranee, kun arkeen tulee lisää aktiviteetteja, liikkumista ja sosiaalisia suhteita. Osallistuminen lisää merkityksellisyyden kokemusta omassa elämässä ja vahvistaa osallisuuden kokemusta.

Digiosallisuus tarkoittaa ihmisten mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa digitaalisten välineiden ja alustojen kautta. Se kattaa sekä kansalaisvaikuttamisen että palvelujen käytön digitaalisesti. Digiosattomia on Suomessa arvioitu olevan jopa miljoona, mutta

sen tarkkaa alueellista esiintyvyyttä on vaikea arvioida. Esteiden ja huolien kokeminen digitaalisten palvelujen käytössä on hyvin yleistä. Kaikkein eniten esteitä ja huolia digitaalisiin palveluihin liittyen kokevat ikäihmiset (n. 90 %) ja matalan koulutuksen saaneet työikäiset (85,7 %). Ainoastaan korkeasti koulutetuilla vastaavat kokemukset ovat vähentyneet (70,6 %).

Digiosallisuuden keskeiset osa-alueet THL:n mukaan ovat:

- Demokraattinen vaikuttaminen: Mahdollisuus osallistua päätöksentekoon verkkokyselyiden, sähköisten äänestysten, kansalaisaloitteiden ja muiden digitaalisten osallistumiskanavien kautta.

- Palveluiden saavutettavuus: Julkisten ja yksityisten palveluiden helppo käyttö digitaalisesti, kuten sähköinen asiointi terveyspalveluissa tai sosiaalietuuksien hakeminen verkossa.

- Tiedon saatavuus ja viestintä: Ajankohtaisen ja ymmärrettävän tiedon jakaminen kansalaisille digitaalisissa kanavissa, kuten hyvinvointialueen verkkosivuilla, sovelluksissa tai sosiaalisessa mediassa.

- Digitaaliset taidot ja yhdenvertaisuus: Kaikilla ei ole yhtäläisiä taitoja tai mahdollisuuksia hyödyntää digipalveluita, joten on tärkeää tarjota koulutusta ja tukea digiosallisuuden edistämiseksi.

Digiosallisuuden tavoitteena on lisätä ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskuntaan ja käyttää palveluita sujuvasti ja yhdenvertaisesti. Digiosallisuuden vahvistamiseksi hyvinvointialueella on tehty päätös digitukimallista, joka mainitaan myös yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelman toimenpiteenä. Digituen tarpeen on todettu lisääntyvän terveyden heiketessä ja eläkkeelle jäädessä. Myös tilanteet, joissa henkilö ei saa läheiseltä tukea digiasioihin, tuovat tarpeen digituelle. Taloudelliset asiat vaikuttavat myös siihen, ettei kaikilla ole varaa ostaa tai päivittää digilaitteita tai maksaa verkkoyhteyksistä, joten palvelupaikoissa käytettävät tai lainattavat laitteet lisäävät digiosallisuuden mahdollisuutta.

4.2.3 Tällä hetkellä kehitetyt keskeisimmät digitalisaation kohteet

Kanta-Hämeen hyvinvointialue on kehittänyt asiakaslähtöisen tiedonhallintamallin, jota vastaava toteutus on työn alla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella Kanta-Hämeen asiantuntijoiden tukemana. Hyvinvointialue on toteuttanut koneoppimisen avulla automaattisen asiakassegmentoinnin, joka tunnistaa eri asiakasryhmät.

Vuoden 2025 aikana hyvinvointialue rakentaa asiakkuudenhallinnan ja toiminnanohjausratkaisun, joka varmistaa asiakaslähtöisen moniammatillisen asiakastyön ja palveluketjujen hallinnan. Ratkaisu hyödyntää segmentointimallia ja OmaHäme-digialustaa, joka kattaa terveyden- ja sosiaalihuollon palvelutarpeet.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue on kehittänyt Sitran rahoituksella virtuaalikirjurin, joka tuottaa automaattisen kirjausyhteenvedon sote-ammattilaisen ja asiakkaan keskustelusta. Lisäksi on toteutettu ennustemalli, joka ennustaa ikääntyneiden toimintakyvyn laskun, kaatumisriskin ja kipuriskin. Hyvinvointialue sai Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) rahoitusta kirjaustiedon laventamiseen, huoli-ilmoituksien automatisointiin ja palveluriskien ennustamiseen. Lisärahoitusta haetaan mielenterveys- ja diabetes-palvelutarpeiden ennakointiin. Riskiennusteet kytketään Oma Hämeen sähköisen asiointiratkaisun digipalvelupolkuihin.

5 Kansallinen ohjaus ja hyvinvointialueen talous

Hyvinvointialueiden kansallinen ohjaus Suomessa perustuu lainsäädäntöön, valtion rahoitukseen sekä ministeriöiden ja alueiden väliseen yhteistyöhön. Sen tavoitteena on varmistaa, että hyvinvointialueet tuottavat yhdenvertaisia, laadukkaita ja kustannustehokkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustoimen palveluja koko maassa. Kansallisen ohjauksen tehokkuus riippuu alueiden kyvystä sopeutua ohjaukseen ja valtion kyvystä reagoida alueiden tarpeisiin. Haasteena on tasapainoilu alueiden itsehallinnon ja valtion ohjauksen välillä sekä resurssien riittävyys.

Petteri Orpon hallituskaudella valtion ohjausta on uudistettu ja kehitetty kansallisen palvelureformin avulla. Kansallisella palvelureformilla täydennetään sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteiden uudistusta (sote-uudistusta), jossa palvelujen järjestämisvastuu siirrettiin hyvinvointialueille. Palvelureformin tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöjä koskevaa lainsäädäntöä sekä siihen liittyvää ohjausta vastaamaan nykyisä sote-rakenteita ja valtakunnallisia sote-tavoitteita. Palvelureformin toteutusaika on 2023–2027.

Kansalliselle palvelureformille on asetettu viisi tavoitetta:

- ennaltaehkäisyn vahvistaminen
- palveluiden integraation, saatavuuden ja jatkuvuuden parantaminen
- palvelujärjestelmän selkeyttäminen
- vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen
- varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon vahvistaminen.

Reformin toimeenpano tapahtuu lainsäädäntömuutosten, ohjausjärjestelmän uudistamisen sekä ohjelmien ja hankkeiden kautta. Säädösmuutosten tarkoituksena on vähentää sääntelyn yksityiskohtaisuutta. Kansalliseen palvelureformiin kuuluvia ohjelmia ovat muun muassa sote-alan henkilöstön riittävyyttä ja saatavuutta turvaava Hyvän työn ohjelma sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen digitalisointiin liittyvä Digitaalinen sosiaali- ja terveydenhuolto -ohjelma, Tietojohtamisen kehittämisohjelma sekä eräät Kestävän kasvun ohjelman hankkeet.

Eduskunnan budjettivalmistelussa on tehty useita muutoksia hyvinvointialueiden tehtäviin. Muutoksilla on vaikutusta myös hyvinvointialueiden rahoitukseen. Muutosten vaikutusarvioinnit on tehty valtakunnallisesti, joten vaikutukset yksittäiselle hyvinvointialueelle vaihtelevat. Historiallisesti on todennettavissa, että eduskunnan budjettivalmistelussa muutosten taloudelliset vaikutukset aliarvioidaan, koska mm. Vaikutuksia työmarkkinoihin, palveluntuottajiin ja palvelurakenteisiin on vaikeaa tehdä. Vaikutusten aliarviointi voi lisätä yksittäisen hyvinvointialueen sopeuttamistarpeita ennakoimattomalla tavalla.

Hyvinvointialueisiin kohdistuvien tehtävämuutosten vaikutus lasketaan valtakunnallisesti ja aluekohtainen rahoitus kohdennetaan rahoitusosuuksien suhteessa alueille. Rahoituksen määrityksessä ei huomioida alueen lähtötilannetta tai palvelurakennetta. Eduskunta on tehnyt myös päätöksiä, joissa leikataan rahoitusta kaikilta hyvinvointialueilta, vaikka säästövaikutus koskee vain yksittäisiä alueita.

Kansallisen ohjauksen haasteiksi ja kehittämiskohteiksi on tunnistettu mm. seuraavia. Rahoituksen riittävyys ja joustavuus: Monet alueet kokevat, että valtion rahoitus ei kata kaikkia tarpeita, ja tiukka budjettiohjaus voi rajoittaa kehittämistä. Alueiden autonomian

ja valtion ohjauksen tasapaino: Alueilla on itsehallinto, mutta valtion ohjaus voi rajoittaa niiden mahdollisuuksia tehdä itsenäisiä päätöksiä. Tietojärjestelmien ja digitalisaation kehittäminen: Kansallinen ohjaus vaatii yhteensopivia tietojärjestelmiä, mutta niiden kehitys on ollut hidasta ja hajanaista. Palvelujen yhdenvertaisuus: Vaikka tavoitteena on tasavertainen palvelujen saatavuus, alueelliset erot voivat vaikuttaa palveluiden toteutumiseen.

5.1 Lainsäädäntö ja muu kansallinen ohjaus

5.1.1 Lainsäädäntö

Hyvinvointialueiden toimintaa säätelee mm. hyvinvointialuelaki, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki sekä pelastustoimilaki. Rahoitusta säätelee hyvinvointialueiden rahoituslaki. Hyvinvointialueiden palveluiden toimintaa ohjaa lisäksi useat substanssilait kuten terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki.

Kansallisen palvelureformin osana on käynnistetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen. Palveluvalikoimaan liittyvässä sääntelyssä määritellään ne periaatteet, joiden mukaan palvelut ja menetelmät kuuluvat sosiaali- tai terveydenhuollon palveluvalikoimaan tai on rajattu niiden ulkopuolelle.

Kansallisen palvelureformiin liittyviä muita lainsäädännöllisiä uudistushankkeita ovat mm. seuraavat:

- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi: Uudistetaan sosiaalihuollon lainsäädäntöä 100 miljoonan euron vuosittaisen säästön aikaansaamiseksi sosiaalihuollossa vuodesta 2026 alkaen. HE siirtyy annettavaksi eduskunnalle syysistuntokaudella 2026 (päivitetty 8.4.2025).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön kokonaisuudistus toteutetaan osana Hyvän työn ohjelmaa. Uudistus toteutetaan tavalla, jossa ammattioikeuksiin kytketään vain asiakas- ja potilasturvallisuuden kannalta välttämättömät ja oikeasuhtaiset edellytykset.
- Vakavasti päihteitä ja väkivaltaa käyttäviä sekä rikoksia tekeviä alaikäisiä nuoria koskevan lastensuojelulainsäädännön uudistamisen valmisteluryhmä. STM on asettanut virkamiesvalmisteluryhmän valmistelemaan ehdotukset tarvittavista säädösmuutoksista alaikäisten nuorten integroidun ja suljetun kuntoutuspalvelun perustamiseksi sekä säädösmuutoksista, joilla voidaan puuttua lasten luvattomiin poissaoloihin lastensuojelulaitoksista.
- Hallituksen esitys lastensuojelulainsäädännön uudistamiseksi. Lastensuojelulainsäädäntö uudistetaan hallitusohjelman mukaisesti, ja toteutetaan kahdessa vaiheessa. Syksyn 2025 HE sisältää mm. ehdotukset alaikäisten integroidun ja suljetun laitosmuotoisen kuntoutuspalvelun

perustamiseksi sekä ehdotukset toimenpiteistä koskien lasten luvattomia poissaoloja sijaishuoltopaikasta. Esitykseen sisällytetään myös lapsiasiavaltuutetun ehdottamat hybridiyksiköt. Syksyn 2026 HE:ssä uudistetaan lastensuojelulainsäädäntö muilta osin huomioiden erityisesti kirjaus varhaisen tuen, moniammatillisen lapsiperhetyön ja lastensuojelun avopalveluita painottavan palvelurakenteen edistämisestä.

- Hallituksen esitys laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. Opiskeluterveydenhuollon ja puolustusvoimien ennakkoterveystarkastus yhdistettäisiin ja erillisestä kutsuntatarkastuksesta luovuttaisiin. Täysi-ikäisten opiskelijoiden terveystarkastus muutettaisiin tarveperusteiseksi. Neuvolan, kouluterveydenhuollon ja ehkäisevän suun terveydenhuollon terveystarkastuksia koskevan sääntelyn päivittäminen.

- Hallituksen esitys terveydenhuoltolain muuttamisesta. Uudistetaan sairaaloiden ja päivystyksen kansallista kokonaisuutta ja erikoissairaanhoidon työnjakoa.

- Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön muutoksiksi lasten ja nuorten terapiatakuun toteuttamiseksi. Esityksellä vahvistettaisiin perustason palveluiden vastuulle kuuluvaa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyä ja hoitoa. Lainsäädännöllä täydennettäisiin hoitoon ja palveluihin pääsyä koskevaa sääntelyä terveydenhuollossa lasten ja nuorten mielenterveyden hoidon- sekä sosiaalihuollossa mielenterveystyön palveluiden osalta.

- Hallituksen esitys vammaispalvelulain soveltamisalan tarkentamista koskevaksi laiksi. Lainvalmistelu, jonka tarkoituksena on turvata vammaisten oikeuksien toteutuminen ja palveluiden saatavuus.

5.1.2 Valtion strateginen ohjaus

Valtion ohjauksen tulee olla strategista: hyvinvointialueiden toimintaa ja taloutta ohjataan kokonaisuutena. Ohjaus lähtee sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen valtakunnallisista tavoitteista, jotka tukevat julkisen talouden kestävyyttä. Ohjauskeinoina ovat säädös-, resurssi- ja informaatio-ohjaus sekä näiden yhdistäminen uusilla tavoilla (niin kutsuttu hybridiohjaus).

Valtioneuvosto vahvistaa vähintään joka neljäs vuosi valtakunnalliset strategiset tavoitteet hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien hoitamiseksi yhdenvertaisesti, laadukkaasti ja kustannusvaikuttavasti Valtioneuvosto tulee asettamaan vuoden 2025 aikana valtakunnalliset strategiset tavoitteet hyvinvointialueiden tehtävien järjestämiselle vuosille 2025–2029. Tavoitteita on valmisteltu ministeriöiden (VM, STM, SM) yhteistyönä. Valmisteluryhmän esityksenä on, että tavoitteet muodostuisivat

- hyvinvointialueiden toimintaa koskevista tavoitteista, jotka kuvaavat tavoiteltuja lopputuloksia väestön hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden, yhdenvertaisten palvelujen sekä taloudellisen kestävyyden näkökulmasta sekä

- toimintaedellytyksiä koskevista tavoitteista, jotka kuvaavat tavoiteltujen lopputulosten saavuttamisen edellytyksiä: hyvinvoivaa ja riittävää henkilöstöä, laadukasta tietoa ja toimivaa yhteistyötä.

Kaikessa hyvinvointialueiden toiminnassa, johtamisessa ja ohjauksessa tulee lisäksi painottaa vaikuttavuusperustaisuutta.

5.2 Hyvinvointialueiden talous

5.2.1 Talouden kehitys

Suomeen ja hyvinvointialueisiin kohdistuu monia taloudellisia epävarmuuksia, joihin vaikuttavat sekä kansainväliset että kansalliset tekijät. Suurvaltojen väliset voimasuhteet ja geopoliittiset konfliktit heijastuvat myös Suomen taloudelliseen tilanteeseen. Kansallisella tasolla väestömuutoksen myötä lisääntyvät palvelutarpeet vaikuttavat suoraan myös hyvinvointialueiden talouteen.

Valtiovarainministeriön syksyn 2024 taloudellisen katsauksen mukaan Suomen talouden kehitys on ollut viime vuosina selvästi heikompaa kuin euroalueella keskimäärin, mutta Suomen talous näyttäisi selättäneen taantuman. Inflaation hidastuminen ja korkojen lasku tukevat kulutusta ja investointeja. Julkisiin menoihin kohdistuvat säästöt ja verojen korostus hidastavat kotimaisen kysynnän kasvua ja nostavat hintoja ennustejakson alussa, kun taas työllisyystoimet kasvattavat työn tarjontaa läpi ennustejakson.

Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2025–2028 on arvioitu hyvinvointialueiden menopaineita sekä rahoituksen kehitystä kehyskauden aikana. Hyvinvointialueiden menopaineet muodostuvat monista tekijöistä, kuten

- Väestön ikääntyminen, mikä lisää erityisesti pitkäaikaishoidon ja erikoissairaanhoidon tarvetta
- Palvelutarpeen kasvu, joka näkyy lisääntyvinä perusterveydenhuollon, mielenterveyspalveluiden ja sosiaalihuollon kustannuksina
- Henkilöstökustannusten nousu, erityisesti hoitoalan työvoimapulan ja palkkakehityksen seurauksena
- Lääkekustannusten ja hoitotarvikkeiden hinnannousu, mikä vaikuttaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin
- Digitaalisten ja etäpalveluiden kehittämisen tarpeet, jotka vaativat investointeja, mutta voivat pitkällä aikavälillä parantaa palveluiden saavutettavuutta ja tehokkuutta.

Hyvinvointialuetalouden näkymä vuosille 2024–2028 on monella tapaa vaikea. Hyvinvointialueiden ennustettu menopaine on suurta. Menopaine uhkaa vaarantaa hyvinvointialueiden suunnitteleman kustannuskehityksen toteutumisen ja julkisen talouden suunnitelmassa päätetyn valtionrahoituksen riittävyyden.

Julkisen talouden suunnitelmassa hyvinvointialueille varatun valtionrahoituksen riittävyys edellyttää, että alueet kykenevät sopeuttamaan kustannuksiaan riittävästi suhteessa ennustettuun kustannusten kehitykseen. Tämä on edellyttänyt hyvinvointialueilta erittäin mittavia talouden sopeuttamistoimia. Sopeuttamistarvetta ohjaa myös hyvinvointialueiden velvoite kattaa taseeseen kertyneet alijäämät lain edellyttämässä määräajassa. [35]

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen alijäämät asukasta kohti ovat korkeimpien joukossa muiden hyvinvointialueisiin verrattuna. Samaan aikaan kun alueen tarvevakioidut, asukaskohtaiset toimintamenot ovat maan edullisimpien joukossa Alijäämän kattamisvelvollisuus tuo mukanaan muutosvauhdin, joka on paitsi raskas henkilöstölle, aiheuttaa myös asukkaissa epävarmuuden tunnetta palvelujen saatavuudesta.[36]

Hyvinvointialue pyrkii kattamaan suunnitelmakauden ensimmäisinä vuosina kertyneet alijäämät kaikin keinoin alkavalla suunnittelukaudella. Hyvinvointialueen talouden suunnitteluun sisältyy paljon epävarmuustekijöitä ja riskejä, jotka haastavat talouden tasapainon saavuttamista lainsäädännön asettamassa aikataulussa. Talousarviovuonna 2025 Kanta-Hämeen hyvinvointialue tavoittelee selvästi positiivista tilikausikohtaista tulosta. Tämä siis tarkoittaa sitä, että alijäämien kertymisen odotetaan pysähtyvän ja saavutamme tilikausikohtaisen tasapainoisen talouden. Voimassa oleva lainsäädäntö ja tasapainottamisvelvoitteen aikataulu on hyvinvointialueen näkökulmasta erittäin haasteellinen, mutta ei täysin mahdoton. [36]

Hyvinvointialueiden taloutta ohjaava lainsäädäntö velvoittaa etsimään säästöjä erittäin nopeassa aikataulussa ja samanaikaisesti on käynnissä useita eri ohjelmia ja säästötoimenpiteitä. Myös hyvinvointialeuiden järjestämisvastuu on määritelty laeissa ja se edellyttää mm., että hyvinvointialue suunnittelee ja toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve sitä edellyttää. Talouden sopeuttaminen tiukassa aikataulussa herättää vakavaa huolta siitä, miten sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen palvelut pystytään tästä huolimatta turvaamaan. [36]

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimintakatteen kasvu oli vuonna 2024 noin 1 %, mikä on alustavien tietojen mukaan hyvinvointialueiden kasvuista pienimpiä. Hyvinvointialueen talouden suunta on saatu käännettyä, mutta on todennäköistä, että päätettyjen sopeuttamistoimenpiteiden vaikutuksia tulee arvioida ja uusia sopeuttamistoimia valmistella päätöksentekoon talouden tasapainoon saattamiseksi.

Merkittäviä riskejä talouden tasapainoon liittyen ovat mm.

- Työehtosopimukset
- Työn saatavuus
- In house -lainsäädännön uudistaminen
- Palveluiden kysynnän kehitys
- Asiakasmaksukertymät
- Rahoitusjärjestelmän epävakaus
- Isojen muutosten lyhyt aikajänne.

Talouden kehityksen osalta keskeisimmät hyvinvointialueen toimista on kohdennettava toimintakuluihin vaikuttaviin tekijöihin, koska suurin osa hyvinvointialueen rahoituksesta on valtion yleiskatteellista rahoitusta, johon vaikutusmahdollisuudet ovat hyvin rajalliset.

5.2.2 Hyvinvointialueiden rahoitus

Hyvinvointialueiden rahoitusjärjestelmä Suomessa perustuu valtion yleiskatteelliseen rahoitukseen, jonka keskeiset periaatteet on määritetty Sipilän hallituskaudella ja hyväksytty Marinin hallituskaudella. Rahoitusmalli nojaa pitkälti kuntien aiempaan valtionosuusjärjestelmään. Marinin hallituskaudella on todettu, että järjestelmän toimivuutta tulee arvioida kokemuspohjaisesti ja tarvittaessa tehdä korjauksia tulevina vuosina. Orpon hallituskaudella on tunnistettu tarve uudistaa järjestelmää erityisesti rahoituspohjan kestävyyden, kannustavuuden ja kustannusten hallinnan näkökulmista. Rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi on asetettu työryhmä, jonka tavoitteena on laatia kehittämisesityksiä vuosien 2023–2026 aikana.

Työryhmän keskeisiin tehtäviin kuuluu rahoituksen jälkikäteistarkistuksen uudistaminen lisäämällä hyvinvointialueiden omavastuuta, tarve- ja olosuhdetekijöiden arviointi siten, että alueiden erityispiirteet huomioidaan nykyistä paremmin, sekä toimenpiteiden valmistelu kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Näiden muutosten on tarkoitus astua voimaan asteittain vuosina 2026–2027.

Orpon hallitus on tehnyt useita päätöksiä, joilla on vaikutuksia hyvinvointialueiden talouteen. Näitä ovat muun muassa omavastuuosuuden lisääminen rahoituksen jälkikäteistarkistukseen, lisärahoituksen poisjättäminen jälkikäteistarkistuksesta, ennakollinen talouden ohjausmenettely sekä asiakasmaksujen täysimääräinen huomioiminen rahoituksessa. Lisäksi hallitusohjelmassa on esitetty muun muassa Hyte-kertoimen painoarvon nostamista sekä rahoituksen määräytymisperusteiden tarkistamista. Näiden toimien tavoitteena on lisätä alueiden taloudellista vastuuta, kannustaa tehokkaaseen toimintaan ja parantaa julkisen talouden kestävyyttä. Pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna on todennäköistä, että Hyte-kertoimen painoarvo tulee nousemaan määräytymisperusteiden osalta. Hyvinvointialueen näkökulmasta yhteistyötä tulee kehittää kuntien kanssa, jotta Hyte-kertoimen muutoksiin voidaan vastata paremmin.

Hyvinvointialueiden rahoitukseen vaikuttaa neljä keskeistä tekijää:

- jälkikäteistarkistus
- tarvekertoimet
- väestötekijät ja
- hyvinvointialueindeksi (HVA-indeksi).

Jälkikäteistarkistuksessa rahoitus tarkistetaan vastaamaan koko maan toteutuneita kustannuksia kahden vuoden viiveellä. Vuodesta 2026 alkaen alueille tulee myös omavastuuosuus, mikä lisää taloudellista vastuuta. Tarvekertoimet huomioivat alueiden väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen, mutta niiden laskentaan liittyy haasteita, kuten diagnoositietojen luotettavuus. Väestötekijöiden muutokset, erityisesti väestön ikääntyminen ja väheneminen, vaikuttavat rahoitukseen merkittävästi. HVA-indeksillä puolestaan pyritään korjaamaan rahoitusta kustannustason muutosten

mukaisesti, mutta sen laskentaperusteet eivät täysin vastaa alueiden todellisia kustannuksia.

Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2025–2028 arvioi hyvinvointialueiden menopaineiden kasvavan väestön ikääntymisen, palvelutarpeen lisääntymisen ja henkilöstökustannusten nousun vuoksi. Samalla rahoituksen kasvu hidastuu, mikä lisää alueiden sopeuttamistarpeita. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen osalta rahoituksen ennustetaan kasvavan tarkastelujaksolla vain maltillisesti, mikä ei kata ennustettua inflaatiota ja palvelutarpeen kasvua. Erityisesti alueen väestörakenteen muutos ja väestön ikääntyminen lisäävät palvelutarvetta ja taloudellisia haasteita.

Hyvinvointialueiden rahoitusjärjestelmä lisää alueiden tarvetta sopeuttaa toimintaansa. Järjestelmän kehittämisessä on keskeistä löytää tasapaino rahoituksen oikeudenmukaisuuden, kustannusten hallinnan ja palveluiden saatavuuden turvaamisen välillä. Kanta-Hämeen näkökulmasta rahoitusjärjestelmän nykyiset painotukset ja tulevat muutokset eivät tue alueen taloudellista asemaa, vaan alueen tulee vahvistaa omaa palveluiden järjestämisen tehokkuutta vastatakseen taloudellisiin haasteisiin.

Hyvinvointialueiden rahoitusjärjestelmä on tällä hetkellä voimakkaassa muutoksessa, mikä heikentää merkittävästi rahoituksen ennustettavuutta. Tästä syystä Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulee erityisesti keskittyä siihen, että toimintakatteen kehitys säilyy maltillisella tasolla. On todennäköistä, että valtion yleiskatteellinen rahoitus vaihtelee ennustamattomasti seuraavien tilikausien aikana ja aiheuttaa lisäsopeuttamistarpeita vuosina 2027–2030.

Rahoitusjärjestelmän ennusteikkuna on tällä hetkellä lyhyt, vain muutaman kuukauden mittainen, kun sen tulisi olla vähintään kolme tilikautta. Tästä syystä toimintaympäristöanalyysissä ei ole mahdollista luotettavasti arvioida alueen yleiskatteellisen rahoituksen kehitystä.

6 Henkilöstön saatavuus, osaaminen ja työn murros

6.1 Henkilöstön saatavuus

Eläköityminen
Riittävän työvoiman rekrytointi ja alalla pitäminen ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä pelastustoimen haaste Suomessa ja koko Euroopassakin. Kevan päivitetyn eläköitymisennusteen mukaan hyvinvointialueiden työntekijöistä vanhuus- ja työkyvyttömyyseläkkeille on poistumassa seuraavien kymmenen vuoden kuluessa lähes kolmasosa. Määrällisesti suurin osa heistä on lähi- ja sairaanhoitajia. [37]

Suurimpien sote-ammattiryhmien välillä eroja arvioidussa eläköitymisessä on selvästi, johtuen muun muassa eroista ikärakenteessa ja työkyvyttömyysriskeissä. Ammattiryhmien väliset erot näyttäytyvät ennusteessa samansuuntaisina kaikilla hyvinvointialueilla. [37]

Suurimmista ammattiryhmistä lähihoitajien arvioitu eläköityminen on keskimääräistä suurempaa. Seuraavien kymmenen vuoden aikana eläkkeelle on siirtymässä arviolta kolmannes lähihoitajista. Arviota kasvattaa lähihoitajien keskimääräistä korkeampi työkyvyttömyysriski. Laitoshuoltajien (sairaala- ja laitosapulaiset) kymmenen vuoden eläköitymisarvio on jopa 43 %, ja heidänkin eläköitymislukujaan nostaa verrattain korkea työkyvyttömyyden riski. [37]

Sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, sosiaalityöntekijöistä ja sosiaalialan ohjaajista kymmenen vuoden sisällä on eläköitymässä vajaa neljännes. Vastaavasti erikoislääkäreistä eläkkeelle on siirtymässä vain 17 % ja pelastajista (palomiehet) 18 %. [37]

Eläköitymisennuste Kanta-Hämeen hyvinvointialueella noudattaa hyvinvointialueiden yleistä trendiä. Kanta-Hämeessä vanhuuseläköityy 29 % eli noin 2000 työntekijää vuosina 2025–2040. Lisäksi eri ammattilaisia ennustetaan joutuvan työkyvyttömyyseläkkeelle samalla aikavälillä 5 % ja osatyökyvyttömyyseläkkeelle ennusteen mukaan siirtyy 7 % henkilöstöstä.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen työhyvinvointikyselyn (2023) mukaan kyselyyn vastanneista noin 60 % uskoo jatkavansa työssä eläkeikään saakka. Työssä jatkamista ja jaksamista heikentäviksi tekijöiksi nousivat muun muassa kokemus siitä, että työ ei palkitse, eettinen kuormitus, työmäärä, väkivallan uhka sekä heikko palautuminen. Työssä jaksamista puolestaan koettiin tukevan työhön panostaminen sekä työn mielekkyys. [38], [39]

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella henkilöstön lähtövaihtuvuus vuonna 2023 oli 10 % ja 9 % vuonna 2024. Vuonna 2024 poislähteneistä 35 % jäi eläkkeelle. [38]

Henkilöstön saatavuus
Kanta-Hämeen hyvinvointialueella tulovaihtuvuus vuonna 2023 oli 9 % ja 6 % vuonna 2024. Vuoden 2024 aikana työvoiman saatavuus yleisesti ottaen parani, mikä mukaili valtakunnallista suuntaa. Hakijamäärät lisääntyivät myös hoiva- ja hoitohenkilöstön osalta, joissa on pitkään ollut haasteita. Oma Hämeellä, kuten myös valtakunnallisesti, haasteita oli edelleen sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden rekrytoinneissa. [38]

Etätyömahdollisuudet ovat lisänneet työnhakijamääriä ja tuoneet joustoja sote-henkilöstön saatavuuteen. Hyvinvointialueet houkuttelevat sote-ammattilaisia monipuolisella rekrytointimarkkinoinnilla, henkilöstöeduilla, koulutusmahdollisuuksilla, kilpailukykyisten työsuhteen ehtojen sekä digitalisaation avulla. Hyvinvointialueilla tulee olla käytössä rekrytoinnin strateginen suunnitelma, monipuolisia rekrytointikäytänteitä, yhteistyötä rekrytointikumppaneiden kanssa. Työnantajamielikuvan parantaminen, hakijakokemuksen vahvistaminen ja sujuva rekrytointiprosessi ovat keskeisiä keinoja osaavan henkilöstön houkuttelemiseksi. [40]

Kansainvälisen rekrytoinnin ja monimuotoisuuden edistäminen on keskeinen osa rekrytoinnin strategiaa. Kansainvälistä työvoimaa pidetään ratkaisuna sote-alan henkilöstöpulaan ja sen onnistuminen edellyttää panostusta kielikoulutukseen, perehdytykseen ja kulttuuriseen sopeuttamiseen. Kanta-Hämeessä monimuotoisuuden tukemiseksi on otettu käyttöön anonyymi rekrytointi ja organisaatiossa on ryhdytty aktiivisesti, yhteistoiminnallisesti edistämään tasa-arvoa ja inklusiivisuutta. Kanta-Hämeen hyvinvointialue rekrytoi vuonna 2024 Kreikasta ja Espanjasta hoitajia ikäihmisten palveluihin sekä erikoissairaanhoitoon.

Oppisopimusmallit ja monipuoliset koulutuspolut tuovat konkreettisia ratkaisuja työvoimapuolaan. Lisäksi vieraskielisille suunnatut oppisopimusryhmät ja paikallisiin tarpeisiin kohdennetut koulutusratkaisut tukevat alueellisen työvoiman riittävyyttä.

Kanta-Hämeen alueella tammikuussa 2025 sosiaali-, terveys- ja hyvinvointialan työttömien työnhakijoiden riskitekijöinä korostuivat pitkäaikaistyöttömyys, yli 55-vuotiaat, työkykyyn liittyvät riskit ja riittämätön koulutus avoinna oleviin tehtäviin [41]. Suhteutettaessa riskitekijöitä hyvinvointialueen rekrytointitarpeisiin sekä työtehtävien luonteeseen ja kuormitustekijöihin, on vaikea nähdä alueen työttömistä työnhakijoista ratkaisua tai tukea tilanteeseen.

6.2 Työn murros ja osaaminen

Työn murros
Työn murros tarkoittaa laajaa ja pitkäkestoista muutosta työelämässä, joka johtuu muun muassa teknologian kehityksestä, digitalisaatiosta, tekoälyn ja robottien käyttöönotosta sekä uusista toimintatavoista työpaikoilla.

Työn murros on aikamme suurimpia haasteita ja samalla se tarjoaa ainutlaatuisia mahdollisuuksia ja näkymiä tulevaisuuden työelämälle. Muutokset työtehtävissä, toimintatavoissa ja teknologioissa edellyttävät meiltä uudenlaista osaamista ja joustavuutta. Myös oppimisen tavat monimuotoistuvat. Tämä murros haastaa meitä ajattelemaan uudella tavalla koko työyhteisön osaamisesta ja kyvykkyyksistä sekä

näiden johtamisesta, ei ainoastaan yksilön työuran näkökulmasta vaan yhteisenä pyrkimyksenä kohti entistä parempaa työelämää.

Työnjaon kehittäminen
Työnjaolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä tehtävien ja vastuiden jakamista ja työnjaolla pyritään tehostamaan toimintaa, vähentämään päällekkäisyyksiä ja parantamaan palvelujen laatua. Kokonaisuus sisältää työnjaon tasot ja kohteet, miten eri tehtävät ja vastuut jaetaan eri ammattiryhmien kesken, päällekkäisyydet ja rajatyön, miten eri ammattiryhmien tehtävät menevät päällekkäin tai miten yhteistyötä tarvitaan ammattiryhmien rajojen yli, työn ohjaamisen, miten työnjakoa ohjataan ja kehitetään sekä automaation ja robotiikan, miten teknologian käyttö vaikuttaa työnjakoon ja tehtävien uudelleenjärjestelyyn. [36]

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjako on ollut pääasiallisesti ammattiryhmälähtöistä ja perustunut työntekijälähtöisiin työmenetelmiin, toimintamalleihin, työn tekniseen suorittamiseen, tehtävärajoihin ja ollut vahvasti säännösteltyä. Työnjako on sisältänyt työtehtävien erikoistumista, työtehtävien tarkkaa osittamista sekä byrokraattista rakennetta.

Ammattiryhmälähtöinen työnjako on riittämätön ja työnjaon uudelleentarkastelun muutos asiakaslähtöisesti tarkoittaa, että palvelut ja hoito järjestetään asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Tämä edellyttää muutosta ammattiryhmien väliseen joustavaan yhteistyöhön ja tehtävien uudelleenjärjestelyyn, työtehtävien päällekkäisyyksien purkamiseen, palveluiden tosiasialliseen integraatioon ammattilaisten ja toimialueiden välillä. [36]

Hyvinvointialueiden työehtosopimusten rajallisuus vaikuttaa integroitavien, asiakaslähtöisten palvelujen tuottamiseen. Hyvinvointialueilla on rajoitettu yleinen toimiala, mikä tarkoittaa, että niiden toiminta ja tehtävät määritellään tarkasti lainsäädännössä. Tämä rajallisuus voi vaikeuttaa joustavien ja integroitujen palvelujen kehittämistä, koska nykyisten työehtosopimuksien puitteissa ei aina ole mahdollista tehdä tarvittavia muutoksia ketterästi henkilöstön työtehtäviin tai palkkaukseen. Lisäksi hyvinvointialueiden suunnittelussa on huomioitava henkilöstön ja rahoituksen riittävyys, jotka ovat keskeisiä tekijöitä palvelujen onnistuneessa integroinnissa. Hyvinvointialueet pyrkivät kuitenkin löytämään ratkaisuja näihin haasteisiin, jotta palvelujen yhteensovittaminen ja integrointi voidaan toteuttaa tehokkaasti ja vaikuttavasti. [42], [43], [44]

Osaaminen
Osaamistarpeiden ennusteessa näkyy väestön ikääntyminen, kansainvälistyminen sekä työelämän digitalisaation muutos. Digitaalinen turvallisuusosaaminen ja kestävyystoiminta arvioitiin tärkeimmiksi ja edistyneintä osaamista vaativiksi osa-alueiksi tarkasteltaessa laaja-alaisten osaamistarpeiden kehitystä vuoteen 2030 mennessä. Eurooppalaisen kestävyysosaamisen GreenComp-viitekehyksen tarkoituksena on vahvistaa kestävää kehitystä Euroopan unionin alueella ja sen osaamisalueita ovat systeeminen ajattelu, kriittinen ajattelu, ongelmanratkaisutaidot, ennakointiosaaminen, sopeutumiskyky, kokeileva ajattelutapa, kestävyystoiminta. [45]

Tulevaisuudessa korostuvat metataidot. McKinsey Global Institute listaa tarvittavat taidot digitaalisessa ympäristössä: itsensä johtaminen, kognitiivinen kyvykkyys, sopeutumis- ja oppimiskyky, sosiaaliset taidot sekä sivistys. Teknologian kehittyessä työssä tarvitaan luovuutta, ongelmanratkaisukykyä, empatiaa ja vuorovaikutustaitoja.

Sairaanhoitajien kohdalla osaamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävimmin dementiahoitotyössä, ennaltaehkäisevässä terveydenhoitotyössä, geriatriassa, gerontologisessa hoitotyössä, kliinisessä päätöksentekokyvyssä sekä palliatiivisessa ja saattohoidossa. [46]

Lähihoitajien kohdalla osaamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävimmin aggressiivisten, haastavasti käyttäytyvien asiakkaiden kohtaamistaidoissa, erilaisuuden kohtaamistaidoissa, gerontologisessa hoitotyössä, kuntoutusosaamisessa, lastensuojeluosaamisessa, kotipalveluosaamisessa ja saattohoidossa. [46]

Sosiaalialan ohjaajilla osaamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävimmin erilaisuuden kohtaamisen taidoissa ja vapaaehtoistyön ohjaamisessa/tukemisessa. Sosiaalityöntekijöiden osaamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävimmin kulttuurien välisen osaamisen vaatimuksissa. [46]

Muista ammattiryhmistä esim. fysio- ja toimintaterapeuteilla osaamisen tarpeen ennakoidaan kasvavan merkittävästi hyvinvointiteknologian ja työkyvyn edistämisen osalta, hammaslääkäreillä suugeriatrisen, monisairaiden hoito-osaamisen ja teknisten laitteiden käytön osalta sekä farmasiassa potilasturvallisuuden, ennaltaehkäisevän terveydenhoitotyön, lääkehoito/-neuvonta, robotiikka osaamisien osalta.[46]

Tutkintoennuste -raportissa ennakoidaan uusien ammatillisesta koulutuksesta, ammattikorkeakoulutuksesta ja yliopistokoulutuksesta valmistuvien tutkintojen määrää vuonna 2030 verrattuna vuoteen 2022.

- Ammatillisissa perustutkinnoissa hoitotyön tutkinnot vähenevät 7846 -> 6962
- Ammattikorkeakoulututkinnoissa hoitotyöntutkinnot vähenevät 4594 -> 3920
- Sosiaalityön ja –ohjauksen tutkinnot vähenevät 758 -> 3612
- Kuntoutuksen tutkinnot vähenevät 877 -> 739 ja
- Kuvantamisen / bioanalytiikan tutkinnot vähenevät 418 -> 365. (31)

- Yliopistotutkinnoissa lääkärikoulutuksen tutkinnot ennustetaan vähenevän 705 -> 619
- Suunterveydenhuollon tutkintojen ennustetaan vähenevän 178 -> 143
- Sosiaali- ja käyttäytymistieteiden tutkintojen ennustetaan vähenevän 257 -> 189
- Psykologian tutkintojen ennustetaan vähenevän 325 ->206 ja
- Farmasian tutkintojen ennustetaan vähenevän 410 -> 248.

Teknologian ja digitalisaation nousu
Teknologia ja digitalisaatio ovat tulevaisuuden työelämän avaintekijöitä. Tekoäly, automaatio ja robotiikka vähentävät rutiinitehtäviä, vapauttaen henkilöstöä vaativimpiin tehtäviin. Etähoito ja telelääketiede parantavat palvelujen saatavuutta. Digitaaliset ratkaisut tehostavat eri ammattiryhmien yhteistyötä. Tekoälypohjainen analytiikka auttaa koordinoimaan hoitoa ja työnjakoa. Moniosaajamallit yleistyvät, jolloin työntekijät voivat toimia useissa rooleissa, mikä lisää työn sujuvuutta.

Tekoälyn ja digitaalisten ratkaisujen hyödyntäminen osaamisen vahvistamisessa kasvaa merkittävästi. Henkilöstön koulutus keskittyy digitaalisiin taitoihin ja tekoälyn käyttöön niin asiakas- ja potilastyössä kuin hallinnollisissa tehtävissä. Virtuaalitodellisuus ja lisätty todellisuus otetaan käyttöön koulutuksessa, hoidossa ja

palveluissa. Esimerkiksi tekoälyasiantuntijat kehittävät ja ylläpitävät tekoälyjärjestelmiä hyvinvointipalveluissa. Dataa hyödyntävät ammattilaiset parantavat hoidon ja palvelujen suositusten mukaista toteuttamista ja tehokkuutta sekä asiakkaan elämänlaatua.

Riskit liittyvät tietoturvaan ja yksityisyyden suojaan. Teknologian nopea kehitys voi tuoda haasteita henkilöstön koulutukseen ja käyttöönottoon. Uudet teknologiat voivat herättää eettisiä ja lainsäädännöllisiä kysymyksiä, ja toimenpiteiden kestävyys on varmistettava. [47], [48], [49], [50], [51], [52], [53]

7 Yhteistyö

7.1 Yhdyspinta- ja järjestöyhteistyö

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (hyte) on hyvinvointialueiden ja kuntien lakisääteinen perustehtävä. Keskeisiä toimijoita ovat lisäksi järjestöt, seurakunnat, koulutusorganisaatiot ja paikalliset yritykset. Yhteistyön tavoitteena on edistää alueen asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä, kaventaa terveyseroja, edistää työllisyyttä, tukea kotoutumista sekä varmistaa väestön turvallisuus ja varautuminen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen mielletään vahvasti ennaltaehkäisevänä toimintana, joka toteutuu eri toimijoiden saumattomana yhteistyönä. Keskeistä on käytännön hyvinvointityö, joka syntyy ja kehittyy kunnissa sekä hyvinvointialueilla eri toimijoiden ja kumppaneiden, kuten järjestöjen ja yritysten sekä asukkaiden, kanssa. Esimerkkeinä tästä ovat mm. ikääntyville järjestettävä digikoulutus, opastus edunvalvontavaltuutuksien laadintaan tai palvelut, joilla mahdollistetaan apuvälineiden asennus ikääntyneiden koteihin.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on tärkeää myös silloin, kun terveydellisiä tai hyvinvointiin liittyviä ongelmia on jo syntynyt. Tuen oikea-aikaisuus, palveluiden saumattomuus ja sujuvuus ovat asioita, joita edistetään yhdessä kuntien ja muiden toimijoiden kanssa.

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien valtionrahoituksen perusteeksi on otettu käyttöön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin eli Hyte-kerroin. Vuoden 2023 alusta Hyte-kertoimen mukainen summa on jaettu hyvinvointialueille asukasluvun mukaan. Toimintaa ja tuloksia väestötasolla kuvaavat indikaattorit huomioidaan ensimmäisen kerran vuoden 2026 rahoituksen jaossa. [54]

7.1.1 Yhteistyö kuntien kanssa

Sote-uudistuksen myötä kuntien tehtäväkenttä ja rooli on muuttunut yhä vahvemmin korjaavista palveluista ennaltaehkäisyyn. Kunnilla on sivistys-, elinympäristö-, elinkeino ja työllisyys-, hyvinvointi, osallisuus ja yhteisöllisyys-, kehittäjäkumppani- ja itsehallintorooli.

Kuntien rooli kuntalaistensa hyvinvoinnin, osallisuuden ja yhteisöllisyyden edistäjänä korostuu entisestään tulevaisuudessa. Se mahdollistaa hyvinvointia esimerkiksi tarjoamalla liikunta- ja kulttuuripalveluita sekä fyysisiä tiloja/paikkoja ko. toimintaan. Kuntien keskeisenä tehtävänä on ongelmien ja/tai hyvinvointivajeiden ennaltaehkäisy. Tässä keskeistä on asukkaiden yhdenvertaisten mahdollisuuksien vahvistaminen. Ennaltaehkäisevässä työssä yhteistyö asukkaiden, hyvinvointialueiden, järjestöjen ja muiden keskeisten tahojen kanssa on tärkeää.

Sivistyspalveluiden tehtävänä on edistää kunnan ja kuntalaisten hyvinvointia, osaamista sekä elinvoimaisuutta. Kuntien sivistyspalvelut tekevät laaja-alaista yhteistyötä eri tahojen, kuten hyvinvointialueen kanssa.

Myös elinkeinojen ja työllisyyden vahvistamisessa merkittävää on yhteistyö kunnan, hyvinvointialueen, järjestöjen, yritysten ja muiden viranomaisten välillä. Esimerkiksi työllisyyttä edistämällä voidaan ehkäistä syrjäytymistä ja tarjota riittävä toimeentulo alueen asukkaille [55]. Nämä kuntien toimet vaikuttavat vahvasti myös sote-palveluiden käyttötarpeeseen. Hyvinvointialueen tärkeät yhteistyökumppanit työllistämisessä ovat Kanta-Hämeen kaksi työllisyysaluetta, TyöHäme ja Ehta, sekä Kela. Yhteistyöllä pyritään sujuviin asiakaspolkuihin ja prosesseihin, jotka tukevat tehokasta työllistymistä ja työkyvyn vahvistamista.

Lainsäädännössä yhteistyövelvoite kuntien ja hyvinvointialueen välillä on säädetty muun muassa laissa hyvinvointialueesta [56] sekä laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä [57]. Yhteisten tavoitteiden saavuttaminen edellyttää selkeitä rakenteita ja työnjakoa, sujuvia toimintamalleja, yhteisiä suunnitelmia sekä avointa ja osallistavaa vuoropuhelua hyvinvointialueen, kuntien ja muiden keskeisten sidosryhmien välillä. [58]. Alueen asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä, siihen vaikuttavia tekijöitä ja tehtyjä toimenpiteitä tulee myös seurata ja arvioida.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen, alueen kuntien ja Hämeen liiton välillä on puitesopimus, jossa on sovittu osapuolten väliset yhteistyörakenteet, periaatteet ja tavoitteet. Nämä yhteistyörakenteet on määritelty neljälle toisiaan täydentävälle tasolle. Oma Häme, kunnat ja Hämeen Liitto ovat nimenneet edustajansa kaikkien tasojen foorumeihin ja työryhmiin lukuun ottamatta avoimia verkostoja ja foorumeita. Myös järjestöillä on edustajansa näissä yhteistyörakenteissa. Eteenpäin pääsemiseksi on tärkeää vahvistaa näitä rakenteita, joissa asioita voidaan johtaa, suunnitella ja panna toimeen yhdessä.

Hyvinvointiin, terveyteen, arjen turvallisuuteen ja eriarvoisuuteen liittyvät haasteet ovat merkittäviä, eikä niihin ei ole nopeita ja yksinkertaisia ratkaisuja. Näiden suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen edistäminen edellyttää taloudellisia panostuksia, rakenteellisia muutoksia sekä isoja sekä pieniä arjen tekoja. Rakenteelliset muutokset edellyttävät myös ajattelutavan sekä palveluiden ja toimintatapojen rohkeaa uudistamista. Tässä onnistuminen edellyttää eri tahojen saumatonta ja tiivistä yhteistyötä.

Ikääntyvä väestö, syntyvyyden lasku sekä väestön monikulttuurisuuden kasvu tuovat uusia haasteita hyvinvointialueen ja eri sidosryhmien yhteistyölle ja palveluiden järjestämiselle. Tarvitaan joustavia ja yksilöllisiä ratkaisuja (vrt. digitalisaatio, liikkuvat palvelut), jotka huomioivat väestörakenteen ja väestöryhmien muuttuvat tarpeet, mutta myös alueelliset erityispiirteet. Digitalisaatio ja teknologian kehitys tarjoavat uusia mahdollisuuksia, mutta samalla ne tuovat myös haasteita niin osaamisen kuin myös teknologian käyttöönottoon ja aktiiviseen hyödyntämiseen. Käyttöönotto vaatii myös investointeja sekä henkilöstön koulutusta yhdyspinnan eri organisaatioissa (hyvinvointialue, kunnat, järjestöt yms).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä Hyte-yhdyspintatyössä keskeistä on panostaa entistä vahvemmin ennaltaehkäisevään työhön, koska vain siten voidaan tulevaisuudessa hillitä kustannusten kasvua ja korjaavien palveluiden kasvavaa tarvetta. Keskeistä on panostaa erityisesti heikossa asemassa oleviin ja hauraisiin väestöryhmiin, koska hyvinvointivajeet kohdentuvat ja kasaantuvat pääosin vain osalle väestöryhmistä.

7.1.2 Yhteistyö järjestöjen kanssa

Kanta-Hämeen alueella toimii noin 3200 järjestöä tai rekisteröitynyttä yhdistystä, joista noin 260 on sosiaali- ja terveysalan järjestöä. Järjestöt toimivat sote- ja hyte-palveluiden tuottajina, mutta ne tuottavat myös kansalaistoimintaa. Järjestöillä on tärkeä rooli haavoittuvassa asemassa olevien asukkaiden tavoittamisessa. Ne tukevat asukkaiden osallisuutta ja vaikuttamisen mahdollisuuksia.

Hyvinvointialueiden ja järjestöjen välistä yhteistyötä Suomessa ohjaavat useat lait ja säädökset, jotka tukevat järjestöjen roolia hyvinvointipalveluiden tuottamisessa. Kanta-Hämeen alueellisen hyvinvointisuunnitelman tavoite on parantaa järjestöjen toimintamahdollisuuksia. Hyvinvointialueen suunnitelmaan vuosille 2025–2028 on sisällytetty toimenpiteitä, jotka tukevat järjestöjen ja hyvinvointialueen yhteistyön vahvistumista. Oma Häme myöntää avustuksia järjestöjen yleishyödylliseen toimintaan, joka täydentää ja tukee alueen sosiaali-, terveys- ja pelastuspalveluiden tarjontaa. Avustettavan toiminnan on tuettava Oma Hämeen strategian ja hyvinvointisuunnitelman mukaisten tavoitteiden toteutumista.

Järjestökenttä on merkittävässä muutoksessa seuraavien kymmenen vuoden aikana. Päätökset tulevaisuuden rahoitusmalleista vaikuttavat suoraan järjestöjen toimintaedellytyksiin. STEA-avustusten kokonaismäärä on laskenut vuodessa 383,5 miljoonasta 304 miljoonaan euroon, mikä on vähentänyt myös alueellisesti myönnettyjä avustuksia. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella järjestöille myönnetty STEA-rahoitus putosi 6 miljoonasta 3 miljoonaan euroon, vaikka tarve on säilynyt korkeana – haettujen avustusten määrä oli vuonna 2025 yhteensä 7 miljoonaa euroa. Myös Oma Hämeen myöntämät avustukset ovat laskeneet – vuonna 2024 määräraha oli 463 000 euroa Vuonna 2025 määräraha on 330 000 euroa.

Järjestöavustusten tiukentumisen lisäksi järjestöillä on huoli vapaaehtoisten sitoutumisesta ja kilpailu jäsenistä, osaavista työntekijöistä ja vapaaehtoisista kovenee. Suuret muutokset ja kiristynyt resurssitilanne voivat myös vaikuttaa järjestötyöntekijöiden ja vapaaehtoisten jaksamiseen ja henkilöstövaihtuvuuteen. Mikäli järjestöt eivät kykene tarjoamaan palveluita resurssien puutteen vuoksi, on hyvinvointialueen ja alueen kuntien paikattava tämä aukko omilla palveluillaan. [59]

7.1.3 Oppilaitosyhteistyö

Oppilaitosyhteistyö on keskeinen osa koulutuksen ja työelämän välistä vuorovaikutusta. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella yhteistyötä tehdään useamman eri oppilaitoksen kanssa (yliopistot, ammattikorkeakoulut, ammatilliset oppilaitokset). Erityisesti yhteistyötä rakennetaan oman hyvinvointialueen (Hämeen ammattikorkeakoulun, HAMK, ja Koulutuskuntayhtymä Tavastian) ja YTA-alueen oppilaitosten kanssa koulutus-, tutkimus-, projekti- ja hankeyhteistyössä. Yhteistyö oppilaitosten välillä vahvistaa oppilaitosten työelämätuntemusta, turvaa työpaikoille ammattitaitoista työvoimaa sekä auttaa rakentamaan sujuvia oppimispolkuja opiskelijoille.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella oppilaitosyhteistyön avulla varmistetaan, että opiskelijoilla on ajantasaiset tiedot ja taidot, jotka vastaavat työelämän tarpeita. Tämä saavutetaan tarjoamalla opiskelijoille mahdollisuuksia osallistua käytännön

projekteihin ja harjoittelujaksoihin, jotka ovat suoraan yhteydessä heidän opintoihinsa. Opiskelijat saavat käytännön kokemusta ja ohjausta, mikä vahvistaa heidän ammatillista osaamistaan ja valmiuksiaan työelämään. Tämä auttaa heitä siirtymään sujuvasti opintojen jälkeen työelämään. Hyvä yhteistyö oppilaitosten kanssa tekee Oma Hämeestä houkuttelevamman uravaihtoehdon opiskelijoille. Yhteistyö mahdollistaa uusien ideoiden ja toimintatapojen kehittämisen, kun opiskelijat tuovat mukanaan tuoreita näkökulmia ja innovatiivisia ratkaisuja.

Tulevaisuudessa vieraskielisten opiskelijoiden ja työntekijöiden tarve kasvaa jatkuvasti, erityisesti hoitoalalla ja muissa käytännönläheisissä ammateissa. Vieraskielisten opiskelijoiden harjoittelujen ohjaaminen sosiaali- ja terveysalalla on keskeinen osa yhteistyötä yhdessä oppilaitosten kanssa mm. Sairaanhoitajan laillistamisväylä (SAILA) koulutusohjelma ja Hämeen ammattikorkeakoulun kaksikielinen sairaanhoitajakoulutus (Hakasa), missä Oma Häme on vahvasti mukana.

7.2 Osallisuus yhdyspintatyössä ja kehittämistarpeet

Demokratiaindikaattori mittaa osallisuuden ja osallistumisen tilaa eri hyvinvointialueilla ja vertailee niitä valtakunnallisesti. Indeksi koostuu äänestysaktiivisuudesta ja muista osallistumisen muodoista, kuten raadeista, paneeleista ja digitaalisen osallistumisen menetelmistä. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen demokratiaindeksi on 55, joka on hieman yli koko maan keskiarvon.

Kantahämäläisillä on valtakunnallista tasoa suurempi kiinnostus verkkovaikuttamiseen, esimerkiksi osallistumalla verkkopaneeleihin. Osallistumisen mahdollisuuksien kehittäminen on keskeistä, jotta demokratian koettu legitimiteetti eli oikeutus säilyy. Paikallinen osallistuminen hyvinvointialueella vaatii uusia, helpompia tapoja vaikuttaa. Kansalaiset haluavat enemmän suoria vaikuttamisen väyliä, kuten kansanäänestyksiä ja kansalaispaneeleita. Lisäksi digitaalisia menetelmiä toivotaan hyödynnettävän.

Asiat ja palvelut, joihin kansalaiset haluavat eniten vaikuttaa yhdessä kehittämällä ovat julkisten terveyspalveluiden turvaaminen, vanhusten, köyhien ja eläkeläisten sekä lasten ja lapsiperheiden olojen parantaminen. Yhdessä kehittäen ja asiakasymmärrykseen perustuvan muotoilun avulla on mahdollista tuottaa saavutettavia, oikea-aikaisia ja käytettävämpiä palveluita. Lisäksi voidaan saavuttaa taloudellisia vaikutuksia esimerkiksi välttämällä päällekkäisyyttä resurssoinnissa. [60]

Sitran tulevaisuusbarometrissa [28] luottamuksen heikkeneminen päätöksentekoon arvioidaan erittäin kriittiseksi kehityskuluksi. Kriittiseksi nähdään myös tunnepohjaisen vastakkainasettelun lisääntyminen politiikassa ja se, että demokratian asema länsimaissa on koetuksella. Luottamusta voidaan hyvinvointialueillakin lisätä avoimuudella ja vuorovaikutuksella, jotka samalla vahvistavat yhteiskunnan vakautta. Kansalaisia ja palveluiden käyttäjiä on tärkeää nähdä aktiivisena osallistujana päätöksiä tehdessä.

Hyvinvointialueilla toimivat lakisääteiset vaikuttamistoimielimet, joita ovat vanhusneuvosto, vammaisneuvosto ja nuorisovaltuusto. Vaikuttamistoimielimet edistävät myös niiden asukkaiden osallisuutta ja kuulemista, jotka muutoin voisivat tulla heikommin kuulluksi ja huomioiduiksi. Vaikuttamistoimielimet osallistuvat hyvinvointialueen toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen, seurantaan ja arviointiin.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on osallisuusohjelma, jonka toimeenpanoa seurataan ja päivitetään vastaamaan muuttuviin tarpeisiin sekä strategisiin tavoitteisiin. Osallisuustyön rakenteet ja toimintatavat Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kunnissa vaihtelevat alueittain. Lakisääteiset osallistumiskanavat ovat pääosin käytössä, mutta niiden käytännön toteutuksessa on haasteita. Joissakin kunnissa osallisuudelle on nimetty vastuuhenkilöt ja vakiintuneet rakenteet, kun taas toisaalla toiminta on vielä alkuvaiheessa.

Järjestöjen, seurakuntien ja hyvinvointialueen välinen yhteistyö on aktiivista, mutta sen koordinaatio ja tiedonkulku vaativat kehittämistä. Hyvinvointialueen ja järjestöjen edustajat ovat tunnistaneet kehittämiskohteina mm. järjestöjen elinvoimaisuuden edistämisen, tilojen yhteiskäytön prosessin ja koordinoinnin selkeyttämisen sekä kokemusasiantuntijatoiminnan.

7.3 YTA-alueen yhteistyö

Jokainen hyvinvointialue kuuluu yhteen yhteistyöalueeseen. Yhteistyöalueita on viisi, ja jokaisella on yksi yliopistollinen sairaala. Yhteistyöalueet edistävät sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista ja kehittämistä sekä hyvinvointialueiden välistä yhteistyötä. [61]

Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet laativat valtuustokausittain keskinäisen yhteistyösopimuksen, jossa sovitaan muun muassa hyvinvointialueiden välisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta siltä osin kuin se on tarpeellista hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi. Hyvinvointialueet vastaavat yhteistyön sisällöstä sekä hallinnollisista päätöksistä, joita yhteistyön toteuttaminen ja rahoittaminen edellyttävät. [61] Sisä-Suomen YTA-sopimus on hyväksytty kesän 2024 aikana. Hyväksymistä edelsi laaja yhteinen valmistelu, joka tehtiin seuraavissa alatyöryhmissä: terveydenhuolto, sosiaalihuolto, pelastustoimi, ICT, sote:n valmius ja varautuminen sekä TKKI -toiminta.

Yhteistyösopimuksen toteuttamista seurataan ja arvioidaan vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön ja yhteistyöalueen hyvinvointialueiden välisissä neuvotteluissa, joihin osallistuvat myös valtiovarainministeriö ja sisäministeriö. [61] STM on alkuvuonna 2025 arvioinut, että hyvinvointialueiden yhteistyöaluesopimukset eivät nykymuodossaan ole lainsäädännön edellyttämällä tasolla.

KEHY-ministeriryhmä on helmikuussa 2025 linjannut YTA-ohjauksesta seuraavasti: YTA-sopimusta muutetaan STM:n aloitteesta. Kaikkien hyvinvointialueiden on päivitettävä sopimukset vastaamaan lainsäädännön vaatimuksia. STM ohjaa sopimusta sote-järjestämisen lainsäädännön mukaisesti YTA-sopimisen soveltamisohjeella ja antaa kullekin yhteistyöalueelle tarkemman ohjeen päivitettävistä asioista. Lisäksi YTA-sopimukseen liittyvää lainsäädäntöä tarkennetaan siten, että aluevaltuustojen hyväksymien sopimusten toimeenpanon yksityiskohdista päätetään alueiden toimivaltaisissa toimielimissä.

.

8 Tieto ja vaikuttavuus

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategia 2023–2035 dokumentin mukaan tulevaisuudessa on tarpeen hyödyntää tietoa tehokkaammin palvelujärjestelmän ohjaamiseen sekä palveluiden kehittämisen ja tuottamisen johtamiseen. Edelleen strategia toteaa, että palvelujärjestelmän näkökulmasta tulevaisuudessa keskitytään yhtä enemmän vaikuttavuuden, laadun, saatavuuden, tehokkuuden ja asiakasturvallisuuden mittaamiseen. Tavoitteena tulevaisuudessa on ymmärtää tehtyjen suoritteiden sijaan, minkälaisia tuloksia palvelujärjestelmä tuottaa ja miten asiakkaiden, asiakasryhmien ja väestön hyvinvointi kehittyy. Strategia linjaa myös, että yksittäisistä palvelutapahtumista, episodeista ja interventioista tulee siirtyä jatkuvaluonteiseen asiakkaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen tai ylläpitoon. [30]

Oma Hämeessä edistetään vaikuttavuusperustaisuutta sekä tietojohtamisen että tutkimuksen kautta. Vaikuttavuusperustainen johtaminen on linjattu Oma Hämeen strategiassa kantavaksi teemaksi ja kaikessa hyvinvointialueen toiminnassa, johtamisessa sekä ohjauksessa tulee painottaa vaikuttavuusperustaisuutta.

Hyvinvointialue on edelläkävijä henkilökeskeisen tietomallin kehittämisessä, jonka keskiössä on vaikuttavuus. Tietojohtamisen näkökulmasta vaikuttavuuden arvioinnin tueksi kerätään kattavasti tietoa asiakkaiden/potilaiden palvelu/hoitopoluilta. Vaikuttavuustietoa on lähdetty keräämään asiakkailta mm. asiakaskokemukseen liittyvillä kyselyillä (PREM) ja asiakkaan elämänlaatuun liittyvillä kyselyillä (PROM-kyselyillä käyttäen EQ-5D-5L kyselyä). Lisäksi lastensuojelupalveluissa edistetään OpenFIT -mittariston käyttöönottoa mittamaan palveluiden asiakaslähtöistä vaikuttavuutta ja tyytyväisyyttä. Kokonaisvaltaista hyvinvointialuetasoista vaikuttavuuden arvioinnin viitekehystä sekä vaikuttavuustutkimusta toteutetaan osana RRP3-rahoitusta.

Kansallisesti alueita on ohjattu RAI-tiedon keruuseen sekä ICF-viitekehyksen ja sitä kautta saatavan toimintakykytiedon keräämiseen. Oma Hämeessä tätä työtä on jo tehty, mutta työ on vielä kesken.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue on kehittänyt ensimmäisenä suomessa kokonaisvaltaisen, asiakaslähtöisen dynaamisen tiedonhallintamallin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) rakentaa omaan toimintaansa vastaavanlaisen toteutuksen, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen asiantuntijoiden tukiessa THL:n asiantuntijoita. Kanta-Hämeen hyvinvointialue on toteuttanut asiakaskeskeisen tietomallin päälle koneoppimisen välinein automaattisen asiakassegmentoinnin toteutuksen, jonka avulla voidaan tunnistaa satunnaisesti palveluja käyttävät, riskiasiakkaat, jatkuvuudesta hyötyvät asiakkaat sekä monialaista palvelua tarvitsevat asiakkaat.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue on rakentamassa asiakkaiden kokonaisvaltaista asiointia ja palveluketjun hallintaa varten asiakkuudenhallinnan ja toiminnanohjausratkaisun. Ratkaisun keskeisenä tarkoituksena on mahdollistaa asiakaslähtöisesti toteutettu moniammatillinen asiakastyö siten, ettei asiakas tipu palvelusiilojen väliin, vaan kokonaispolku on koko ajan ohjattu.

9 Kanta-Hämeen alueen asukkaiden hyvinvoinnin ja palvelujen kehitystarpeet tulevaisuudessa

Hyvinvointialue tuottaa sosiaali-, terveys- ja pelastuspalvelujen kokonaisuudessa lähes tuhatta erilaista palvelua. Palvelutuotanto on normatiivisesti vahvasti ja joskus jopa ristiriitaisesti säädeltyä. Normiohjauksen lisäksi palveluiden järjestämistä ja tuottamista ohjaa vahvasti valtiohallinnon talousohjaus sekä informaation perustuva tavoiteohjaus. Asiakaslähtöisen ja ketterän organisaation toimintaan kuuluu se, että löydetään ne asiakasryhmät, joihin erityisesti tulee panostaa, jotta saadaan väestötason muutosta aikaan resursseja tuhlaamatta. Asiakasryhmittelyllä haetaan vaikuttavuutta (oikeiden palveluiden järjestäminen ennakoidusti) sekä tuottavuutta (oikeat resurssit, tarpeen mukaisella mitoituksella, palvelutuotannossa). Aikaperspektiivi tulee olla tämän päivän ratkaisujen rinnalla niiden peilaaminen tulevaisuudessa.

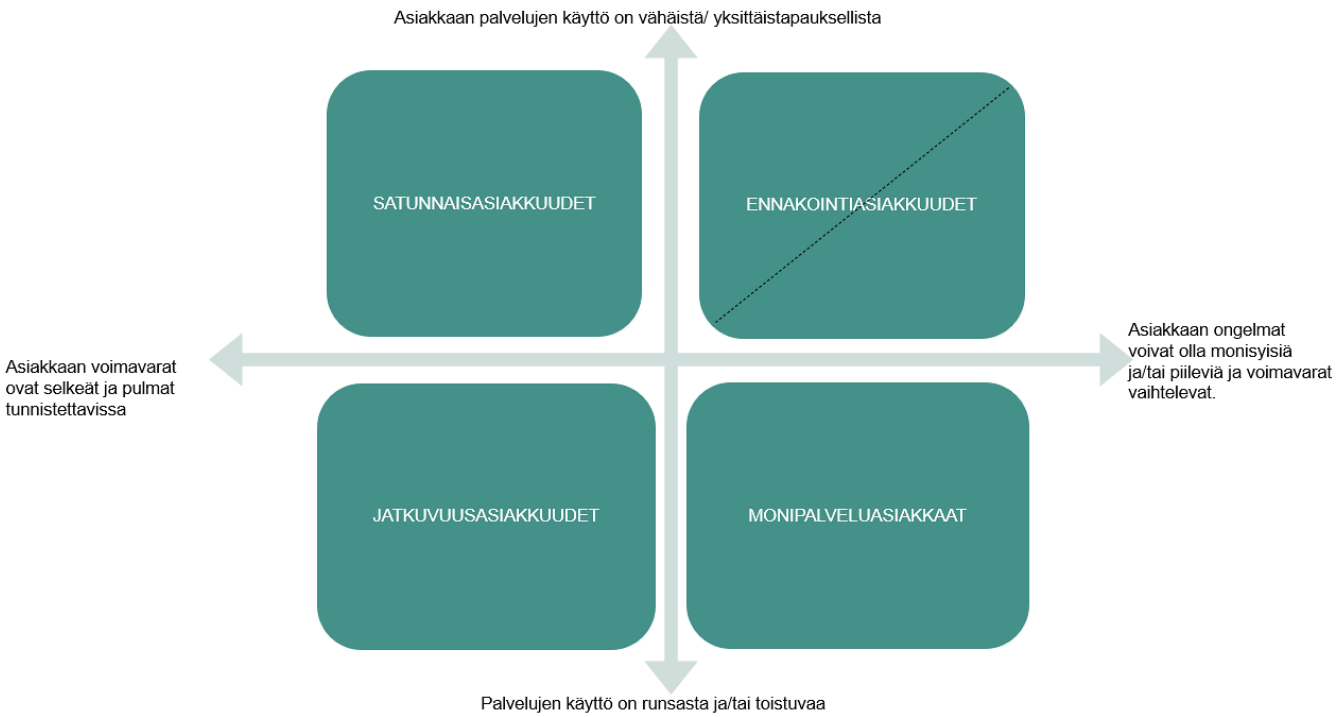
Kanta-Hämeessä on lähdetty viemään eteenpäin henkilökeskeistä tietomallia 2024–2025. Henkilökeskeistä tietomallia käytetään asiakasryhmittelyyn.

Asiakasryhmittelyn tarkoituksena on tarkastella Kanta-Hämeen asukkaita laajempina joukkoina, jotta tämän hetken ja tulevaisuuden palvelut voitaisiin järjestää tulevaisuuden haasteisiin nähden optimaalisella tavalla. Erilaisilla asiakasryhmillä on erilaiset tarpeet palveluiden ja palveluohjauksen näkökulmasta. Asiakasryhmittelyn kautta on tarkoitus tarkastella asiakasryhmiä kokonaisuutena, laaja-alaiseen tietoon pohjautuen.

Asiakasryhmittely liittää Kanta-Hämeen asiakkaan kerrallaan yhteen tai useampaan ryhmään käyttötarkoituksen mukaan. Käyttötarkoituksia voivat olla asiakasohjaus, palveluun pääsyn, palvelussa ohjautumisen sekä hoidon jatkuvuuden seuranta, palveluiden käytön ja kustannuksien tai resurssien käytön seuranta ja palveluiden ennakoinnin sekä vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden seuranta.

Asiakasryhmittely on toteutettu heuristisesti koneoppimisen teknologiaa hyödyntäen. Ryhmittelyyn on käytetty asiakkaiden palveluiden käyttöön sekä palveluiden ajalliseen kestoon ja kuormittavuuteen sekä diagnooseihin liittyviä tietoja.

Oma Hämeen asiakasryhmittelyn luokittelu perustuu Aalto-yliopiston tutkimusryhmän laatimaan ryhmittelyyn, jonka perusteella Kanta-Hämeen hyvinvointialueen ryhmiksi on otettu: 1) satunnainen palvelutarve, 2) ennakoitu palvelutarve, 3) jatkuva palvelutarve sekä 4) monialainen palvelutarve, kts. kuva alla.



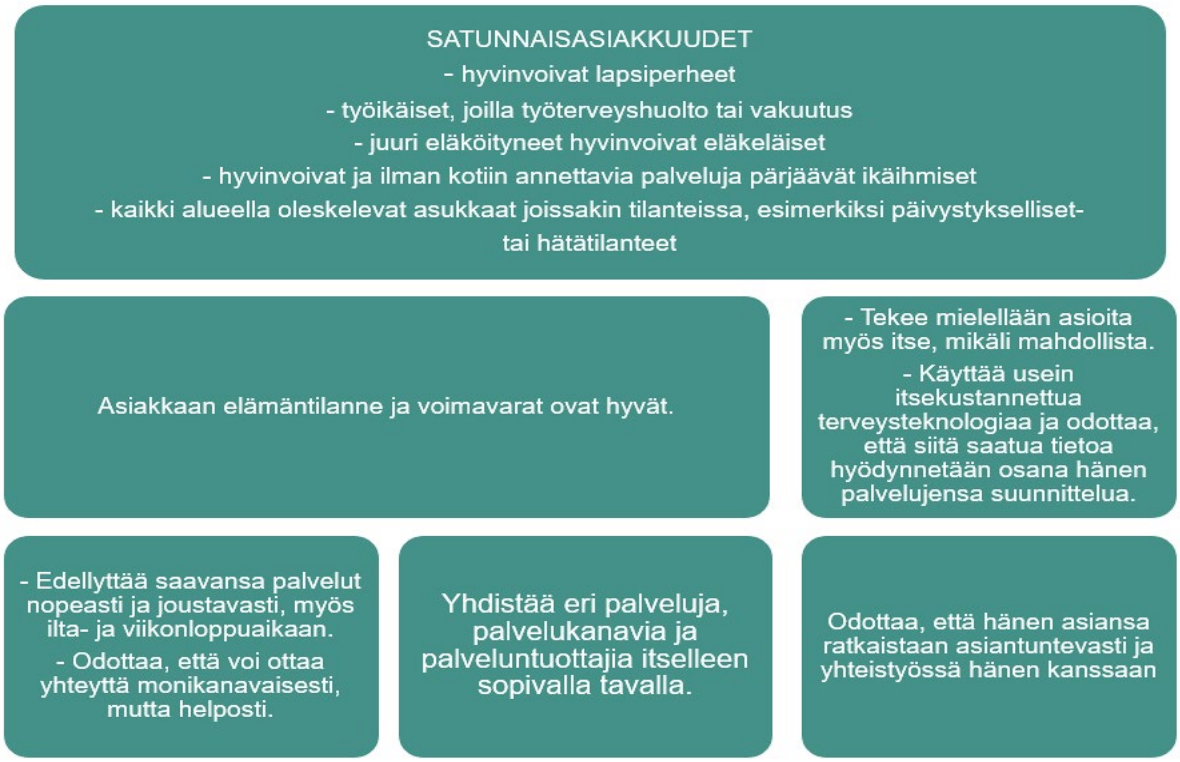
Tulevaisuuden asiakkuuksia hahmotettaessa on hyödynnetty edellä mainittuja asiakasryhmiä ja asiaa on tarkasteltu erityisesti palvelujen järjestämisen näkökulmasta. Asiakasryhmien alle on nostettu esimerkinomaisia tyyppiasiakkuuksia. Se ei tarkoita sitä, ettei muita asiakkuuksia olisi tai tulisi. Asiakkuuksien kuvailulla pyritään löytämään asiakasryhmän tilannetta parhaiten edistävät keinot ja kohdennukset palvelujen järjestäjän näkökulmasta.

9.1 Satunnaisesti palveluja käyttävät asiakkaat

Tulevaisuudessa satunnaisesti palveluja käyttäviin asiakkaisiin liittyy erityisesti markkinoiden kehitykseen, väestötason hyvinvointiin ja terveyteen, maahanmuuttoon sekä julkiseen rahoitukseen ja yksilöiden tulo- ja varallisuustasoon kytkeytyviä muutos- ja epävarmuustekijöitä. Julkisten palvelujen rinnalle on jo nyt noussut yksityisiä terveyspalveluntuottajia, jotka ovat aiempaa edullisempia ja tuottavat asiakkaalle edullisesti erityisesti etäpalvelua. Vuonna 2023 noin 1,3 miljoonalla suomalaisella oli terveysvakuutus. Erityisesti yksityisvakuutusten ottaneiden määrä aikuisväestöryhmässä on kasvanut tasaisesti viimeisen vuosikymmenen aikana. Ennusteiden mukaan kehitys tulee jatkumaan myös tulevaisuudessa. Jatkuessaan tämä kehitys voi vaikuttaa siihen, miten hyvinvointialueen kannattaa ko. palvelut järjestää.

Asiakasryhmittelyn näkökulmasta satunnaisasiakkaat, kts. kuva alla, käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita harvoin ja ne keskittyvät peruspalveluihin, jotka ovat yksittäisiä ja kestoltaan lyhyitä tai kuuluvat esimerkiksi johonkin normaaliin ikäkausitarkastukseen. Tällaisia asiakkaita ovat esimerkiksi satunnaiset hammashuollon asiakkaat, kouluterveydenhuollon määräaikaisasiakkaat, satunnaisen

nuhakuumetaudin asiakkaat tai esimerkiksi tavalliset, helppohoitoiset murtumapotilaat, sosiaalihuollon palveluneuvonnan asiakkaat jne.



Sairauksien ja muiden palvelutarpeiden ehkäisystä kiinnostuneet/hyötyvät
Asiakas on usein aktiivinen ja motivoitunut ylläpitämään terveyttään ja hyvinvointiaan. Hän on henkilö, joka osallistuu toimenpiteisiin ja palveluihin, joiden tarkoituksena on ehkäistä sairauksien ja terveysongelmien sekä sosiaalisten palvelutarpeiden syntyminen, ennen niiden ilmenemistä. Tällainen asiakas on kiinnostunut saamaan tietoa terveellisistä elämäntavoista, kuten ravitsemuksesta, liikunnasta ja tupakoinnin lopettamisesta. Asiakas hyödyntää säännölliset terveystarkastukset mahdollisten riskitekijöiden tunnistamiseksi sekä rokotusmahdollisuudet suojautuakseen tartuntataudeilta kuten influenssalta tai pneumokokilta. Näitä asiakkaita on kaikissa ikäryhmissä.

Keskeistä tässä asiakasryhmässä on tunnistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta olennaisimmat kohderyhmät ja vahvistaa asiakkaiden ohjausta järjestöjen, kuntien ja yksityisten toimijoiden toimintoihin. Tämän asiakasryhmän asiakkaat käyttävät merkittävästi digitaalisia palveluita nyt ja tulevaisuudessa. Digitaalisten palveluiden käytön mahdollisuus on yksi asiakasryhmän palvelutuottajan valinnan perusteista.

Työterveys- ja vakuutusasiakas
Tällä asukasryhmällä on hyvä mahdollisuus käyttää työterveyspalveluja tai hänellä on yksityinen terveysvakuutus, joko itsemaksamana tai työnantajan toimesta. Työterveyshuollon sopimusten kehityksestä riippuu se, kuinka paljon tästä asiakasryhmästä käyttää satunnaisia perusterveydenhuollon julkisia palveluja.

Yksityinen palvelutuotanto on markkinaehtoista. Työterveysmarkkinat ovat tänä päivänä keskittyneet muutamalle suurelle toimijalle, joilla on hallussaan myös suurin

osa yksityisestä terveyspalvelusektorista. Markkinaehtoisten palvelujen toiminta erityisesti haja-asutusalueella on kuitenkin varsin epävarmaa ja tästä syystä fyysisen palvelupisteen käyttö voi edellyttää asiakkaalta kulkemista. Markkinoilla on tapahtumassa myös kehitystä, joissa yksityiselle sektorille syntyy uusia pienyrityksiä, jotka erityisesti keskittyvät digitaalisten kanavien kautta tuotettuihin palveluihin, jolloin palvelutuotannon kustannusrakenne voidaan painaa alemmalle tasolle. Tämä todennäköisesti lisää satunnaisesti palveluita käyttävien ohjautumista tällaisille toimijoille.

Työterveyshuollon aseman uudistaminen nousee ajoittain esille poliittisen järjestelmän suunnitelmissa / toimenpide-ehdotuksissa. Toinen näkökulma korostaa yksityisen työterveyshuollon mahdollisuuksia palveluiden saatavuuden kehittämisessä ja toinen näkökulma haluaisi ohjata työterveyshuollon resurssit julkisen sektorin käyttöön. Osana tätä vaihtoehtojen hakemista toimii Kela-korvauksien suuruuksien tarkastelu. Suunnan hakeminen tulee jatkumaan myös tulevaisuudessa.

Tämän asiakasryhmän asiakkaat käyttävät merkittävästi digitaalisia palveluita nyt ja tulevaisuudessa. Digitaalisten palveluiden käytön mahdollisuus on yksi asiakasryhmän palvelutuottajan valinnan perusteista.

Valinnanvapausasiakkaat
Valinnanvapaus ja tietoisuus palveluista ohjaavat asiakkaiden käyttäytymistä tulevaisuudessa enenevässä määrin. Kokonaisvaikuttavuuteen ja asiakkaiden valintaan vaikuttaa myös erikoissairaanhoidon palveluiden ympärille rakennetut muut palvelut. Kanta-Hämeellä on mahdollista rakentaa kokonaisvaltaiset palveluketjut (sisältäen kansalaiselle näkyvät digihoitoketjun osuuden), jotka tukevat kansalaisen palvelutuottajavalintaa. Integroidut palveluketjut vastaavat myös kansallisen ohjauksen tavoitteisiin. Kanta-Hämeellä on erinomainen sijainti, mitä kannattaa hyödyntää. Monipaikkaisen asumisen vahvistuminen korona-ajan myötä on lisännyt satunnaisten palvelunkäyttäjien joukossa myös eräänlaista vierailija-asiakkuutta esimerkiksi päivystyksen palveluissa.

Paineet erikoissairaanhoidon tuottavuuden kasvattamiseen kovenevat edelleen. Tämän kehityksen puitteissa prosessisairaaloiden ja erikoistumisen keskittymisen suunta on varsin todennäköinen. Tämä lisää niiden asiakkaiden määrää, jotka eivät asu alueella, mutta samalla myös ohjaa alueen asiakkaita muiden alueiden palveluihin.

Hyvinvoivat lapsiperheet
Lapsiperheiden arjessa sattuu ja tapahtuu, myös hyvinvoivissa. Suomalaiset lapset ovat jo ennen syntymäänsä vahvan tuen ja huolenpidon piirissä. Hyvinvoivilla lapsiperheillä on ennen lapsen syntymää ja lapsen parin ensimmäisen elinvuoden aikana hyvin tiivis kontakti neuvolaan. He ovat siinä mielessä jatkuvuusasiakkaita. Neuvola ei kuitenkaan kykene luonteensa vuoksi tällä hetkellä vastaamaan kaikkeen palvelutarpeeseen, vaan lapsiperheet tarvitsevat myös satunnaisesti erilaisia muita terveyspalveluja sekä esimerkiksi elämän- tai kasvukriisissä tukea jaksamiseen ja keinoja ongelmien ratkaisuun. Keskeinen tulevaisuuden suunta on erilaisten palveluiden integroiminen asiakastarvelähtöiseksi kokonaisuudeksi.

Lapsiperheet arvostavat nopeaa ja joustavaa palvelua - joissain tilanteissa nopeus ja helppous menee heidän kokemuksessaan tuttuuden ja jatkuvuuden edelle. Digitaalisten ja liikkuvien palveluiden rooli korostuu merkittävästi lasten- ja nuorten sekä perheiden palveluihin ohjautumisessa ja palvelutuotannossa. Neuvolan rooli tulevaisuudessakin on olennainen elintapaohjauksessa, arjen hallinnan ohjauksessa ja tuessa. Lapsen odotusaika on herkkyysaikaa myönteisille elintapojen muutoksille

kaikille lasta odottaville aikuisille. Lasten toimintaympäristöjen tulisi vastata paremmin lasten kehityksellisiä tarpeita, jotta esimerkiksi liian suuret ryhmäkoot eivät itsessään aiheuttaisi lapsille sellaisia ongelmia, joiden ratkaisemiseen tarvitaan sote-palveluja. Neuvola-asetuksen muuttaminen siten, että resurssia kohdennetaan enemmän perheiden tarpeen kuin muiden perusteiden mukaan, on todennäköistä. Tämän ei kuitenkaan tarvitse tarkoittaa neuvolan universaalin palvelun luonteen menettämistä.

Kotona asuvat ja omatoimiset ikäihmiset
Kotona asuvat, terveet ja omatoimiset ikäihmiset ovat aiempaa kiinnostuneempia fyysisen ja sosiaalisen hyvinvointinsa aktiivisesta ylläpitämisestä. Ennaltaehkäisevät terveyspalvelut, kuten säännölliset terveystarkastukset ja rokotukset sekä elintapaohjaus ovat keinoja ylläpitää ja edistää tämän kohderyhmän terveyttä.

Kohderyhmä voi hakeutua näihin palveluihin yksityiselle sektorille omarahoitteisestikin, mutta varallisuuserot vaikuttavat tähän. Vanhuuseläkeläisten keskimääräinen tulo- ja varallisuusasema on noussut suurten ikäluokkien jäätyä eläkkeelle. Samalla osalla vanhuuseläkeläisistä on vaikeuksia selvitä jokapäiväisistä menoistaan.

Hyvinvointialueella tulee olla ajantasaista tietoa myös yksityisistä palveluista, jotta niihin voidaan ohjata asiakkaita, joilla kriteerit hyvinvointialueen palveluihin eivät täyty. Terve ja omatoiminen ikäihminen voi hyötyä yhteisöllisestä ja vertaistukitoiminnasta. Hän voi olla näissä toiminnoissa sekä aktiivisena antavana osapuolena että enemmän vastaanottavana osapuolena. Toiminnassa mukana oleminen edistää sosiaalista hyvinvointia ja ehkäisee yksinäisyyttä.

Hyvinvointiteknologian ja turvallisuusteknologian käyttö on kasvavaa. Esimerkiksi hyvinvointirannekkeet ja erilaiset hyvinvointisovellukset voivat olla enenevissä määrin tämän kohderyhmän käytössä. Henkilökohtaisessa käytössä olevan teknologian ja sen tuottaman henkilötason tiedon hyödyntäminen tarkoituksenmukaisella tavalla, esimerkiksi palvelutarpeiden ennakoivassa tunnistamisessa, myös sote-palveluissa on yksi tulevaisuuden kysymyksistä ja vastauksista.

9.2 Palveluita mahdollisesti tarvitsevat ennakointi-asiakkaat

Osalla Kanta-Hämeen asukkaista on terveyteen ja hyvinvointiin, terveyskäyttäytymisen ja elintapoihin liittyviä riskejä, jotka voivat vaikuttaa merkittävästi tulevaisuuden palvelujen järjestämisen tarpeeseen alueella. Lisäksi päihdepolitiikan kansalliset ratkaisut, mahdolliset uudet päihteet, työllisyystilanteen kehittyminen, koulutuspoliittiset ratkaisut, yksinäisyyden ja osattomuuden kokemukset, liikkumistottumukset tai liikkumattomuus sekä yleinen ja yksilöiden henkilökohtainen turvallisuustilanne ovat tekijöitä, joilla on vaikutusta alueen asukkaiden hyvinvointi- ja terveysriskeihin.

Asiakasryhmittelyn näkökulmasta, kts. kuva alla, näiden asiakkaiden palveluiden käyttö ei ole vielä lisääntynyt selvästi, eikä myöskään ajallinen kesto ole lisääntynyt. Asiakkaalle on kuitenkin kirjautunut diagnooseja tai palvelutapahtumia, jotka voivat ennakoida tulevaisuuden lisääntyvää palvelukysyntää esimerkiksi kroonisen sairauden näkökulmasta. Tällaisia asiakkaita voivat olla esimerkiksi diabetekseen tai sydän- ja verisuonitauteihin sairastuvat potilaat, psykososiaalisiin ongelmiin ajautuvat asiakkaat, arjen toimeentulon kanssa haasteita kokevat yksilöt tai perheyhteisöt jne.

Elintapa-asiakas

Ylipaino ja lihavuus, kansansairaudet, ongelmapelaaminen, nikotiinituotteiden sekä päihteiden käyttö sekä yksinäisyys ja mielenterveysongelmat ovat sekä riskejä että palvelujen käytön juurisyitä. Liikkumattomuus ja paikallaanolo on suomalaisilla hälyttävällä tasolla ja se aiheuttaa mm. ylipainoa ja lihavuutta. Mikäli suuntaa lihavuuden ja liikkumattomuuden kehityksessä ei saada muutettua, lisääntyvät mm. syöpätaudit, uniapnea, tyypin 2 diabetes rajusti. Mielenterveysongelmien ja muistisairauksien ennaltaehkäisyssä ja lievien ongelmien hoidossa on liikunnalla merkitystä.

Riskiasiakkaiden tunnistaminen ja vaikuttavan elintapaohjauksen prosessien kehittäminen on seuraavan neljän vuoden keskeinen tavoite, jotta kansansairauksien kehittyminen huonoon suuntaan saadaan katkaistua. Keskeisessä roolissa elintapoihin liittyvien ongelmien ennakoivassa tunnistamisessa tulevaisuudessa tulevat olemaan asiakaskeskeiseen tietoon perustuvat ennakointimallit (esimerkiksi diabeteksen, muistisairauden tai mielenterveysongelmien tunnistaminen). Aikaisen vaiheen tuessa tulevaisuudessa korostuvat asiakkaan kokonaisvaltainen ”haltuunotto” ja asiakkaan tietojen hallinta uusilla ammattilaiselle suunnatuilla tietojärjestelmillä sekä asiakkaalle suunnatut, elintapojen parantamiseen sitouttavat, digipalvelut. Ennakoiva työote vaatii asiakkaan palvelutarpeen näin vaatiessa myös monialaista, integroitua, sote-palvelutuotantoa akuutti riskivaiheen hoitamiseksi.

Elintapaohjauksessa tulee huomioida myös sosiaalisten suhteiden ulottuvuus ja asiakkaiden ohjaus esimerkiksi kuntien ja järjestöjen toimintaan. Kuntien ja hyvinvointialueiden välinen työnjako ja yhteistyörakenne on selkiintynyt ja se on aiempaa tavoitteellisempaa.

Perheet, joissa lapsella on käyttäytymisen haasteita
Kolmesta kahdeksaan prosentilla lapsista on diagnosoitavissa käytöshäiriö. Poikkeava ja pitkäaikainen haastava käytös, usein uhmakkuus, voi olla merkki tunnistamattomasta tarkkaavaisuuden häiriöstä. Mitä varhaisemmin lapsen tai nuoren poikkeavaan käyttäytymiseen pystytään pääsemään kiinni, sen paremmat mahdollisuudet on ehkäistä esimerkiksi sosiaalisten haittojen syntymistä lapsen tai nuoren vertaissuhteissa. Käyttäytymisen haasteiden ratkaisemisessa, olipa lapsella diagnoosia tai ei, on avainasemassa säännöllinen arki ja perustarpeiden tyydyttäminen. Monet perheet tarvitsevat tukea kasvatukseen ja rajojen laittamiseen jatkossakin. Tämä tuki on helposti toteutettavissa ja kustannustehokasta. Perheiden tuki vaatii monien eri ammattilaisten integroituja palveluita. Oppilas- ja opiskeluhuollon palvelut korostuvat yhteistyöpisteenä kuntien suuntaan. Valtakunnan tasolla on alkamassa keskustelu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kasvatus- ja opetustoimen välisen yhteistyön mahdollisuuksien parantamisesta, esimerkiksi tiedon liikuteltavuuden suhteen.

Kotona asuvat ikääntyneet, joilla on avun tarve
Kotona asumisen ensisijaisuus ja muistisairauksien voimakas kasvu on yhdistelmä, joka haastaa ennakoimaan nykyistä tehokkaammin toimintakyvyn alenemisen riskejä sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen ulottuvuuden osalta. Tiedonhallinnan kehittyessä asiakas- ja perhekeskeiseksi sekä edelleen kehittyvät toimintakyvyn seurantamallit (RAI, ICT) mahdollista palvelutarpeiden ennakoinnin merkittävästi nykyistä aikaisemmin.

Ikääntyneiden omaishoitajat ovat usein puolisoita ja itsekin jo iäkkäitä. Omaishoitotyö on raskasta ja omaishoitajien riittävästä tuesta tulisi pystyä huolehtimaan. Omaishoitajat ovat usein hyvin sitoutuneita ja esimerkiksi lakisääteisiä vapaapäiviä jää käyttämättä. Ikääntyneissä omaishoitoasiakkuuksissa riskinä on, että omaishoitaja väsyy tai sairastuu, jolloin sekä hän että omaishoidettava tarvitsevat raskaampia palveluja pärjätäkseen.

Koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevat
Koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevat ovat moninainen ryhmä. Osa asiakkaista on hyvinvoivia palvelujen satunnaiskäyttäjiä. Osalla on esim. elintapariskejä. Tästä kohderyhmästä tulee tunnistaa ne asiakkaat, jotka hyötyvät jatkuvuudesta. Arjen hallinnan kysymykset ja se, pystymmekö vaikuttamaan niihin, vaatii uusia avauksia ja resursseja ennaltaehkäisyyn.

Erityisesti pitkäaikaistyöttömien kohdalla terveyden ja hyvinvoinnin sekä työttömyyden välillä voi olla negatiivinen kierre: huono terveys vaikeuttaa työllistymistä ja työttömyys puolestaan voi aiheuttaa epäedullisia terveysvaikutuksia. Heikon sosiaalisen tuen ja verkoston on tutkittu vaikuttavan merkittävästi työttömän itsearvioituun terveyteen. Vaikka suomalaisten terveydentila on kohentunut, ovat sosioekonomiset terveyserot kasvaneet. Vähäinen tulotaso voi aiheuttaa stressiä ja vaikeuttaa terveellisten elintapojen noudattamista.

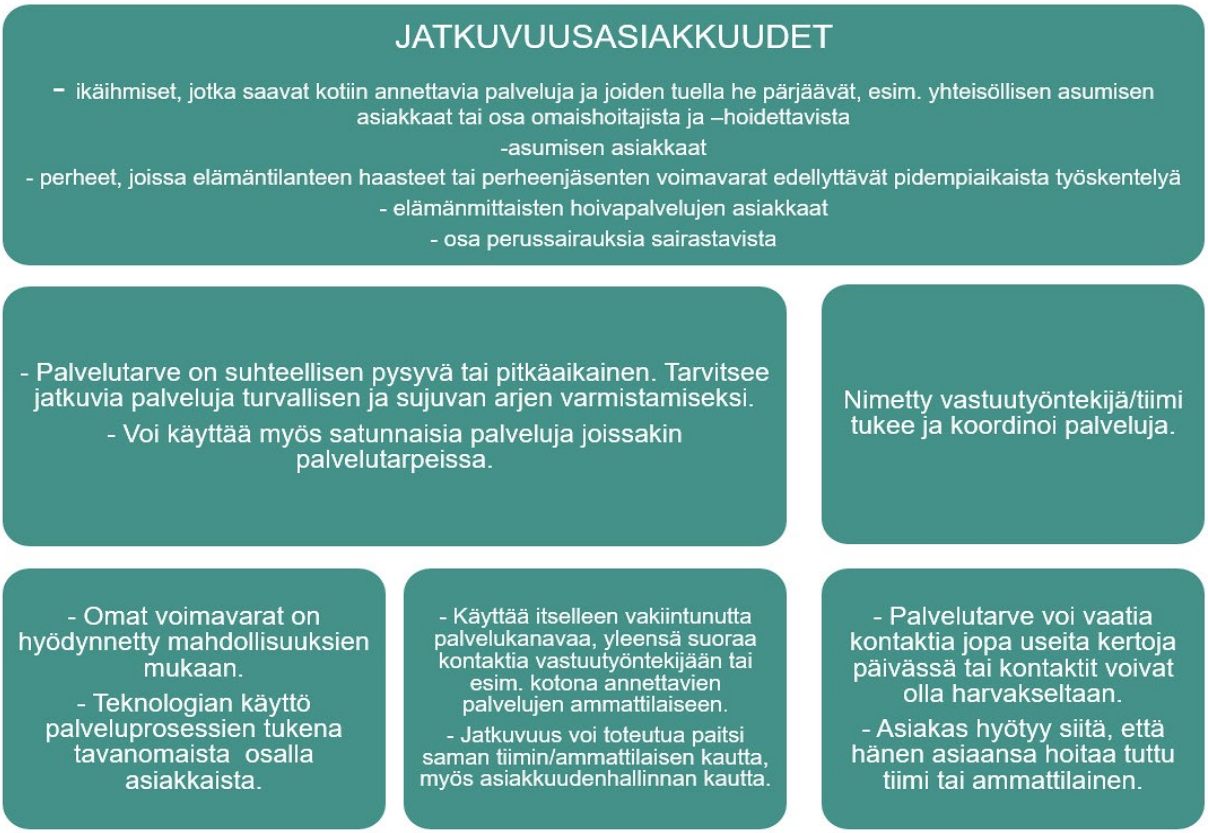
Ilmiöasiakas
Erilaiset ilmiöt yhteiskunnassa voivat aiheuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen palvelujen tarvetta. Nämä ilmiöt ovat ajassa muuttuvia ja niiden ennakointi on keskeinen osa palvelujen järjestäjän tehtävää. Ilmiöt voivat näyttäytyä äkillisesti ja isommalle asiakasryhmälle, tai olla enemmän piileviä ja tulla näkyviksi välillisesti. Ilmiöt voivat olla luonnonilmiöitä (hellehaitat, tykkylumi, myrskyt) tai

yhteiskunnallisesta tilanteesta esiin nousevia ilmiöitä (päihdetilanne, globaalin turvallisuustilanteen aiheuttama ahdistus, taloudellinen tai digitaalinen väkivalta).

9.3 Jatkuvuudesta hyötyvät asiakkaat

Jatkuvuudessa on sekä ajallinen että henkilöulottuvuus. Henkilöulottuvuudella tarkoitetaan sitä, että asiakas on saman ammattilaisen tai saman tiimin asiakkaana pidemmän aikaa ja se tuottaa hänelle asiassaan lisäarvoa. Ajallisella ulottuvuudella tarkoitetaan erilaista aikajaksoa, jonka puitteissa asiakkaan arvioidaan hyötyvän jatkuvuudesta. Tämä aikajakso voi olla pisimmillään elämänmittainen. Jatkuvuudesta eniten hyötyvien asiakkaiden tunnistaminen on tärkeää, jotta rajalliset resurssit pystytään kohdentamaan oikein. Erityisesti monisairaiden ja hauraiden ihmisten on todettu hyötyvän hoidon jatkuvuudesta.

Asiakasryhmittelyn näkökulmasta palveluiden käyttö on jatkuvaa, kts. kuva alla. Palveluiden käyttö voi olla säännön mukaista ja hallinnassa tai suunnittelemattomasti vaihtelevaa, jolloin asiakkaan hoito ei ole tasapainossa tai sosiaalihuollon tuottamat palvelut eivät ole tuoneet asiakkaalle arkeen liittyvää turvallisuutta ja pärjäämistä. Asiakkailla on pitkäaikaisdiagnoosi ja pitkäkestoinen sosiaalihuollon palvelupäätös. Tällaisia asiakkaita voivat olla esimerkiksi hoitotasapainossa olevat (tai hoitotasapainottamat) kroonisesti sairaat kuten diabeetikot tai sydän- ja verisuonisairaat, mielenterveyden haasteita kokevat, taloudellisessa ahdingossa olevat yksilöt / perheet jne.



Hyvää hoitotasapainoa tavoittelevat asiakkaat
Jatkuvuudesta on todettu olevan erityistä hyötyä asiakkaalle esimerkiksi silloin, kun hänellä on jokin perussairaus. Hyvä hoitotasapaino on asiakkaan elämänlaadun kannalta merkityksellistä, mutta se ehkäisee myös erilaisia liitännäis- ja seurannaisongelmia. Hyvään hoitotasapainoon pääseminen vaatii ammattilaisen ja asiakkaan yhteistyötä ja siinä jatkuvuudella on olennainen rooli. Asiakkaan omat voimavarat ovat keskeinen muutostekijä. Omat voimavarat vaikuttavat siihen, miten hoitotasapainoon on mahdollista päästä. Palvelujen järjestämisen kannalta on hyvä tunnistaa enemmän tukea tarvitsevat asiakkaat myös jatkuvuusasiakkaiden segmentissä. Yhä suurempi osa asiakkaista käyttää hoitonsa tueksi luontevasti digipalveluja, jotka pitäisi heille mahdollistaa. Jatkuvuuden täysimääräinen hyödyntäminen voi vaatia asiakastarpeesta lähtevää, laaja-alaisemmin integroituvaa sote-palvelukokonaisuutta. Jatkuvuuden tehtävä ei ole vain tuottaa palveluita, vaan järjestää tarvittavat palvelut asiakkaan ympärille.

Kotiin annettavien palvelujen asiakkaat
Kotiin annettavien palvelujen asiakkaissa korostuu iäkkäät kotihoidon asiakkaat. Kotona asumisen ensisijaisuus ja ikääntyneiden määrän voimakas kasvu lisäävät kotiin annettavien palvelujen osuutta. Palvelutarpeen lisäksi yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemukset tulee tunnistaa kotona asuvien asiakkaiden osalta. Kotiin annettavien palvelujen asiakkaiden kohdalla on mietittävä, mikä on tarkoituksenmukaisin tapa järjestää kotona asumista tukevat muut, kuin kotiin annettavat palvelut (esimerkiksi lääkäripalvelut). Turvallisuutta tukevat digipalvelut ovat keskeinen osa asiakkaiden palvelupolkuja. Haja-asutusalueilla asuvien ikäihmisten palvelutarpeen tyydyttäminen tulevaisuudessa on haastavampaa kuin nykyisin, väestötason palvelutarpeen kasvaessa ja työvoiman saatavuuden heikentyessä. Tarvitaan laaja-alaista yhteistyötä soten, kuntien ja yksityisen sektorin välillä sekä valtiovallan tukea, jotta halutessaan ikäihmiset pääsevät muuttamaan lähemmäs palveluja ja yhteisöjä.

Osalla asiakkaista on varallisuuden puolesta mahdollisuus täydentää julkisia palveluja haluamallaan tavalla markkinoiden niin mahdollistaessa. Tämä lisää painetta palveluseteli- tai henkilökohtainen budjetti- tyyppisiin ratkaisuihin, jotta palvelujen yhteensovittaminen on järkevää.

Elämänmittaiset (hoiva-)asiakkaat
Jotkut asiakkaat tarvitsevat palveluja koko elämänsä ajan. Palvelujen sisältö ja intensiteetti voi vaihdella tilanteen mukaan, mutta tässä asiakasryhmässä inhimillisen hoivan merkitys on erityisen suuri. Vaikeasti vammaisena syntyneet tai elämän varrella vaikeasti vammautuneet ovat keskeinen ryhmä tässä segmentissä. Sikiödiagnostiikka ja ennaltaehkäisevä turvallisuustyö ovat vähentäneet viimeisten vuosikymmenten aikana tähän ryhmään kuuluvien asiakkaiden määrää. Palvelujen järjestämisen kannalta olennaista on huolehtia tämän asiakasryhmän tarpeisiin liittyvästä riittävästä osaamisesta asiakasmäärien ollessa rajallinen.

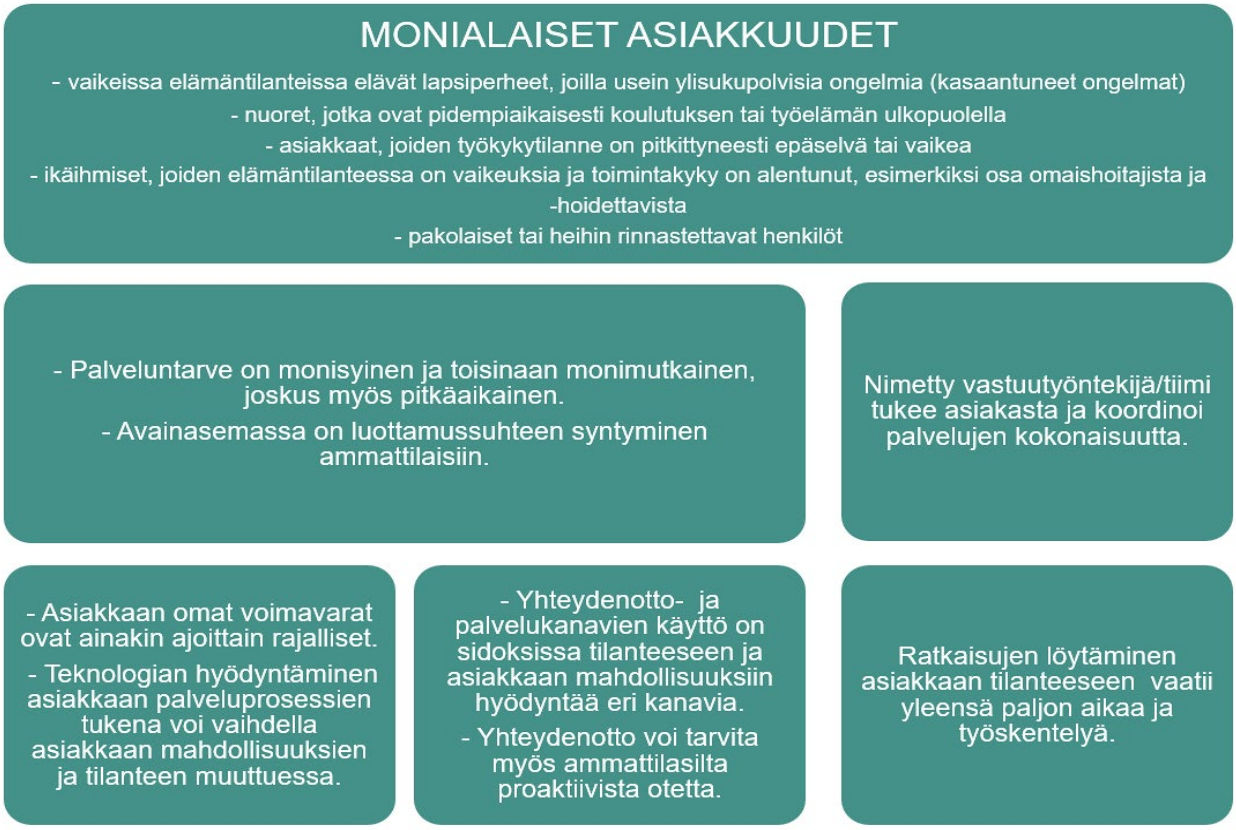
Asumisen asiakkaat
Asuminen liittyy ihmisen perustarpeiden tyydyttämiseen. Ikääntyneiden ja erityisesti muistisairaiden ikääntyneiden kasvu seuraavan viidentoista vuoden aikana haastaa asumispalvelujen rakennetta ja toimintaa jo tämän päivän ratkaisuissa. Sujuvan asumisen kannalta on mietittävä, miten esimerkiksi kohderyhmän terveyspalvelut toteutetaan - hyödynnetäänkö esimerkiksi kumppanuuksia vaikkapa osaulkoistusten kautta. Ikääntyneiden asumisessa asukkaiden terveyshaasteet ja se, miten niihin saa apua, vaikuttaa olennaisesti hoivahenkilökunnan työhön ja siinä jaksamiseen.

Yhteistyö/verkostoasiakkaat/paljon palveluja käyttävät jatkuvuusasiakkaat
Paljon palveluja käyttävien tai tarvitsevien kohdalla tarkoituksenmukainen palveluohjaus on ratkaisevaa, jotta turhalta palvelujen käytöltä vältytään - oli asiakas sitten jatkuvuudesta tai monialaisuudesta hyötyvä asiakas. Raja näiden kahden kategorian välillä on toisinaan horjuva.

9.4 Monialaisia palveluita tarvitsevat asiakkaat

Monialaisista palveluista hyötyvillä asiakkailla tarkoitetaan asiakkaita, joiden terveys- ja hyvinvointipalvelujen kokonaisuudessa on useita toimijoita joko sote-pela-sektorilta, kasvatus- ja opetustoimesta tai sen lisäksi esimerkiksi työllisyyspalveluista. Monialaiset alaiset asiakkuudet voivat muodostua yksilöiden tai perhekokonaisuuksien ympärille.

Asiakasryhmittelyn näkökulmasta, kts. kuva alla, palveluiden käyttö on jatkuvaa ja laaja-alaista. Palveluita asiakkaille tuotetaan useiden eri yksiköiden toimesta yhtäaikaisesti. Asiakkaiden palveluilla on keskinäisiä riippuvaisuuksia. Palveluiden järjestäminen vaatii jatkuvaa monialaista suunnittelua ja kohdentamista. Asiakkailla on useita pitkäaikaisdiagnooseja sekä useita pitkäkestoisia sosiaalihuollon palvelupäätöksiä. Tällaisia asiakkaita voivat olla esimerkiksi ikääntyneet henkilöt, joilla on niin jatkuvia terveydenhuollon palveluita kuin sosiaalihuollon tukipalveluita, monia yhtäaikaisia kroonisia sairauksia omaavat henkilöt, sosiaalisesti syrjäytyneet työllisyys- ja mielenterveyshaasteita kokevat henkilöt jne.



Haastavan työkykytilanteen asiakkaat
Työkykyprosessit ovat toisinaan työnantajan ja yksilön kannalta varsin yksinkertaisia. Toisinaan ne ovat monimuotoisten ja vaikeasti avautuvien ongelmien summa. Työn murros ja työmarkkinoiden tilanne ovat kytköksissä yksilöiden työkykyyn pidemmällä aikavälillä.

Työttömien ja erityisesti pitkäaikaistyöttömien heikentynyttä työkykyä ei riittävästi tunnisteta ja he hakeutuvat heikommin terveyspalveluiden piiriin, kuin työssä käyvät. Pitkäaikaistyöttömissä kyseessä on asiakaskunta, joiden viimeisimmistä työsuhteista on kulunut pääsääntöisesti useita vuosia, eikä heillä itsellään ole useinkaan kykyä tai jaksamista selvitellä tilannettaan. Suurimmalla osalla on erityisiä vaikeuksia ryhtyä arvioiviin ja kuntouttaviin toimenpiteisiin ja tehdä suositusten mukaisia asioita. Asiakkaiden osalta kysymys on osaamattomuudesta, osittain ymmärtämisen vaikeuksista ja elämäntilanteisiin kasautuneista, voittamattomilta tuntuvista vaikeuksista. Työttömyys kietoutuu moniin terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin sekä syynä että seurauksena. Arviolta joka viidennen pitkäaikaistyöttömän työkykyä voitaisiin kohentaa hoidolla ja kuntoutuksella.

Vaikean elämäntilanteen lapsiperheet
Arjessa pärjäämisen standardit ovat osittain yksilön, osittain ympäröivästä yhteiskunnasta tulevien odotusten muodostamia. Sosioekonomiset tekijät voivat vaikuttaa paitsi yksilön kokemukseen omasta pystyvyydestä, myös mahdollisuuksiin tosiasiallisesti tehdä esimerkiksi hyvinvointia ja terveyttä edistäviä valintoja omassa elämässä.

Ylisukupolvisuudella tarkoitetaan ilmiöiden siirtymistä sukupolvelta toiselle. Osa lapsiperheistä elää ongelmien ylisukupolvisen siirtymisen kehässä. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on edelleen kansainvälisestikin vertaillen korkea, vaikka syntyvyys alenee. Nyt tehdyt ratkaisut kasaantuneiden ongelmien lapsiperheissä heijastavat näiden lasten mahdolliseen vanhemmuuteen. Päihteiden käyttö erityisesti lasta odottavissa ja pikkulapsiperheissä voi olla joskus vaikeasti tunnistettavissa ja siten avun saanti viivästyy. Päihdeongelmaa peitellään, koska pelätään, mitä sen paljastumisesta seuraa. On arvioitu, että jopa 6 %:lla odottajista on päihdeongelma. Alkoholin käyttö nuorten joukossa on vähenemässä, mutta esimerkiksi kannabismyönteisyys puolestaan kasvussa.

Neet-nuoret
Koulutuksen, työelämän tai asepalveluksen ulkopuolella olevat nuoret ovat vaikeasti tunnistettava ja heterogeeninen ryhmä. Voidaksemme paremmin tukea heidän kiinnittymistään työhön tai koulutukseen, on kiinnitettävä huomioita työmaailman murrokseen ja työmarkkinoiden ja koulutusinstituutioiden toimintaan ja vaatimuksiin sekä hyvinvointialueiden ja näiden toimijoiden keskinäiseen yhteistyöhön. Neet-nuorissa on muita enemmän lastensuojelun sijaishuollon asiakkaina olleita, alhaisen koulutuksen omaavia, koulutuksen keskeyttäneitä ja koulukiusattuja. Myös maahanmuuttajatausta, teiniäitiys, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn rajoitukset, ja päihdeongelmat ovat Neet-riskejä. Nuoren aikaisemman elämänkulun lisäksi myös vanhempiin liittyvät asiat, kuten vanhempien alhainen koulutus, perheen köyhyys tai perheväkivalta ovat voimakkaasti sidoksissa Neet-riskiin. Tämän kohderyhmän osalta olisi jatkossa tehtävä korjaavan työn rinnalla vahvasti ennaltaehkäisevää työtä peruspalveluissa.

Kotona asuvat ikäihmiset, joilla mielenterveys- tai päihdeongelmia
Ikääntyneiden elimistössä tapahtuvien fysiologisten muutosten vuoksi heidän kehonsa ei kestä alkoholia samalla tavalla, kuin nuorempien. Tämä aiheuttaa alkoholihaittojen riskien kasvua. Seuraavan viidentoista vuoden aikana ikääntyvät sukupolvet ovat kasvaneet alkoholin suhteen suhteellisen suvaitsevaisessa yhteiskunnallisessa ilmapiirissä. Ikääntyneiden suurkuluttajien määrän ennustetaan kasvavan jo pelkästään ikääntyneiden määrän absoluuttisen kasvun takia. Tämä on huomioitava palvelujen järjestämisessä mm. osaamisen vahvistamisena, kotiin järjestettävien katkaisuhoitojen lisääntyvänä tarpeena, alkoholin aiheuttamien tapaturmien lisääntymisenä sekä esimerkiksi lääkkeiden ja päihteiden yhteisvaikutusten seurauksina.

Myöhään suurkulutuksen aloittavilla henkilöissä käytön lisääntymisen on todettu alkavan usein elämänmuutosten, kuten eläköitymisen, eron tai leskeksi jäämisen yhteydessä. Ikääntyneillä masennus ja ahdistus ovat yleisiä mielenterveyden ongelmia. Elämäntilanteen muutokset, kuten oma tai puolison sairastuminen, menetykset ja siitä seuraava yksinäisyys sekä mielekkään tekemisen puute, ovat mielen ongelmille altistavia tekijöitä. Hoitamattomat vanhat traumat voivat myös nousta esiin ikääntyessä. Mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on lieventynyt ja tämä kehitys jatkunee. Näin ollen apua osataan hakea ja ottaa vastaan.

Pakolaiset ja heihin rinnastettavat henkilöt
Työperäisen maahanmuuton lisäksi globaalit kriisit, kuten sodat ja ympäristösiirtolaisuus voivat olla tekijöitä, joiden tuloksena syntyy maahanmuuttoa. Sota-alueilta tulleilla ihmisillä on usein tarve erityistä osaamista vaativiin palveluihin. Kulttuurisensitiivisyys erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa on uudehko osaamisalue. On arvioitu, että joka neljännellä pakolaisella on taustallaan kidutuskokemus. Osalla pakolaistaustaisista voi olla fyysisiä vammoja ja toimintarajoitteita. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ohella kotoutumisen palvelujen merkitys pakolaistaustaisten ihmisten palvelukokonaisuuksissa on merkittävä.

10 Lähteet

[1] *Laki hyvinvointialueesta*. 2021. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/611

[2] Hämeen liitto, *Kanta-Hämeen tilanne ja kehityskuva 2024*. 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://hameenliitto.fi/content/uploads/2024/12/Kanta-Hameen-tilanne-ja-kehityskuva-2024.pdf

[3] ”Johda tiedolla: väestönkehitys (webinaari)”, Hämeen liitto. Viitattu: 17. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://hameenliitto.fi/tapahtumat/johda-tiedolla-vaestonkehitys/

[4] S. Majlander ja R. Siukola, ”Yhdenvertaisuuden edistäminen palveluissa: tietoa ja työkaluja”, 7. syyskuuta 2023. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-09/4_Siukola_%26_Majlander.pdf

[5] E. M. Zarse, M. R. Neff, R. Yoder, L. Hulvershorn, J. E. Chambers, ja R. A. Chambers, ”The adverse childhood experiences questionnaire: two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases”, *Cogent Medicine*, vsk. 6, nro 1, s. 1581447, tammi 2019, doi: 10.1080/2331205X.2019.1581447.

[6] Itsenäisyyden juhlavuoden lastensäätiö Itla, ”Yhteisövaikuttavuus - uudistamme lapsiperheiden palvelujärjestelmää”, Itla. Viitattu: 1. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://itla.fi/toiminta/yhteisovaikuttavuus/

[7] H. Vorma, T. Rotko, M. Larivaara, ja A. Kosloff, ”Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030”. Viitattu: 1. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053

[8] Valtion nuorisoneuvosto, ”Nuorisobarometri 2024”, 2025. Viitattu: 17. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://tietoanuorista.fi/julkaisut/nuorisobarometri-2024/

[9] *Asunnottomat 2023*. teoksessa Selvitys, no. 2/2024. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA, 2024. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.varke.fi/fi/document/asunnottomat-2023

[10] M. Kivipelto *ym.*, ”FINGER-elintapaohjelma : toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen”. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/handle/10024/137672

[11] ”14wx - Väestöennuste 2024: Väestö iän ja sukupuolen mukaan alueittain, 2024-2045”, PxWeb. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://pxdata.stat.fi:443/PxWebPxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vaenn/statfin_vaenn_pxt_14wx.px/

[12] ”Kansallinen terveysindeksi 2020-2022 : Kuntien väliset erot sairastavuudessa ja työkyvyttömyydessä ovat suurimmat maantieteellisesti laajoilla hyvinvointialueilla”, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 26. maaliskuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/handle/10024/149040

[13] L. Kestilä ja S. Karvonen, Toim., *Ratkaisuja kestävän yhteiskunnan rakentamiseen : väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025*. THL, 2025. Viitattu: 26. maaliskuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/handle/10024/150756

[14] J. Pitkäniemi, N. Malila, S. Heikkinen, ja K. Seppä, ”Syöpä 2022 - tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta”, Suomen Syöpäyhdistys, 2024. [Verkossa]. Saatavissa: https://syoparekisteri.fi/assets/files/2024/06/Syopa-2022.pdf

[15] O. Halminen, *Analysing the performance of meso-level care systems including long and short term services*. teoksessa Aalto University publication series. Doctoral thesis, no. 2023/1. Helsinki: Aalto University, 2023.

[16] A. Puustinen ja T. Kekki, ”Pelastustoimen ja siviilivalmiuden toimintaympäristöanalyysi”. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162561

[17] D. Sundblom, ”Palveluiden vaikuttavuuden mittaamisen nykytila pelastustoimessa – nostoja hankkeemme kyselystä”, Pelastusopisto. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa].

Saatavissa: https://www.pelastusopisto.fi/blogi/palveluiden-vaikuttavuuden-mittaamisen-nykytila-pelastustoimessa-nostoja-hankkeemme-kyselysta/
[18] ”Pelastustoimen strategia 2025”. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79414
[19] ”Tietopaketti väestörakenteen muutoksista”, Väestöliitto.fi. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.vaestoliitto.fi/ajankohtaista/tietopaketti-vaestorakenteen-muutoksista/
[20] ”Johdon strateginen tilannekuva”, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/johdon-strateginen-tilannekuva
[21] H. Nurmi, J. Joentakanen, ja J. Lepistö, ”Asenne ratkaisee – pelastustoimen onnettomuuksien ehkäisyssäkin : valtakunnallinen yhteenveto nykyisistä onnettomuuksien ehkäisyn valmiuksista sekä toimenpiteistä toimintaohjelman käytäntöön saattamiseksi”, Sisäministeriö, Sarjajulkaisu, syys 2021. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163526
[22] *Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaaliturvarahastojen säästöjen valtion ja kuntien talouden vahvistamiseen ohjaamista ja sairauspäivärahan muutoksia koskevaksi lainsäädännöksi*. 2024. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.finlex.fi/fi/hallituksen-esitykset/2024/123
[23] T. Tevameri, ”Sote-palveluala : työvoima, yksityisen sektorin rooli ja kansainvälistyminen”, Työ- ja elinkeinoministeriö, Sarjajulkaisu, maalis 2023. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164805
[24] ”13w5 - Yritykset toimialoittain ja henkilöstön suuruusluokittain (oikeudellinen yksikkö), 2018-2023”, PxWeb. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://pxdata.stat.fi:443/PxWebPxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__yrti/statfin_yrti_pxt_13w5.px/
[25] M. Dufva ja S. Rekola, *Megatrendit 2023: ymmärrystä yllätysten aikaan*. teoksessa Sitran selvityksiä, no. 224. 2023. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.sitra.fi/julkaisut/megatrendit-2023/
[26] B. Daniell, ”15 Undeniable Healthcare Trends for 2025: Shaping the Future of Life Sciences”, Dialog Health. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.dialoghealth.com/post/healthcare-trends
[27] Philips Editorial Team, ”10 healthcare technology trends for 2025”, Philips. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/features/2024/10-healthcare-technology-trends-for-2025.html
[28] J. Hyry, ”Tulevaisuusbarometri 2025: valtakunnallinen raportti kansalaisten tuloksista”, Sitra, 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.sitra.fi/wp/wp-content/uploads/2025/03/tulevaisuusbarometri-2025_kansalaiset_final-1.pdf
[29] H. Saarijärvi ja P. Puustinen, *Strategiana asiakaskokemus: miksi, mitä, miten?* Jyväskylä: Docendo, 2020.
[30] ”Digitaalisuus sosiaali- ja terveydenhuollon kivijalaksi : Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategia 2023–2035”. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165288
[31] J. Simolin, ”Sosiaali- ja terveysministeriö: kansalaiskysely. Tulosraportti”, Innoduel, heinä 2023. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/9d2ffb61-dcd6-4bf5-ac33-8cba606f2ef6/5da91375-e1f0-4336-b922-7019a1b7bb92/ESITYS_20230929082712.pdf
[32] M. Heinäsenaho, T. Virtanen, ja H. Hyttinen, ”Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation pitkän aikavälin mahdollisuudet : työryhmän loppuraportti”, Sosiaali- ja terveysministeriö, Sarjajulkaisu, maalis 2025. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/166170
[33] ”Lausuntopyyntö luonnoksesta hyvinvointialueiden tehtäviä koskeviksi valtakunnallisiksi tavoitteiksi vuosille 2025-2029”, Lausuntopalvelu.fi. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa].

Saatavissa: https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=426c1f83-ffff-4035-bbf8-9f635c27e6d5
[34] H. Valokivi, ”Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista”, Väitöskirja, Tampere University Press, 2008. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://trepo.tuni.fi/handle/10024/67800
[35] ”Hyvinvointialuetalouden näkymät 2024–2028”. Valtiovarainministeriö, 8. toukokuuta 2024. [Verkossa]. Saatavissa: https://vm.fi/documents/10623/0/Hyvinvointialuetalouden+n%C3%A4kym%C3%A4t+vuosina+2024-2028.pdf/1eaaec2f-9594-4e45-6643-81796fdffb05/Hyvinvointialuetalouden+n%C3%A4kym%C3%A4t+vuosina+2024-2028.pdf?t=1715152380777
[36] Kanta-Hämeen hyvinvointialue, *Oma Häme: talousarvio 2025 ja taloussuunnitelma 2025–2027*. Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2024. [Verkossa]. Saatavissa: https://omahame.fi/documents/680684/2650620/Talousarvio_2025_ja_taloussuunnitelma_2025_2027.pdf/1facb587-d1e3-fda3-909b-b20319080aed?t=1738825878594
[37] ”Eläköityminen jatkuu ripeänä julkisella alalla”, Keva. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/elakoityminen-jatkuu-ripeana-julkisella-alalla/
[38] ”Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tulosalueiden koulutussuunnitelmat vuodelle 2025 (julkaisematon)”, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2025.
[39] M. Tuomaala, *Työvoiman saatavuus ja kohtaanto 1/2024*. teoksessa TEM-analyyseja, no. 2024:119. Työ- ja elinkeinoministeriö, 2024. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165485
[40] ”Kanta-Hämeen hyvinvointialueen pelastustoimen palvelualueen koulutussuunnitelma 2025 (julkaisematon)”, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, 2025.
[41] K. Korhonen, ”Ammatillisen koulutuksen rahoitusuudistus”, esitetty tilaisuudessa AMKE-webinaari, 21. maaliskuuta 2024. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.amke.fi/media/ajankohtaista-amkessa/amke-webinaari-21.3.2024-k-korhonen.pdf
[42] ”Hyvinvointialueiden tehtävät ja toiminta”, Valtiovarainministeriö. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://vm.fi/hyvinvointialueiden-tehtavat-ja-toiminta
[43] ”Palvelustrategia: versio 2 – päivitetty saatujen lausuntojen ja seminaaripalautteiden jälkeen”. Oma Häme - Kanta-Hämeen hyvinvointialue. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://omahame.fi/documents/680684/809401/Oma_H%C3%A4me_Palvelustrategia_p%C3%B6yt%C3%A4kirja_versio2_2023.pdf/18818579-1776-cc18-4456-bb867d5d6490?t=1689840644063
[44] J. Jeskanen, ”Terveydenhuollon etäpalvelujen vaikutukset palvelujen saatavuuteen, laatuun ja tuottavuuteen. Kartoittava kirjallisuuskatsaus”, marras 2022, Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/handle/123456789/28656
[45] ”Sisä-Suomen yhteistyöalueen hoitotieteellinen toimintaohjelma”. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://pirha.fi/ammattilaiselle/tutkimus/tutkimus-ja-opinnaytetyoluvat/yliopistotasoiset-opinnaytetyot-ja-tutkimukset/sisa-suomen-yhteistyoalueen-hoitotieteellinen-toimintaohjelma
[46] M. Kangasniemi *ym.*, *Työn uusjako - Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa*. teoksessa Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. Valtioneuvoston kanslia, 2017. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80699
[47] M. Keyriläinen ja H. Sutela, ”Suomalaisten palkansaajien kokemuksia työn digitalisaatiosta”, *Työelämän tutkimus*, vsk. 16, nro 4, ss. 275–288, 2018.
[48] T. Seppä, ”Riskiarviointi: merkittävä tuki päätöksenteolle organisaation tavoitteiden saavuttamisessa – näillä vinkeillä pääset alkuun”, Deloitte. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.deloitte.com/fi/fi/services/consulting/blogs/riskiarviointi-tukee-paatoksentekoa.html

[49] H. Kauppinen, ”Kanta-Häme hyödyntää uutta teknologiaa tiedolla johtamiseen”, *Lääkärilehti.fi*, heinä 2023, Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/kanta-hame-hyodyntaa-uutta-teknologiaa-tiedolla-johtamiseen/?public=592c5b98adc59834107555abf086400f
[50] A. Tarkiainen, Toim., *Riskienhallinta ja varautuminen - kolme esimerkkiä kehittämisestä*. teoksessa Pohjoisen tekijät – Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja, no. 3/2025. Lapin ammattikorkeakoulu, 2025. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://lapinamk.fi/e-kirja/riskienhallinta-ja-varautuminen-kolme-esimerkkia-kehittamisesta/
[51] A. Lahtinen, J. Kauttonen, M. Suonpää, ja M. Asikainen, *Muutosvoimaa tekoälystä – johtajan ja työntekijän käsikirja tekoälyn ensiaskeleihin*. Haaga-Helia -ammattikorkeakoulu, 2024. Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://julkaisut.haaga-helia.fi/muutosvoimaa-tekoalysta/
[52] HaagaHelia, *AI in Finland | Tekoäly Suomessa: Risto Siilasmaa*, (17. toukokuuta 2024). Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa Video]. Saatavissa: https://www.youtube.com/watch?v=mT3zNxYJS3Y
[53] HaagaHelia, *AI in Finland | Tekoäly Suomessa: Risto E.J. Penttilä*, (17. huhtikuuta 2024). Viitattu: 4. huhtikuuta 2025. [Verkossa Video]. Saatavissa: https://www.youtube.com/watch?v=H1cky_H_L3I
[54] *Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta*. 2023. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/617?language=fin&highlightId=577611&highlightParams=%7B%22type%22%3A%22BASIC%22%2C%22search%22%3A%22617%2F2021%22%7D
[55] Hyvil ja Kuntaliitto, ”Kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyö ja yhdyspinnat”. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2025/2313-kuntien-ja-hyvinvointialueiden-yhteistyo-ja-yhdyspinnat
[56] *Laki hyvinvointialueesta*. 2021. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saadoskokoelma/2021/611?language=fin
[57] *Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä*. 2023. Viitattu: 2. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saadoskokoelma/2021/612?language=fin
[58] S. Niemi (toim.), ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö kuntien ja hyvinvointialueiden välillä”. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2025/2303-hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-yhteistyo-kuntien-ja-hyvinvointialueiden
[59] P. Toikkanen, ”Tulevaisuuden näkymät järjestöissä”, Osana yhteistä ratkaisua Oy, joulu 2021. [Verkossa]. Saatavissa: https://osana.fi/tnj2/
[60] P. Palo, ”Palvelupolulla kehitetään parempia palveluita”, Palvelumuotoilu Palo. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://www.palvelumuotoilupalo.fi/blogi/palvelupolulla-kehitetaan-parempia-palveluita/
[61] ”Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueet”, Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu: 28. huhtikuuta 2025. [Verkossa]. Saatavissa: https://stm.fi/yhteistyoalueet

11 Liitteet

Liite 1. Hyvinvointiraportti: Kanta-Hämeen hyvinvointityön perintö päättyvältä valtuustokaudelta maaliskuussa 2025.

Hyvinvointiraportti

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen hyvinvointityön perintö päättyvältä valtuustokaudelta maaliskuussa 2025

24.4.2025

Kanta-Hämeen hyvinvointialue

Sisällys

1 Johdanto 3

2 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tehdyt toimet 6

2.1 Osallisuus hyvinvoinnin lisääjänä 7

2.2 Ohjaus hyvinvointia edistäviin palveluihin 8

2.3 Yhdenvertaisuutta terveyden ylläpitämiseen 9

2.4 Parempi terveys päihteittä 10

2.5 Turvallisuus osa hyvinvointia 11

2.6 Viestintä hyvinvoinnin edistämisen apuna 14

2.7 Muita nostoja hyvinvointia edistävistä toimista 15

2.8 Hyvinvointityön rakenteet Oma Hämeessä 17

2.9 Hyvinvointityön rakenteet yhdyspinnoilla 18

2.10 Hyvinvointia yhdessä järjestöjen kanssa 19

3 Hyvinvointialueen hyte-kerroin 20

3.1 Hyvinvointityö hyvinvointialueen rahoituksessa 21

3.2. Hyvinvointialueiden hyte-kerroin 22

3.3 Kanta-Hämeen hyvinvointialue: HYTE-kertoimen tulosindikaattorit 23

3.4 Kanta-Hämeen hyvinvointialue: HYTE-kertoimen prosessi-indikaattorit 24

4 Liitteet 25

Liite 1. Hyvinvoinnin seurannassa käytettäväksi sovittujen indikaattoreiden tiedot 26

1. Johdanto

- Laki sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä (612/2021 § 7) edellyttää, että hyvinvointialueen aluevaltuustolle valmistellaan vuosittain raportti, jossa kerrotaan asukkaiden hyvinvoinnista ja terveydestä, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä.
- **Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulee ottaa huomioon jokaisessa sote-palvelussa.** Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen (hyte) on määritelty (HE241/2020, 2.4.3.9) yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen järjestämiseen kohdentuvaksi toiminnaksi, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta sekä vähennetään näihin liittyviä eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ-, opiskelu- ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta. Perustuslain 19 pykälän 3 momentin velvoite edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta koko julkisen vallan velvoitteeseen kehittää yhteiskunnan olosuhteita väestön terveyttä edistävään suuntaan.

1. Johdanto… jatkuu

- Nyt valmisteltuun hyvinvointiraporttiin ei ole sisällytetty alueen väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevaa osuutta muutoin, kuin liitteeseen 1 alueelliset luvut hyvinvoinnin seurannassa käytettäväksi sovituista indikaattoreista (Hyvinvointikertomus 2024 liite 2). Näin siksi, että samanaikaisesti strategiatyön taustaksi valmisteltuun toimintaympäristöanalyysiin on sisällytetty hyvinvointia ja terveyttä kuvaavaa tietoa.
- Tämä raportti muodostuu siten pääasiassa kuvauksesta, mitä asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on hyvinvointialueella tähän mennessä tehty.
- Kuvausta täydentää hyvinvointialueen rahoitukseen vuonna 2026 vaikuttavan hyte-kertoimen ja sen pohjana olevia indikaattoreita koskeva tieto. HYTE-kerroin on valtion taloudellinen kannustin kunnille ja hyvinvointialueelle. Kerroin sisältää tulos- ja prosessi-indikaattoreita, joiden edistäminen edellyttää tiivistä yhteistyötä. Ko. tilastot eivät Kanta-Hämeen hyvinvointialueen osalta ole vuotta 2024 koskien vielä lopulliset / päivittyneet ja havaittuja tietopuutteita selvitellään.
- THL toimittaa hyvinvointialueiden rahoituksen laskennassa käytettävät HYTE-kertoimet vuosittain syyskuussa valtiovarainministeriölle hyvinvointialueiden rahoituslaskelmia varten. HYTE-kertoimen laskennassa käytettävä tietopohja jäädytetään vuodesta 2025 alkaen vuosittain elokuun viimeinen päivä. Kertoimien ennakkotiedot toimitetaan ja julkaistaan vuosittain maaliskuussa ja julkaistaan THL:n erillisessä HYTE-kerroinraportissa. Lisäksi kesäkuun alussa tehdään laskenta, joka julkaistaan THL:n HYTE-kerroinraportissa.
- Kanta-Hämeen alueellisessa hyvinvointiraportissa 2022 vuosien 2023-2024 hyvinvointityön kärjiksi hyvinvointialueella valittiin seuraavan sivun taulukossa näkyvät painopisteet tavoitteineen. Raporttiin on tehty nostoja tehdyistä toimista pääasiassa näihin peilaten.
- Hyvinvointiyön tavoitteet vuosille 2025-2028 ja toimenpiteet vuosille 2025-2026 on asetettu aluevaltuuston helmikuussa 2025 hyväksymässä Kanta-Hämeen alueellisessa hyvinvointisuunnitelmassa 2025-2028 ja siihen liitetyissä suunnitelmissa. Alkaneen nelivuotiskauden painopisteet tavoitteineen jatkavat luontevasti edellisen kauden työtä.

Painopisteiden ja tavoitteiden valikoidut toimenpiteet vuosille 2023–2024

Painopiste	Tavoite	Toimenpiteet
Osallisuus	Asukkaat kokevat vahvaa osallisuutta omassa elämässään, yhteisöissä ja asuinympäristössä. Palveluja ja asuinympäristöjä kehitetään yhdessä heidän kanssaan.	• Kohdatuksi, kuulluksi ja osalliseksi tulemisen kokemuksen vahvistaminen edelleen (Konkretisoituu ja täsmentyy mm. osallisuusohjelman työstämisen myötä).
Yhdenvertaisuus	Asukkailla on monipuoliset mahdollisuudet huolehtia hyvinvoinnistaan ja saada tähän myös tukea. Yhä useamman kantahämäläisen työ- ja toimintakyky paranee.	• Asukkaiden aktivoiminen ja tukeminen omasta hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtimiseen yhteistyössä kuntien kanssa (Palvelupolkujen ja elintapaohjauksen vahvistaminen). • Mielenterveyden suojaaminen ja vahvistaminen (kaikin mahdollisin keinoin). • Päihdehaittojen ehkäisy (Ehkäisevän päihdetyön ja Pakka-toiminnan rakenteet ennaltaehkäisevää työtä tukeviksi). • Tapaturmien ehkäisy • Työkykyä ja työllistymistä tukeviin prosesseihin panostaminen entistä vahvemmin (Mm. työkyvyn arvioinnin oikea-aikaisuus ja sujuvuus osana työllistymisen tuen kokonaisuutta). • Ikäystävällisen asumisen lisääminen ja kehittäminen (yhteistyössä kuntien kanssa).
Hyvinvointityö ja -johtaminen	Määrätietoisesti johdetun hyvinvointityön rakenteet ovat vahvat. Hyvinvointia ja terveyttä ja turvallisuutta edistetään kunnissa ja alueella pitkäjänteisesti ja verkostoituneesti.	• Hyvinvointityön rakenteiden vakiinnuttaminen ja vaikuttavan, yhteisen toiminnan vahvistaminen (mukaan lukien yhdessä järjestöjen, seurakuntien ja yritysten kanssa).

2

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tehdyt toimet

2.1 Osallisuus hyvinvoinnin lisääjänä

- Vuonna 2024 kantahämäläisillä oli mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa muun muassa palveluverkkoon liittyvään selvitykseen ja sitä koskevaan suunnitelmaan sekä alueelliseen hyvinvointisuunnitelmaan.
- Asiakkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia on parannettu asiakaspalautehallinnan järjestelmäratkaisun käyttöönottoprojektin avulla (pääosin 4/2024–3/2025 välisenä aikana). Asiakaspalautehallinnan järjestelmän kehittämisen tavoitteena on mm. monikanavainen palautteenkeruu, yhtenäiset toimintamallit, asiakasymmärryksen lisääntymisen tuki ja palautetiedon hyödyntäminen. Palautteen kautta asiakkaat ovat päässeet kertomaan kokemuksestaan vastaamalla kyselyihin tai jättämällä vapaamuotoisen palautteen verkkosivujen kautta. Myös suullista palautetta on kirjattu talteen.
- Palautteen keräämisen lisäksi on käynnistetty Terveydenhuollon asiakasraati. Siihen on valittu laajasti eri ikäryhmiä, paikkakuntia ja näkökulmia edustava 12 henkilön ryhmä + 2 varajäsentä. Valittu asiakasraati on aloittanut toimintansa loppuvuodesta 2024 ja sen toimikausi kestää vuoden 2026 loppuun.
- Myös nuorten digiraatia valmisteltiin ja rekrytoitiin, mutta siihen ei saatu riittävästi osallistujia. Tästä syystä ko. raadin käynnistämistä siirrettiin toteutettavaksi myöhemmin.
- Asiakkaiden kokemustiedon hyödyntämiseksi on perustettu kehittäjäasiakasrekisteri ja asukaspooli. Asukaspooli (45 henkiöä) on valmiina vastaamaan kohdennettuihin kyselyihin. Kehittäjäasiakasrekisteristä on ohjattu henkilöitä mukaan kehittämiseen esim. ensilinjapalveluihin, myös palauteprojektin asiakastyöpajaan.
- Myös perhekeskuksen palveluja, kuten monialaisen verkostotyön toimintamallia ja perhekeskuksen ensilinjan palveluja, on kehitetty yhdessä asiakkaiden kanssa.
- Lakisääteiset vaikuttamistoimielimet (vammaisneuvosto, vanhusneuvosto ja nuorisovaltuusto) ovat kokoontuneet säännöllisesti. Vaikuttamistoimielimet ovat tuoneet oman merkityksellisen panoksensa hyvinvointialueen päätöksenteon ja erinäisten asiakirjojen, kuten esim. yhdenvertaisuus ja tasa-arvosuunnitelman valmisteluun.

2.2 Ohjaus hyvinvointia edistäviin palveluihin

Hyvinvoinnin puheeksioton ja hyte-palveluohjauksen toimintamalli

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin tavoitteena on ylläpitää ja edistää asukkaan hyvinvointia, terveyttä, turvallisuutta ja arjessa pärjäämistä. Ammattilaiset ohjaavat kuntien, järjestöjen ja seurakuntien toimintaan ja palveluihin sekä hyvinvointialueen omiin hyvinvointia ja terveyttä edistäviin (hyte) palveluihin. Asukkaat saavat tarvittaessa tukea hyte-palveluiden löytämisessä sekä niihin ohjautumisessa.
- Hyte-palveluohjauksen toimintamallia on kehitetty RRP-hankkeen tuella yhdessä henkilöstön kanssa sekä mm. mm. järjestöjen ja Ohjaamon vaikuttajanuorten kanssa työpajoissa. Toimintamallin jalkautus on aloitettu keväällä 2025. Liikkeelle on lähdetty ensilinjan palveluista.
- **Mitä kuuluu? -kortti** on kehitetty puheeksioton työvälineeksi ja hyödynnettäväksi asukkaiden neuvonnassa ja hyte-palveluihin ohjaamisessa. Kortti on jaettu hyvinvointiin ja terveyteen liittyviin teemoihin ja niiden alle on kerätty kysymyksiä, jotka helpottavat kokonaisvaltaista hyvinvoinnin tunnistamista ja puheeksiottoa.
- Hyte-palveluohjauksen toimintamalli hyödyntää **Hyvinvointisi tueksi – sivustoa**, jolle on koottu Kanta-Hämeen alueen kuntien, järjestöjen, seurakuntien ja hyvinvointialueen hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja ja toimintaa sekä itse- ja omahoidon tietosisältöjä. Sivustoa pilotoitiin vuoden vaihteessa (12/2024 – 2/2025). Pilotointiin osallistui sekä hyvinvointialueen että kuntien ammattilaisia. Sivuston suunniteltu julkaisuajankohta on viivästynyt teknisistä syistä.
- Hyvinvointisi tueksi -sivustolle toivottavien tietojen kokoamisen aktivoimiseksi on järjestöille järjestetty Lähellä.fi -infoja ja järjestöillat, joilla on tuettu järjestöjen toimintaa koskevan tiedon saamista mahdollisimman kattavasti mukaan. Hyte-palveluohjauksen tueksi hyvinvointialueen henkilöstölle tarjottiin mahdollisuus osallistua HAMK:ssa tammikuussa 2025 toteutettuun järjestöpäivään. Pyrkimyksenä oli tehdä etenkin neuvonnassa ja asiakasohjauksessa toimiville työntekijöille tutuksi järjestöjen tarjoamia mahdollisuuksia ja palveluja.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuuden avaamiseksi ja hyte-palveluohjauksen saattamiseksi henkilöstön työtavaksi Oma Häme osallistui myös THL:n koulutuspilottiin syksyllä 2024. Sen myötä valmisteltu Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutuskokonaisuus on julkaistu henkilöstön koulutuspakettina Moodlessa maaliskuussa 2025.

2.3 Yhdenvertaisuutta terveyden ylläpitämiseen

Elintapaohjauksen kehittäminen Oma Hämeessä

- Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on yhtenäistetty elintapaohjausta, jotta asiakkailla olisi saatavilla vaikuttavia ja laadukkaita palveluita yhdenvertaisesti, asuinpaikastaan riippumatta. Yhtenäistäminen on jaettu kolmeen osakokonaisuuteen: ammattilaisten osaamisen edistäminen, toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen sekä palveluketjujen rakentaminen.

Ammattilaisten osaamisen edistäminen

- Hyvinvointialueen, kuntien ja kolmannen sektorin osaajille toteutettiin elintapaohjauksen koulutuskokonaisuus, joka koostui seitsemän eri teeman osakoulutuksesta. Lisäksi heille järjestettiin kirjaamiskoulutusta elintapaohjaukseen liittyvien toimenpidekoodien käytöstä.

Toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen

- Oma Hämeessä on perustettu eri toimialat yhdistävä elintapaohjauksen kehittäjäverkosto, jossa suunnitellaan ja toimeenpannaan yhteisesti sovittuja toimia, joiden tavoitteena on yhtenäistää elintapaohjausprosesseja.
- Intraan on luotu elintapaohjauksen käsikirja, joka sisältää työn tueksi materiaalia elintapojen puheeksi ottamisesta, hyvinvoinnin kartoittamisesta ja ohjaamisesta eri palveluihin.

Palveluketjujen rakentaminen

- Maaliskuussa 2025 otettiin käyttöön sähköinen liikuntalähete, kun kuntien liikuntaneuvojat saivat oikeudet kirjata Oma Hämeen potilastietojärjestelmään. Sähköinen liikuntalähete mahdollistaa sen, että hyvinvointialueelta pystytään sujuvasti ohjaamaan asiakas kunnan liikuntaneuvontaan tilanteissa, joissa asiakas kaipaa tukea liikkumisen ja muiden terveyttä edistävien elintapojen edistämiseen.
- Mikäli asiakas ei ole halukas liikuntaneuvontaan, on hänet mahdollista ohjata uuteen elintapamuutoksen etäryhmään saamaan tukea elintapojen muuttamiseen. Elintapamuutoksen etäryhmä kokoontuu neljä kertaa vuodessa ja siinä on viisi eri teemaa. Puhujina toimivat Oma Hämeen asiantuntijat. Kyseessä on maksuton matalan kynnyksen palvelu, joka ei edellytä ilmoittautumista ja johon osallistutaan anonyyminä.
- Oma Hämeessä on aloitettu ylipainoisen hoitopolun rakentaminen, joka on porrasteinen ja sisältää eri tuki- ja toimenpidemuotoja asiakkaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Elintapamuutoksen etäryhmä ja liikuntalähete ovat integroitu osaksi tätä polkua.

2.4 Parempi terveys päihteittä

- **Ehkäisevä päihdetyö** on myös osa elintapaohjausta ja sitä on Oma Hämeessä käsitelty edellä kuvatussa ammattilaisille suunnatussa koulutuskokonaisuudessa. Osana ammattilaisten osaamisen edistämistä on edistetty yhtenäisiä toimintakäytäntöjä eli alkoholin käytön puheeksiottamista, riskikäytön systemaattista kartoittamista ja siihen liittyvän mini-intervention toteuttamista sekä motivointia alkoholinkäytön vähentämiseen. Tärkeä osa tätä prosessia on hyvinvointialueen hyte-kertoimeen ja siten rahoitukseen vaikuttava ammattilaisten yhtenäinen, kansallisesti määritetty kirjaamiskäytäntö, jota on edistetty muun muassa kirjaamiskoulutusten ja kirjaamisohjeiden kautta.
- Ehkäisevään päihdetyöhön sisältyy alkoholin käytön ehkäisyn lisäksi myös muiden päihteiden käyttöä ja rahapelaamista ehkäisevä työ. Maaliskuussa 2025 on ryhdytty selvittämään mahdollisuutta yhtenäistää alaikäisten nikotiinipuuttumismallia kaikissa alueen kunnissa.
- Niin hyvinvointialueen kuin kuntien ammattilaisten työn tueksi on tuotettu ehkäisevään päihdetyöhön liittyvää materiaalia. Samoin on koottu materiaalia ja toimijoita yhteen erilaisten kampanjoiden toteuttamiseksi, kuten esimerkiksi alueellinen Vape-kampanja ja vanhempainilta huhtikuussa 2024. Toukokuussa 2024 hyvinvointialueen nuorisovaltuustoa tuettiin nuorten päihdekampanjan toteuttamisessa.
- Ehkäisevä päihdetyö on osa hyvinvointialueen, mutta myös kuntien lakisääteistä tehtävää. Tässä työssä on keskinäistä osaamista ja tukea jaettu seudullisten ehkäisevän päihdetyön työryhmien kautta.
- Uudet nikotiinituotteet, kuten vapet ja nikotiinipussit, ovat tulleet tupakoinnin rinnalle. Ammattilaisten vieroitusosaamisen vahvistamiseksi järjestettiin nikotiinivieroituskoulutusta marraskuussa 2024.
- Puitesopimuksen mukaisesti on Kanta-Hämeen alueella viety eteenpäin myös **Pakka-toimintamallia**. Pakka-toimintamalli on paikallisten alkoholi -, tupakka ja rahapelihaittojen ehkäisyyn kehitetty menetelmä. Pakka malli perustuu kunnan eri toimijoiden, viranomaisten ja paikallisen elinkeinon yhteistyölle. Kuntalaiset osallistetaan myös mukaan toimintaan. Tavoitteena on rajoittaa ikärajavalvottavien tuotteiden eli alkoholin, tupakan ja rahapelien saatavuutta. Pakka toimintamallissa on konkreettisia työkaluja päihdehaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen.
- Osana tätä työtä on vuoden 2024 aikana toteutettu alueellinen Älä välitä -viestintäkampanja, osallistuttu Humppilan kunnassa suunnitteluun Festari-Pakan osalta ja toteutettu keväällä 2024 koko Kanta-Hämeen alueella yhteinen päihdetilannekysely. Siitä saadut tiedot on välitetty myös kuntakohtaisesti edelleen kuntien työssä hyödynnettäväksi.
- Huhtikuussa 2024 on käynnistetty alueellinen tarjontatyöryhmä, joka linjaa ketjutasoisia maakunnan yhteisiä asioita. Alueella on myös kaksi Pakka-toimintamallin mukaista seudullista tarjontatyöryhmää (Forssan seutu ja Hämeenlinnan seutu). Seudulliset tarjontatyöryhmät pureutuvat syvällisemmin paikallisiin asioihin. Näissä on mukana paikallisia toimijoita ja hyvinvointialueelta ehkäisevän päihdetyön koordinaattori.

2.5 Turvallisuus osana hyvinvointia

- Vuoden 2024 aikana Kanta-Hämeessä on toteutettu monia **lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn** tähtääviä toimenpiteitä.
- Hyvinvointialueella aloitti toimintansa lähisuhdeväkivaltatyön yksikkö, joka koordinoi maakunnallista väkivallan ehkäisytyötä. Se tarjoaa jalkautuvaa asiantuntijatukea ammattilaisille sekä tukee ja auttaa väkivallan eri osapuolia. Työssä korostuu monialainen verkostotyö.
- Kanta-Hämeessä on jalkautettu avainhenkilömallia, joka on perustason väkivaltatyön toimintamalli organisaatioiden eri tasoille. Avainhenkilömallissa koulutetaan alueen ammattilaisia toimimaan väkivallan tunnistamisen ja puheeksioton asiantuntijoina omassa työyksikössään. Ensimmäiset avainhenkilökoulutetut valmistuivat loppuvuodesta 2024 ja toinen avainhenkilökoulutus käynnistyi helmikuussa 2025. Jatkossakin tavoitteena on järjestää avainhenkilökoulutuksia kaksi kertaa vuodessa.
- Oma Hämeen henkilöstölle ja alueen muille ammattilaisille on tarjottu perustietoa lähisuhdeväkivallasta ja mahdollisuus syventää ammatillista osaamista järjestämällä Tunnista &Toimi -koulutuksia lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta, lapsiin kohdistuvasta väkivallasta ja vakavan väkivallan riskinarvioinnista. Koulutukset järjestettiin yhteistyössä Kanta-Hämeen ensi- ja turvakoti ry:n kanssa. Myös em. elintapaohjauksen koulutussarjassa oli osio Turvallisuudesta lähisuhteissa.
- Ammattilaisten käytössä on useita tuki- ja konsultaatiorakenteita mm. lähisuhdeväkivaltatyön yksikön asiantuntijatuki ja työparityön malli, Barnahus ja Tays lasten oikeuspsykiatrian konsultaatio, kotoutumisen erityisasiantuntijan tuki ja haastavien erojen -työryhmä. Alueellisista tukirakenteista tiedotetaan henkilöstöä säännönmukaisesti ja työtä tehdään tiiviissä yhteistyössä Hämeen poliisin ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Tietoa ilmiöstä ja toimintaohjeita on koostettu henkilöstön työn tueksi intraan.
- Väkivallan eri osapuolille on saatavilla apua niin Oma Hämeen peruspalveluissa kuin väkivaltaerityisissä palveluissa. Palveluita tuottaa alueella mm. Kanta-Hämeen ensi- ja turvakoti ry, Rikosuhripäivystys ja lähisuhdeväkivaltatyön yksikkö. Syksystä 2024 lähtien lähisuhdeväkivaltatyön yksikkö aloitti Turvallisille raiteille-menetelmän mukaisen yksilötyöskentelyn, johon voi hakeutua väkivaltaa käyttänyt tai sen käyttöä pelkäävä henkilö.
- Asukkaita on tiedotettu väkivaltaan liittyvistä palveluista Apua lähisuhdeväkivaltaan -sivustolla, Oranssien päivien -kampanjan aikana, sosiaalisessa mediassa, uutisartikkeleilla ja osallistumalla eri tapahtumiin, esimerkiksi Kohti yläkoulua- ja Seniorimessuihin.

2.5 Turvallisuus osana hyvinvointia… jatkuu 2/3

- Kanta-Hämeen väkivaltatyön verkosto on aloittanut toimintansa 2024. Verkoston tavoite on tuottaa alueellista tietoa ilmiöstä, palveluista ja toimia tiedonkulun ja keskustelun areenana. Verkosto kokoontuu neljä kertaa vuodessa.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työorientaatiossa on huomioitu turvallisten ihmissuhteiden tukeminen ja tuotettu sisältöä mm. henkilöstölle intraan. Lähisuhdeväkivaltatyön koulutuksissa, hyte-toimintamallien pilotoinnissa ja kehittämistyössä on hyödynnetty lähisuhdeväkivallan kokemusasiantuntijaa.
- Vuoden 2025 alussa Kanta-Hämeen ensi- ja turvakoti ry ja lähisuhdeväkivaltatyön yksikkö pilotoivat seurusteluväkivaltaan liittyvää koulutusta Hämeenlinnan yhteiskoulun kaikille 8.luokkalaisille.

2.5 Turvallisuus osana hyvinvointia… jatkuu 3/3

- Kanta-Hämeen hyvinvointialueella aloitettiin loppuvuodesta 2024 tutkinta, jossa selvitetään kotona asuville ikäihmisille sattuvia tulipaloja ja niiden riskitekijöitä. Tarve tutkinnalle syntyi pelastuslaitoksen tehtävätilastoista. Pelastuslaitos on yhteistyössä Oma Hämeen asiakas- ja potilasturvallisuusyksikön kanssa selvittänyt, löytyykö tapauksille jotain yhteisiä tekijöitä tai voitaisiinko tapauksia jollain tavalla ennaltaehkäistä esimerkiksi kotihoidon piirissä toimintakyvyn arviointia kehittämällä. Tutkimuksen tulokset valmistuvat keväällä 2025. Tutkimuksen perusteella on tarkoitus antaa Kanta-Hämeen hyvinvointialueelle suosituksia turvallisuuden parantamiseksi.

- Tämä työ on osa Kanta-Hämeen hyvinvointialueen pelastustoimen ylläpitämää pelastuslain 42 § mukaista menettelyä, jossa pelastusviranomainen ottaa vastaan rakennuksiin tai asuntoihin kohdentuvia tulipalon- tai muun onnettomuuden vaarailmoituksia ja käynnistää niiden perusteella valvontaprosessin. Ilmoitusten tekijöinä ovat hyvinvointialueen muiden toimijoiden lisäksi kaikki viranomaiset, sekä kuntien, julkisyhteisöjen ja palveluntuottajien edustajat. Pelastusviranomainen myös kouluttaa näitä toimijoita ilmoitusmenettelyyn. Ilmoituksen saatuaan pelastusviranomainen ryhtyy toimenpiteisiin, joilla tulipalon- tai muun onnettomuuden vaara pienennetään hyväksyttävälle tasolle. Toimenpiteet toteutetaan pelastusviranomaisen johdolla, mutta tarvittaessa laajassa viranomaisyhteistyössä eri toimijoiden vastuita yhteen sovittaen. Prosessin tavoitteena on mahdollistaa asumisen turvallisuustekijät niin, että asiakkaan kotona asuminen olisi mahdollista jatkossakin. Toiminnalla on vahva ja välitön vaikutus kotona asuvien turvallisuuteen ja hyvinvointiin.

2.6 Viestintä hyvinvoinnin edistämisen apuna

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen viestintä on yksi osa hyvinvointialueen toteuttamasta hyvinvointityöstä. Sitä on edistetty asukkaiden suuntaan Voi hyvin Oma Hämeessä -somekanavalla. Hyvinvointialueen www-sivuilta löytyy niin ikään hyvinvointiin liittyvää tietoa.
- Hyvinvoinnin asialla on hyte- ja osallisuusyksiköstä jalkauduttu Hyvinvointipäivään Forssassa, Taiteiden yöhön Riihimäellä, Seniorimessuille ja Elomessuille Hämeenlinnassa sekä pilottimielessä eläköityvien infoon Hausjärvellä.
- Vammaispalveluiden henkilöstö on jalkautunut Riihimäellä järjestettyyn erityisryhmille suunnattuun Extra - Liikunta- ja kulttuuritapahtumaan.
- Henkilöstöpäivillä 2024 hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja osallisuus olivat esillä omana sessionaan hyte- ja osallisuusyksikön esille tuomana.

2.7 Muita nostoja tehdyistä hyvinvointia edistävistä toimista

- **Opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologihenkilöstöä** on vahvistettu siten, että Kanta-Häme on nyt toinen niistä kahdesta hyvinvointialueesta, jossa ollaan lakisääteisessä mitoituksessa opiskeluhuollon henkilöstön osalta.
- **Etäpalveluna toteutettava perhevalmennuskokonaisuus** on käynnistetty. Se sisältää osiot sekä lasta odottavalle että neuvolaikäisten vanhemmille. Kokonaisuus käsittelee laajasti eri aiheita lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, mukaan lukien mielenterveysongelmien ehkäisyn ja osion turvallisen arjen tunnetaidoista.
- **Oppivelvollisuusikäisten mielenterveyden hyvinvointia** on edistetty ottamalla käyttöön sitä tukevia menetelmiä, kuten nuorten ohjattu omahoito ja ahdistuksen lyhytinterventio sekä vahvistamalla vanhemmille suunnattua varhaisen vaiheen tukea.
- Perhekeskuspalveluissa on rakennettu **yhteisövaikuttavuusperiaatteen mukaisesti toimivat monialaisen yhteisjohtamisen ja asiakastyön rakenteet**. Rakenteita hiotaan jatkuvasti paremmaksi ja samalla toteutetaan toimintakulttuurin muutostyötä, jotta eri organisaatioiden toiminta olisi jatkossa paremmin yhteensovitettua. Yhteisövaikuttavuustyön hyödyillä asukkaalle on vahva tieteellinen näyttö.
- Hyvinvointialueen perhekeskuksen ja hyte-toiminnan yhteistyönä on aloitettu **Hyte-aamukahvitapaamiset** vuoden 2025 alusta. Tapaamisiin voivat osallistua kaikki lasten ja nuorten parissa työskentelevät, mm. koulujen, oppilaitosten ja perhekeskuksen ammattilaiset, ruokapalvelutyöntekijät, Ohjaamot, nuorisotyöntekijät ja liikunnan ammattilaiset.
- **Talousneuvola** on käynnistetty pienempien ja suurempien taloushuolien kanssa painiville. Apua ja ohjausta on tarjolla esimerkiksi laskujen maksamiseen, velkaantumiseen, ulosottoon, talouden suunnitteluun tai kun on huolta läheisen taloudellisesta tilanteesta.
- Kanta-Hämeeseen on valmisteltu avustushakemus valtion **ruoka-apu -hankkeeseen** yhteistyössä ruoka-apua tuottavien järjestöjen kanssa. Hankkeen hallinnoijana toimii Oma Häme. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on myöntänyt 1.4.2025 päätöksellä Kanta-Hämeen alueelle valtionavustusta ruoka-apu –toiminnan järjestämiseen yhteensä 176 443 € vuosille 2025-2026.

2.7 Muita nostoja tehdyistä hyvinvointia edistävistä toimista… jatkuu

- Hyvinvointityössä on kehitetty haavoittuvimmassa asemassa olevien **maahanmuuttajien** palveluita ja henkilöstön osaamista. Maahanmuuttajille on järjestetty omakielistä ryhmämuotoista ohjausta terveyden omahoitotaitojen ja vanhemmuuden taitojen lisäämiseksi. Pakolaisille on järjestetty Mielenterveyden ensiapu 1 -kursseja yhteistyössä Mieli ry:n kanssa. On laadittu naisten genitaalien silpomisen vastainen toimintaohje ja tarjottu henkilöstölle aiheeseen liittyvää koulutusta. Henkilöstölle on järjestetty myös pakolaisten perheenyhdistämiseen liittyvää koulutusta sekä kehitetty osaamista kunniaan liittyvän väkivallan tunnistamisen ja ehkäisyn teemasta.
- Gerbiilin palvelut on ulotettu **ikäihmisten** lisäksi myös **vammaisten henkilöiden** asumista tuottavien asumisyksiköiden palveluihin ja siitä on saatu hyviä kokemuksia.
- Vammaisten henkilöiden yksilöllisiä palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä on hyvinvoinnin tukemisen näkökulmasta kiinnitetty huomiota Kaikukortin ja Vammaiskortin tarjoamien mahdollisuuksien markkinointiin.

2.8 Hyvinvointityön rakenteet Oma Hämeessä

- Kanta-Hämeen hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä vastaava toimielin on aluehallitus.
- Joulukuussa 2024 perustettiin Oma Hämeen sisäinen **hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) ohjausryhmä**. Toimialat ovat nimenneet siihen edustajansa. Ohjausryhmän tavoitteena on vahvistaa vaikuttavan hyte-työn edistämistä organisaatiotasolla. Työnsä alkuvaiheessa olevan ohjausryhmän tehtävänä on muun muassa varmistaa hyvinvointisuunnitelman (ja sen liitännäisasiakirjojen) toimeenpanon ja tarvittavien jatkotoimien edistyminen toimialoilla ja varmistaa hyte-kertoimesta saatava rahoituksellinen hyötypotentiaali.
- **Hyvinvointialueen toimialat** toteuttavat hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kaikessa toiminnassaan.
- Strategia- ja integraatio toimialan asiakkuuksien johtamisen tulosalueeseen sijoittuva **hyte- ja osallisuusyksikkö** johtaa ja koordinoi hyvinvointialueen sisäistä (integraatio) ja alueellista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta. Yksikön tehtävänä on edistää hyvinvointityön vaikuttavuutta yhteistyössä Kanta-Hämeen hyvinvointialueen toimialojen, alueen kuntien, järjestöjen, seurakuntien yms. toimijoiden kanssa. Kevään 2024 YT – neuvottelujen myötä yksikön resurssit pienenivät ja tehtäviä uudelleen organisoitiin.

2.9 Hyvinvointityön rakenteet yhdyspinnoilla

- **Yhdyspinnalla** tarkoitetaan kahden tai useamman organisaation välistä toiminnallista yhteyttä tai liityntäpintaa eli yhteistyön paikkaa jossa korostuu yhdessä tekemisen merkitys. Hyvin toimivat yhdyspinnat takaavat sujuvat, oikea-aikaiset ja oikeatasoiset palvelut, mikä on keskeisen tärkeä tekijä palveluiden toimivuuden kannalta. Yhteistyö ei ole vain organisaatioiden välisen toiminnan ja vastuunjaon kysymys. Yhdyspintatyö tulee ymmärtää etenkin välineenä asukkaan tai asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja sujuvan palvelun toteuttamiseksi eri organisaatioiden välillä osana niiden toimintaa.
- Kuntien ja muun muassa järjestöjen, seurakuntien ja oppilaitosten kanssa tehtävää yhteistyötä edistetään hyte-yhdyspintarakenteeseen kuuluvissa foorumeissa ja työryhmissä. Näistä on sovittu kuntien ja Hämeen liiton kanssa elokuussa 2023 solmitulla puitesopimuksella.
- Sopimuksen mukaisessa hyte-yhdyspintarakenteessa on järjestetty ensimmäiset lakisääteiset neuvottelut.
- Hyte-foorumin ja turvallisuusfoorumin kerran vuodessa järjestettävässä yhteisessä Hytetu-foorumin kokoontumisessa toukokuussa 2024 käsiteltiin muun muassa turvallisuutta osana hyvinvointityötä ja hyvinvointisuunnitelmaa. Esillä oli sisäisen turvallisuuden arvoketju ja keskustelua käytiin siitä, mikä on kuntien, hyvinvointialueen ja muiden toimijoiden rooli turvallisuuden kokonaisuudessa.
- Yhteisten palvelujen ja ennaltaehkäisyn työryhmät (alueelliset hyte-työryhmä, perhekeskustyöryhmä, opiskeluhuoltoryhmä, kotouttamisen yhteistyöryhmä) aloittivat toimintansa syksyllä 2023. Työryhmissä on edustajat muun muassa kunnista, järjestöistä ja oppilaitoksista. Työryhmät ovat kokoontuneet noin kerran kuukaudessa. Vuoden 2024 aikana työryhmissä valmisteltiin muun muassa alueellista hyvinvointikertomusta ja -suunnitelmaa vuosille 2025-2028.
- Yhden yhdyspinnan hyvinvointialueen ja kuntien välille muodostavat jo edellä mainitut lakisääteiset vaikuttamistoimielimet. Hyvinvointialueen vammaisneuvosto on esimerkiksi edistänyt yhteistyötä kuntien vaikuttamistoimielimien kanssa järjestämällä vuosittain yhteisen seminaarin ajankohtaisten teemojen äärellä. Lisäksi alkuvuodesta 2025 vammaisneuvosto osallistui Päijät-Hämeen vammaisneuvoston kokoukseen yhteisen sparrauksen merkeissä.
- Oma Hämeessä tehtävän hyvinvointityön tueksi on kiinnitytty ja osallistuttu myös kansallisiin verkostoihin kuten esimerkiksi THL:n ja Hyvilin johtamiin kansallisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämisverkostoihin.

2.10 Hyvinvointia yhdessä järjestöjen kanssa

- Kanta-Hämeen alueella toimii noin 3200 järjestöä tai rekisteröitynyttä yhdistystä. Näistä noin 260 on sosiaali- ja terveysalan järjestöä. Kanta-Hämeen järjestöjen työtä on keväästä 2019 lähtien tehnyt näkyväksi ja tunnetuksi järjestöneuvottelukunta, jossa on myös Oma Hämeellä nimettynä edustaja.
- Syksyllä 2024 ryhdyttiin valmistelemaan **järjestöyhteistyön asiakirjaa**. Asiakirjan tarkoitus on tehdä hyvinvointialueen ja järjestöjen välisiä yhteistyön muotoja näkyväksi sekä vahvistaa järjestöjen ja hyvinvointialueen keskinäistä yhteistyötä. Asiakirjasta saa tietoa järjestöjen kanssa tehtävästä yhteistyöstä ja verkostoista, järjestöjen toimintamahdollisuuksien tukemisen muodoista sekä tunnistetuista kehittämiskohteista. Työ on valmistumassa kevään 2025 aikana.
- Oma Häme on tukenut järjestöjen työtä käytettävissä olevan rahoituksen puitteissa **järjestöavustuksilla**. Avustusten jakoperusteet ovat määräytyneet aluehallituksen hyväksymien hyvinvointialueen järjestöjen toimintaedellytysten ja järjestöavustusten periaatteiden (19.12.2022 292 §) sekä niihin pohjaavan 4.12.2023 § 468 päivitetyn pisteytystaulukon pohjalta. Hyvinvointialue avustaa yhteisöjä, joiden yleishyödyllinen toiminta tukee, täydentää ja monipuolistaa hyvinvointialueen lakisääteistä tehtävää eli sosiaali-, terveys- ja pelastuspalveluja.

3

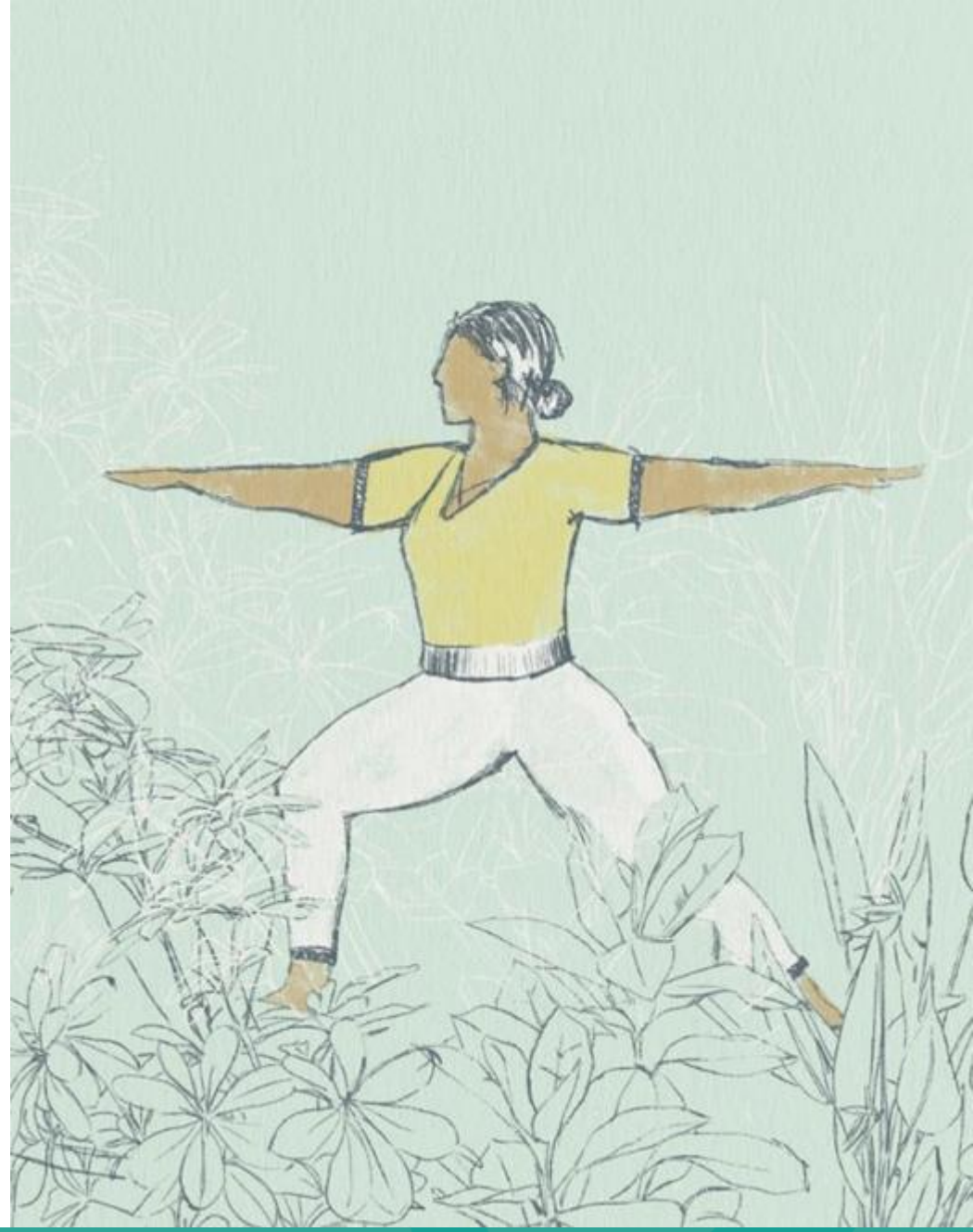
Hyvinvointialueen HYTE-kerroin

3.1 Hyvinvointityö hyvinvointialueen rahoituksessa

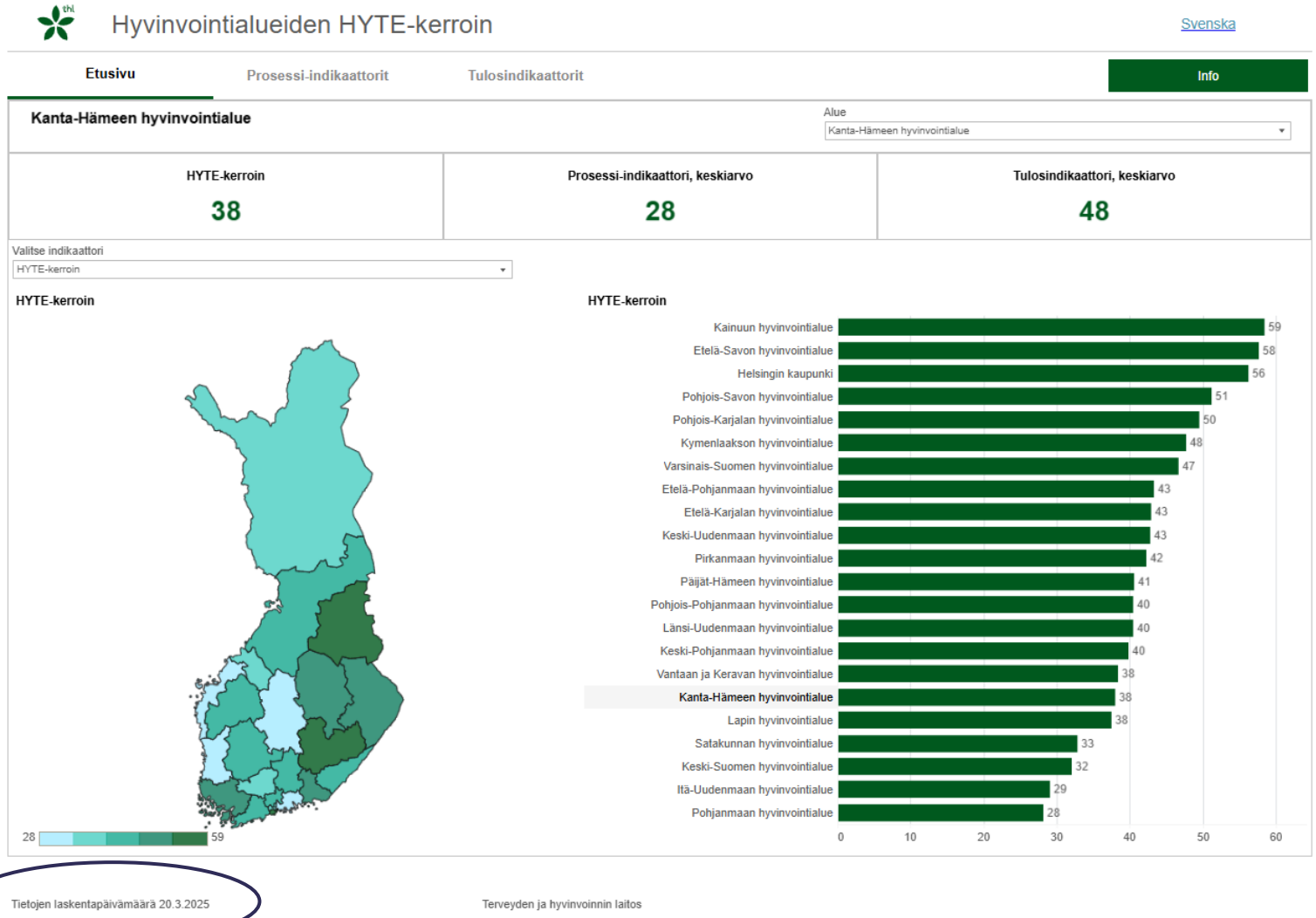
- Toimintaa ja tuloksia väestötasolla kuvaavat indikaattorit huomioidaan ensimmäisen kerran vuoden 2026 rahoituksen jaossa. (Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021)

Hyvinvointialueiden HYTE-kertoimen aineistojen poimintapäivät ja aineiston jäädytys

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toimittaa hyvinvointialueiden rahoituksen laskennassa käytettävät HYTE-kertoimet vuosittain syyskuussa valtiovarainministeriölle hyvinvointialueiden rahoituslaskelmia varten. HYTE-kertoimen laskennassa käytettävä tietopohja jäädytetään vuodesta 2025 alkaen vuosittain elokuun viimeinen päivä.
- Kertoimien ennakkotiedot toimitetaan ja julkaistaan vuosittain maaliskuussa ja julkaistaan THL:n erillisessä HYTE-kerroinraportissa. Lisäksi kesäkuun alussa tehdään laskenta, joka julkaistaan THL:n HYTE-kerroinraportissa.
- Seuraavissa taulukoissa esitetyt luvut vuoden 2024 osalta perustuvat em. maalikuussa julkaistuun ennakkotietoon. Muutokset ovat mahdollisia.



3.2 Hyvinvointialueiden HYTE-kerroin



3.3 Kanta-Hämeen hyvinvointialue: HYTE-kertoimen tulosindikaattorit

- Tulosindikaattorit kuvaavat muutosta hyvinvointialueen väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa.
- Tulosindikaattoreiden arvot muodostetaan laskemalla muutos edelliseen mittaukseen. Saatu muutos skaalataan kaikkien kuntien indikaattoriarvoihin. Pistemäärä 0–100.
- Sotkanet tieto *
- THL:n tieto Workbook: hva_hyte tieto **

	2023 *	2024 *	2023 skaalattu *	2024 skaalattu **
Vammojen ja myrkytysten hoidosta aiheutuvat sairaalahoitojaksot ja / tai sairaalassa hoidetut potilaat / 10 000 asukasta (ind. 3037/ skaalattu 3808)	104,2	104,0	37	58
Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 699 / skaalattu 3809)	0,6	Tietoja ei saatavilla	90	8
Ei työssä, koulutuksessa tai varusmiespalvelusta suorittamassa olevat 18–24 vuotiaat, % vastaavaikäisistä (ind. 5387 / skaalattu 3810)	18,6	Tietoja ei saatavilla	62	22
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden (tietyt diagnoosit) vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 18–34-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 4837 / skaalattu 3812)	1,3	Tietoja ei saatavilla	76	100
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25–64 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 234 / skaalattu 3811)	2,4	Tietoja ei saatavilla	39	53

3.4 Kanta-Hämeen hyvinvointialue: HYTE-kertoimen prosessi-indikaattorit

- Prosessi-indikaattorit kuvaavat alueen omaa toimintaa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.
- Prosessi-indikaattoreiden viimeisen mittauksen arvot skaalataan kaikkien hyvinvointialueiden indikaattoriarvoihin. Pistemäärä 0-100.
- Sotkanet tieto *
- THL:n tieto Workbook: hva_hyte; vuoden 2024 tietojen osalta muutokset vielä mahdollisia **

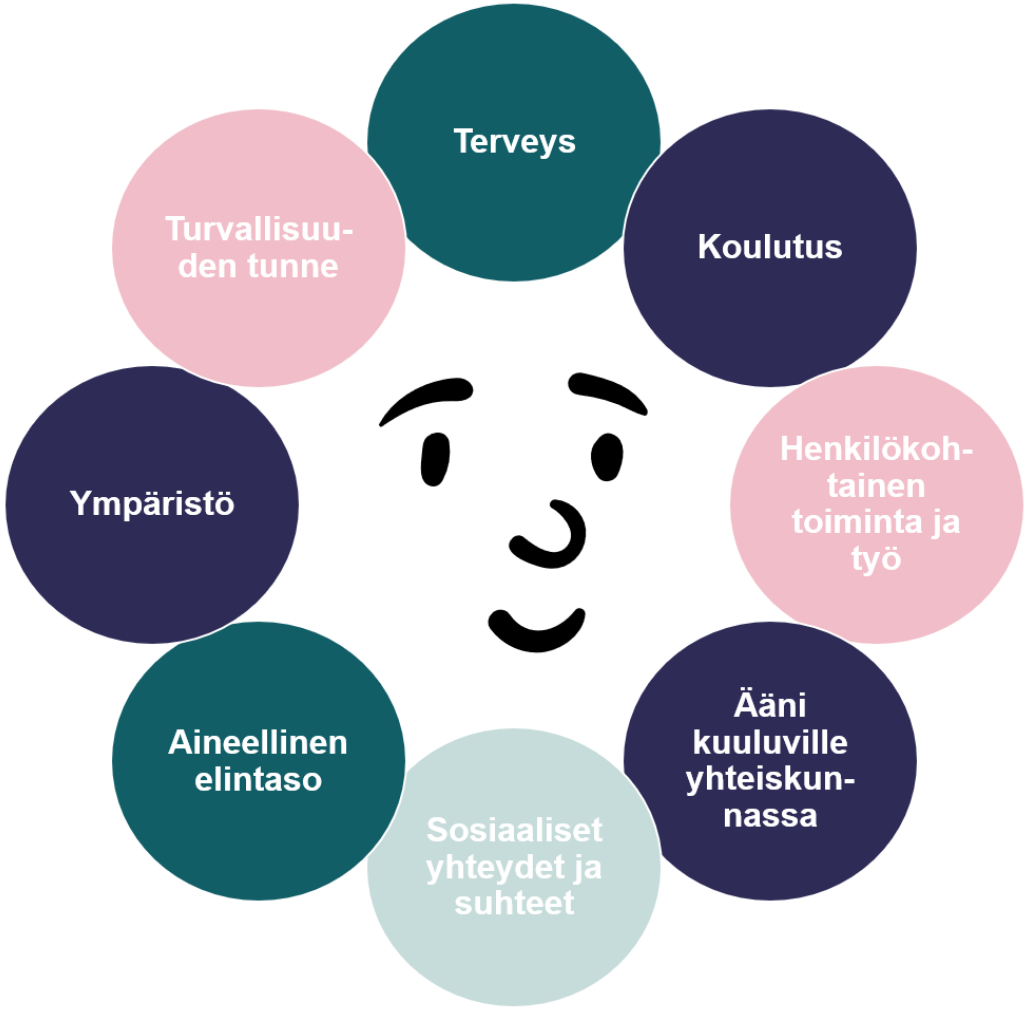
	2023 *	2024 *	2023 skaalattu *	2024 skaalattu **
Terveystarkastukset				
Lastenneuvolan 4-vuotiaiden terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen, lukumäärä (ind. 5400 / skaalattu 4698)	Tietoja ei saatavilla	6	48	8
Kouluterveydenhuollon 8.-luokkalaisten terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen, lukumäärä (ind. 5401 / skaalattu 4699)	Tietoja ei saatavilla	0	100	0
Työttömien terveystarkastukset, % työttömistä (ind. 4547 / skaalattu 3807)	738	716	14	40
Lasten rokotus				
Lasten tuhkarokko-vihurirokko-sikotauti (MPR) -rokotuskattavuus MPR -rokotteen 1. annoksen kattavuus (ind.3866 / skaalattu 3806)	94,9	93,2	48	Selvityk-sessä
Alkoholi				
Alkoholinkäytön mini-intervention toteutuminen, kun juomiseen liittyy haitta tai haittariski, lukumäärä (ind. 5458 / skaalattu 3805)	Tietoja ei saatavilla	69	0	49
Tyypin 2 diabetes				
Elintapaneuvonnan toteutuminen tyypin 2 diabetesriskissä oleville Käypä hoito -suosituksen mukaisesti, lukumäärä (ind. 6008/ skaalattu 6009)	19	243	Tietoja ei saatavilla	70

Liitteet

24.4.2025

Liite 1. Hyvinvoinnin seurannassa käytettäväksi sovittujen indikaattoreiden tiedot

- Kanta-Hämeen alueellisen hyvinvointikertomuksen 2024 valmistelussa hyvinvoinnin tarkastelua tehtiin Stiglitzin komitean hyvinvoinnin osa-alueiden mukaista jaottelua taustana käyttäen. Kahdeksan osa alueen alle valittiin kaikki ikäryhmät huomioiden indikaattoreita, joita tullaan käyttämään hyvinvoinnin seurannassa ja raportoinnissa myös alkavan valtuustokauden ajan.
- Tähän liitteeseen on koottu viimeisimmät saatavilla olevat tiedot. Tilastotiedot on otettu 11.4.25 pääosin Sotkanet tilasto-ohjelmasta. Viimeisin käytettävissä oleva indikaattoritieto on esitetty yhteensä sarakkeessa boldattuna.
- Monet tiedoista perustuvat kyselyihin vastanneiden itse ilmoittamaan tietoon ja senhetkiseen kokemukseen. Tulosten varmuuteen vaikuttaa mm. se, että aineistot on tuotettu otostutkimusaineistoista, joissa esiintyy vastauskatoa.



Terveys

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
500 metrin matkan kävelemisessä suuria vaikeuksia, osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4374)	13,4			21,4			**17,9**		
500 metrin matkan kävelemisessä suuria vaikeuksia, osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4375)	24			33,8			**30**		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4412)	41,5			20,2			**30,4**		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4413)	47,1			21,4			**33,6**		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4414)	21,7			9			**14,6**		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), keskitason koulutus (ind. 4416)							**29,3**		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), korkea koulutus (ind. 4417)							**30,8**		
Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), matala koulutus (ind. 4415)							**33,7**		
C-hepatiitti-infektioita (kaikki tartuntatavat yhteensä) / 100 000 asukasta (ind. 3172)	29,8	13,1	20,3	25,7	9,3	9,3	27,7	11,2	**14,8**
Ei ole käyttänyt ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässä, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4896)		20,5			17			**18,9**	
Ei ole käyttänyt ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässä, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4898)		14,7			9,4			**11,9**	
Ei ole käyttänyt ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässä, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4897)		13			8,8			**10,3**	
Ei syö aamupalaa joka arkiaamu, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4820)		28			34,6			**31,4**	
Ei syö aamupalaa joka arkiaamu, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 319)		38,7			50,1			**44,4**	
Ei syö aamupalaa joka arkiaamu, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 325)		53,8			57,8			**55,5**	
Ei syö aamupalaa joka arkiaamu, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 323)		33			41,4			**37,9**	
Ei syö koululounasta päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 3904)		35,7			48,5			**42,1**	
Ei syö koululounasta päivittäin, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3938)		44,7			53,4			**48,5**	
Ei syö koululounasta päivittäin, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3923)		19,6			36,7			**29,6**	

Terveys… jatkuu 2/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) **hyväksi tuntevien osuus** (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4271	39,8			47,9			**43,9**		
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4272)	49,2			45,4			**47,1**		
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4273)	38,7			34,9			**36,4**		
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4275							**49,5**		
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%), korkea koulutus (ind. 4276)							**58,3**		
Elämänlaatunsa (EuroHIS-8) hyväksi tuntevien osuus (%), matala koulutus (ind. 4274)							**36,8**		
Kannabista 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4551)	7,4			2,6			**5**		
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 328)		7,9			35,6			**21,7**	
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 346)		10			34,4			**20,5**	
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 337)		7,3			31,3			**21,3**	
Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4817)		11,1			17,2			**14,2**	
Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 286)		15,5			39			**27,1**	
Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3931)		21,9			44,3			**31,6**	
Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3916)		17,4			27,6			**23,4**	

Terveys… jatkuu 3/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 290)		8,2			7,4			**7,8**	
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3937)		16,6			21,4			**18,7**	
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3922)		7,3			6,7			**6,9**	
Kokenut vahvaa positiivista mielenterveyttä viimeisen kahden viikon aikana, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4715)		31,3			13,5			**22,4**	
Kokenut vahvaa positiivista mielenterveyttä viimeisen kahden viikon aikana, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4716)		31			12,1			**22,9**	
Kokenut vahvaa positiivista mielenterveyttä viimeisen kahden viikon aikana, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4717)		38,6			14,3			**24,3**	
Käyttää päivittäin jotain tupakkatuotetta tai sähkösavuketta, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4730)		13,2			11,9			**12,6**	
Käyttää päivittäin jotain tupakkatuotetta tai sähkösavuketta, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4731)		27,9			31,6			**29,5**	
Käyttää päivittäin jotain tupakkatuotetta tai sähkösavuketta, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4732)		5,5			7			**6,4**	
Lasten ja nuorten fyysinen toimintakyky (MOVE!-mittaus), % 5. luokan oppilaista, joilla heikko fyysinen toimintakyky (ind. 5477)	46,8	38,9	41,6	44,1	39,3	39,8	45,4	39,1	**40,7**
Lasten ja nuorten fyysinen toimintakyky (MOVE!-mittaus), % 8. luokan oppilaista, joilla heikko fyysinen toimintakyky (ind. 5478)	41,8	40,1	38,5	46,7	41,8	44,7	44,2	40,9	**41,6**
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m2) (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4460)	30,4			26,5			**28,4**		
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m2) (%), keskitason koulutus (ind. 4464)							**25,7**		
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m2) (%), korkea koulutus (ind. 4465)							**21,9**		
Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m2) (%), matala koulutus (ind. 4463)							**28**		

Terveys… jatkuu 4/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden (tietyt diagnoosit) vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 18 - 34-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 4837)	1,4	1,4		1,3	1,3		1,4	**1,3**	
Niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syövät nuoret, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 4724)		90,5			90,1			**90,3**	
Niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syövät nuoret, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4725)		93,5			96,9			**95**	
Niukasti hedelmiä, marjoja ja kasviksia syövät nuoret, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4726)		92,7			87,9			**89,9**	
Niukasti kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4976)	13,3			5,2			**9,2**		
Niukasti kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4977)	6,2			3,5			**4,7**		
Niukasti kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4978)	6,4			3,7			**4,8**		
Niukasti kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4979)							**5,8**		
Niukasti kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien osuus (%), korkea koulutus (ind. 4980)							**4,4**		
Niukasti kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien osuus (%), matala koulutus (ind. 4981)							**10,3**		
Nukkuu arkisin alle 8 tuntia, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 3725)		30,4			40,4			**35,3**	
Nukkuu arkisin alle 8 tuntia, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3727)		51,5			51,9			**51,7**	
Nukkuu arkisin alle 8 tuntia, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3726)		38,1			42,9			**40,9**	
Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS) **-mittarin pistemäärä asteikolla 7-35p** (keskiarvo), 20 - 64-vuotiaat (ind. 5563)	22,4			23,4			**22,9**		
Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS) -mittarin pistemäärä asteikolla 7-35p (keskiarvo), 65 vuotta täyttäneet (ind. 5564)	24,2			24,1			**24,1**		
Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS) -mittarin pistemäärä asteikolla 7-35p (keskiarvo), 75 vuotta täyttäneet (ind. 5565)	24,1			23,5			**23,8**		

Terveys… jatkuu 5/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS) -mittarin pistemäärä asteikolla 7-35p (keskiarvo), keskitason koulutus (ind. 5566)							**24**		
Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS) -mittarin pistemäärä asteikolla 7-35p (keskiarvo), korkea koulutus (ind. 5567)							**24,1**		
Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS) -mittarin pistemäärä asteikolla 7-35p (keskiarvo), matala koulutus (ind. 5568)							**22,6**		
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4357)	13,4			13,5			**13,4**		
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4359)							**16,3**		
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), korkea koulutus (ind. 4360)							**18,8**		
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), matala koulutus (ind. 4358)							**22,3**		
Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4405)	18,6			17,6			**18,1**		
Päivittäin tupakoivien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4406)	6			6,9			**6,5**		
Päivittäin tupakoivien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4407)	4,5			2,9			**3,5**		
Päivittäin tupakoivien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4409)							**12**		
Päivittäin tupakoivien osuus (%), korkea koulutus (ind. 4410)							**6,8**		
Päivittäin tupakoivien osuus (%), matala koulutus (ind. 4408)							**18,8**		
Raittius, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 4736)		64,4			65,3			**64,9**	
Raittius, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 4737)		36,8			29,9			**33,8**	
Raittius, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 4738)		49,2			42,8			**45,5**	
Riittämättömästi nukkuvien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4983)	30,8			24,6			**27,7**		
Riittämättömästi nukkuvien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4984)	10,7			12,2			**11,6**		
Riittämättömästi nukkuvien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4985)	11			11			**11**		

Terveys… jatkuu 6/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Riittämättömästi nukkuvien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4986)							**20,1**		
Riittämättömästi nukkuvien osuus (%), korkea koulutus (ind. 4987)							**19,5**		
Riittämättömästi nukkuvien osuus (%), matala koulutus (ind. 4988)							**25**		
Tervehampaiset 12-vuotiaat, % vastaavan ikäisistä suun terveydenhuollon tarkastuksessa käyneistä (ind. 5022)	66,2	67,1		60,7	65,3		63,7	**66,2**	
Terveysliikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 5528)	53,4			62,9			**58,5**		
Terveysliikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 5529)	64,3			64,5			**64,4**		
Terveysliikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 5530)	76,3			71,5			**73,4**		
Terveysliikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 5531)							**58,6**		
Terveysliikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus (%), korkea koulutus (ind. 5532)							**58,7**		
Terveysliikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuvien osuus (%), matala koulutus (ind. 5533)							**61,9**		
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4334)	40,1			33,7			**36,9**		
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4335)	45,4			49,4			**47,6**		
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4336)	52,9			59			**56,6**		
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4338)							**38,4**		
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), korkea koulutus (ind. 4339)							**33,3**		
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), matala koulutus (ind. 4337)							**44,4**		

Terveys… jatkuu 7/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollon viimeisimmällä käynnillä päässeet (%), 20 - 64-vuotiaat (2020-) (ind. 5194)	60,4			58,5			**59,4**		
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollon viimeisimmällä käynnillä päässeet (%), 65 vuotta täyttäneet (2020-) (ind. 5195)	58,3			56,6			**57,3**		
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollon viimeisimmällä käynnillä päässeet (%), 75 vuotta täyttäneet (2020-) (ind. 5196)	49,9			51,7			**51**		
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollon viimeisimmällä käynnillä päässeet (%), keskitason koulutus (2020-) (ind. 5198)							**60,9**		
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollon viimeisimmällä käynnillä päässeet (%), korkea koulutus (2020-) (ind. 5199)							**63,7**		
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollon viimeisimmällä käynnillä päässeet (%), matala koulutus (2020-) (ind. 5197)							**54,9**		
Tyytyväinen elämäänsä tällä hetkellä, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4811)		88,6			78,5			**83,6**	
Tyytyväinen elämäänsä tällä hetkellä, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4700)		78,8			53			**65,9**	
Tyytyväinen elämäänsä tällä hetkellä, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4701)		70,8			53,3			**63,1**	
Tyytyväinen elämäänsä tällä hetkellä, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4702)		79,4			61			**68,6**	
Vähintään tunnin päivässä liikkuvat, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4822)		49,3			38,1			**43,8**	
Vähintään tunnin päivässä liikkuvat, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4727)		29,3			21,9			**25,6**	
Vähintään tunnin päivässä liikkuvat, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4728)		18,9			8,7			**14,5**	
Vähintään tunnin päivässä liikkuvat, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4729)		22,6			14,5			**17,8**	
Ylipaino, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 3906)		24,5			15,8			**20,2**	
Ylipaino, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3940)		29,1			21,7			**25,9**	
Ylipaino, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3925)		20,7			15,7			**17,9**	

Terveys… jatkuu 8/8

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Ylipaino, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 3906)		24,5			15,8			**20,2**	
Ylipaino, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3940)		29,1			21,7			**25,9**	
Ylipaino, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3925)		20,7			15,7			**17,9**	
Kouluterveyskyselyn tulokset opiskeluhuoltopalvelujen saatavuudesta (1) ja lasten/nuorten kokemus hyvinvoinnista ja terveydestä (2) sekä osallisuudesta (3) ovat parantuneet edeltävään mittaukseen verraten (kouluterveydenhoitaja, koululääkäri, koulukuraattori ja koulupsykologi).									1) Kyllä 2) Osin kyllä, osin ei 3) Ei
***Nuorten päihdehaitat** ovat vähentyneet maakunnan alueella*									Kyllä ja ei
***Pakka-toimintamalli on käytössä** koko maakunnan alueella vuosien 2023–2024 aikana (11/11).*									8/11

Koulutus

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Ei ole päässyt koulukuraattorille yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % käyntiä tarvinneista 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4805)		9,8			10			**9,9**	
Ei ole päässyt koulukuraattorille yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % käyntiä tarvinneista ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4806)								**9,9**	
Ei ole päässyt koulukuraattorille yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % käyntiä tarvinneista lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4807)								**8,8**	
Ei ole päässyt kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % käyntiä tarvinneista 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4802)		4,7			4,6			**4,6**	
Ei ole päässyt kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % käyntiä tarvinneista ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4803)		9,2			0,7			**3,5**	
Ei ole päässyt kouluterveydenhoitajalle yrittämisestä huolimatta lukuvuoden aikana, % käyntiä tarvinneista lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4804)		0			1,3			**1**	
Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 3219)	9,7	9,4		6,5	6,4		8,3	**8**	
Koulutustasomittain (ind. 180)	336,7	339,4		378,7	383		358,2	**361,7**	
Paljon vaikeuksia lukemisessa, laskemisessa tai kirjoittamisessa, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4827)		3,7			5,1			**4,4**	
Vaikeuksia oppimistaidoissa, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4745)		32,7			58,1			**45,1**	
Vaikeuksia oppimistaidoissa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4746)		29,6			63,5			**44,3**	
Vaikeuksia oppimistaidoissa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4747)		34,9			58,8			**48,8**	
Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneestä väestöstä, % (Tilastokeskus; Väestön koulutusrakenne)	72,2	72,5		75,1	75,5		73,7	**74,1**	

Toiminta ja työ

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Apua riittämättömästi saavien osuus väestöstä (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4381)	5,3			10,6			**8,3**		
Apua riittämättömästi saavien osuus väestöstä (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4382)	7			12			**10**		
Harrastaa jotakin vähintään kerran viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4893)		94,2			95,7			**95**	
Harrastaa jotakin vähintään kerran viikossa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4895)		93,5			85,3			**90**	
Harrastaa jotakin vähintään kerran viikossa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4894)		98,1			96,2			**97**	
Harrastaa jotakin vähintään yhtenä päivänä viikossa, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4892)		86,2			90,5			**88,3**	
Niiden osuus, jotka uskovat, että todennäköisesti eivät jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4387)	37,4			30,3			**33,8**		
Nuorisotyöttömät, % 18 - 24-vuotiaasta työvoimasta (ind. 189)	12,8	13,3	16,1	8,5	9,3	10	10,8	11,4	**13,2**
Syrjäytymisriskissä (ei työssä, ei opiskele, ei ole varusmiespalvelussa) olevat 18 - 24-vuotiaat, % vastaavan ikäisistä (ind. 5387)	18,1	22		13,5	14,4		16	**18,6**	
Työttömien terveystarkastukset, % työttömistä (ind. 5274	6,8	11,3		7	12		6,9	**11,6**	
Työttömät, % työvoimasta (ind. 181)	10	10,5	11,5	7,6	7,6	8	8,8	9,1	**9,8**
Ulkomaalaiset työttömät työnhakijat, % ulkomaalaisten työvoimasta (ind. 5099)							18,2	**21,1**	
Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15 - 64-vuotiaista (ind. 3071)	5,1	4,5	4,7	3,6	3,2	3,2	4,4	3,9	**4**
***Työttömien terveystarkastukset**: terveystarkastusten kattavuus alueella on korkeampi kuin edellisenä vuonna.*							6,9	**11,6**	
***Työttömien aktivointiasteen vuosikeskiarvo** on alueellisesti korkeampi kuin edellisenä vuonna.*							32,5	31,9	**30,2**

Ääni kuuluville

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 424)	14,7			10,5			**12,6**		
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 425)	7			10,2			**8,8**		
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 426)	10,3			9,9			**10,1**		
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%), keskitason koulutus (ind. 428)							**8,4**		
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%), korkea koulutus (ind. 429)							**10,3**		
Erittäin heikko osallisuuden kokemus (%), matala koulutus (ind. 427)							**13,7**		
Erittäin heikko osallisuuden kokemus, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 5680)		8,6			17,7			**13,1**	
Erittäin heikko osallisuuden kokemus, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 5682)		8,7			20,9			**14**	
Erittäin heikko osallisuuden kokemus, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 5681)		4,9			11,9			**9**	
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4706)		13,7			4,5			**9,3**	
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4707)		28,5			14,6			**22,4**	
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4708)		15,9			8			**11,3**	
Palveluja käyttävät asiakkaat kokevat tulevansa kuulluiksi, arvostetuiksi ja autetuiksi sekä suhtautuvat saamiinsa palveluihin myönteisesti.									NPS 4/25 84,34
*Hyvinvointialueella ja kaikissa alueen kunnissa seurataan **asukas- ja asiakaspalautteita kyselyin** (X/11) vuosittain.*									Hva:lla kyllä

Sosiaaliset yhteydet

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Ei yhtään hyvää kaveria, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4815)		0,8			0,7			**0,7**	
Ei yhtään läheistä **ystävää**, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 292)		12,7			8,4			**10,6**	
Ei yhtään läheistä ystävää, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3932)		11,5			11,5			**11,5**	
Ei yhtään läheistä ystävää, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3917)		9,9			8			**8,8**	
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4285)	17,8			12,1			**14,9**		
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4286)	7,9			9,1			**8,6**		
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4287)	10,2			10,8			**10,6**		
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4289)							**9**		
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), korkea koulutus (ind. 4290)							**11,5**		
Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), matala koulutus (ind. 4288)							**15,5**		
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 329)		4,6			9,8			**7,2**	
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 347)		4,6			10			**6,9**	
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 338)		2,9			8,8			**6,3**	
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa , % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4831)		1,4			5			**3,2**	
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4834)		8			8,6			**8,3**	
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 1514)		7,4			8,3			**7,9**	
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3928)		4,3			7,6			**5,7**	
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 3913)		2,3			1,2			**1,7**	

Sosiaaliset yhteydet… jatkuu 2/2

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Omaishoidon tuen 65 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind.676)							3,1	**2,9**	
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet hoidettavat vuoden aikana, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind.3262)							5,3	**4,9**	
Tuntee itsensä usein yksinäiseksi, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4816)		2,4			5,2			**3,8**	
Tuntee itsensä yksinäiseksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4712)		8,5			22,7			**15,5**	
Tuntee itsensä yksinäiseksi, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4713)		10,7			26,2			**17,4**	
Tuntee itsensä yksinäiseksi, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4714)		8,7			20,9			**15,9**	

Elintaso

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Ahtaasti asuvat lapsiasuntokunnat, % kaikista lapsiasuntokunnista (ind. 190)							27,4	**27,8**	
Perheen koettu taloudellinen tilanne kohtalainen tai sitä huonompi, % 8. ja 9. luokan oppilaista (ind. 4760)		27,5			37,4			**32,3**	
Perheen koettu taloudellinen tilanne kohtalainen tai sitä huonompi, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 4761)		37,6			45,4			**41**	
Perheen koettu taloudellinen tilanne kohtalainen tai sitä huonompi, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (ind. 4762)		26,2			37,6			**32,9**	
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 4264)	28,2			33,3			**30,8**		
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 4265)	7,5			12,6			**10,4**		
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4266)	5,3			9,7			**8**		
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4268)							**18,8**		
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), korkea koulutus (ind. 4269)							**16,9**		
Rahanpuutteen vuoksi ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkimään joutuneiden osuus (%), matala koulutus (ind. 4267)							**30,1**		
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 18 - 24-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 1275)	3	2,6		2,8	3,1		2,9	**2,8**	
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 234)	3	2,9		2,2	1,9		2,6	**2,4**	
Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet lapsiperheet, % lapsiperheistä (ind. 5097)							2	**2**	

Ympäristö

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisten osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind.4307)	80,5			81,6			**81,1**		
Asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisten osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 4308)	81,2			82,2			**81,8**		
Asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisten osuus (%), keskitason koulutus (ind. 4310)							**82,2**		
Asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisten osuus (%), korkea koulutus (ind. 4311)							**82,3**		
Asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisten osuus (%), matala koulutus (ind. 4309)							**79**		
Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 5542)	76,3			76,7			**76,5**		
Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 5543)	87,8			90,6			**89,3**		
Kokenut esteitä ja huolia sähköisten palvelujen käytössä (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 5544)	91,8			93,4			**92,7**		
Välimuotoisen ja yhteisöllisen asumisen mahdollisuudet *ovat lisääntyneet Kuntakohtainen lähtötilanne on selvitetty vuoden 23 aikana, jonka perusteella asetetaan numeraalinen muutostavoite vuosille 2024–2025). (Ikäystävällinen asuminen)*									
Kaikissa kunnissa ***ikääntyneiden asumistarpeet on kartoitettu*** *(X/11) vuosien 2023–2024 aikana. (Ikäystävällinen asuminen)*									
Kaikissa alueen kunnissa ***ikääntyneet on osallistettu*** *(esim. vanhusneuvosto)* ***asumisen suunnitteluun ja kehittämiseen*** *(X/11). (Ikäystävällinen asuminen)*									

Turvallisuus

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Fyysistä tai henkistä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 3281)	6,1			11,8			**9**		
Fyysistä tai henkistä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (2022) (ind. 3282)	2,8			3,7			**3,3**		
Kokenut häiritsevää seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua vuoden aikana, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2019-) (ind.4938)		10,8			49			**29,7**	
Kokenut häiritsevää seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua vuoden aikana, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (idn. 4940)		12,1			52,9			**29,9**	
Kokenut häiritsevää seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua vuoden aikana, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4939)		7,6			48,6			**31,6**	
Kokenut seksuaalista kommentointia, ehdottelua, viestittelyä tai kuvamateriaalin näyttämistä vuoden aikana, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4888)		8,1			15,5			**11,8**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten fyysistä väkivaltaa vuoden aikana, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4890)		17,7			15,5			**16,7**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten fyysistä väkivaltaa vuoden aikana, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4956)		7,4			17,8			**12,6**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten fyysistä väkivaltaa vuoden aikana, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4858)		7			12,3			**9,3**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten fyysistä väkivaltaa vuoden aikana, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4957)		3,8			10			**7,4**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten henkistä väkivaltaa vuoden aikana, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4891)		26,3			30,9			**28,5**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten henkistä väkivaltaa vuoden aikana, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2019-) (ind. 4959)		15,4			44,8			**30**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten henkistä väkivaltaa vuoden aikana, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind.4961)		14,1			38,2			**24,6**	
Kokenut vanhempien tai muiden huoltapitävien aikuisten henkistä väkivaltaa vuoden aikana, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2019-) (ind. 4960)		18,4			39,8			**30,9**	

Turvallisuus… jatkuu 2/2

Indikaattori (Sotkanet ind. nro)	miehet			naiset			yhteensä		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	**2022**	**2023**	**2024**
Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvät hoitojaksot 0 - 14-vuotiailla / 10 000 vastaavan ikäistä asukasta (ind. 3953)	73,2	71,9		59,3	51,9		66,5	**62,2**	
Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvät hoitojaksot 15 - 24-vuotiailla / 10 000 vastaavan ikäistä asukasta (ind. 3954)	55,3	65,7		39	42,7		47,8	**55,1**	
Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvät hoitojaksot 25 - 44-vuotiailla / 10 000 vastaavan ikäistä asukasta (ind.3955)	50,1	53,4		26,9	29,2		38,9	**41,6**	
Koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin liittyvät hoitojaksot 45 - 64-vuotiailla / 10 000 vastaavan ikäistä asukasta (ind. 3956)	99,6	95,4		72,9	52,1		86,3	**73,9**	
Kouluympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden sekä kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämisen tarkastus (ind.5309)							94	89	**89**
Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavan ikäisestä väestöstä (ind. 699)	0,4	0,5		0,7	0,7		0,6	**0,6**	
Päivittäisen elämänsä erittäin tai hyvin turvalliseksi kokeneiden osuus (%), 20 - 64-vuotiaat (ind. 5570)	63,1			65,4			**64,3**		
Päivittäisen elämänsä erittäin tai hyvin turvalliseksi kokeneiden osuus (%), 65 vuotta täyttäneet (ind. 5571)	57,8			54,6			**56**		
Päivittäisen elämänsä erittäin tai hyvin turvalliseksi kokeneiden osuus (%), 75 vuotta täyttäneet (ind. 5572)	57,2			47,8			**51,6**		
Päivittäisen elämänsä erittäin tai hyvin turvalliseksi kokeneiden osuus (%), keskitason koulutus (ind. 5573)							**66,3**		
Päivittäisen elämänsä erittäin tai hyvin turvalliseksi kokeneiden osuus (%), korkea koulutus (ind. 5574)							**68,1**		
Päivittäisen elämänsä erittäin tai hyvin turvalliseksi kokeneiden osuus (%), matala koulutus (ind. 5575)							**56,1**		
Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % 4. ja 5. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4841)		1,2			3,2			**2,2**	
Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % 8. ja 9. luokan oppilaista (2017-) (ind. 4766)		2,6			9,1			**5,8**	
Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4767)		3,3			13,6			**7,8**	
Vanhemman liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttanut haittaa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4768)		2,3			8,4			**5,9**	