



Kanta-Hämeen hyvinvointialueen selvitys

1. Taustatiedot

Nimi Teija Suorsa-Salonen
Sähköposti teija.suorsa-salonen@omahame.fi

OSA I: Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja talouden tila

Tässä osiossa pyydetään arviointia ja tietoja hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevista teemoista. Kysymykset on laadittu STM:n vuotuisen selvitykseen koottujen STM:n ehdotusten pohjalta.

Toiminnan ja talouden kestävä uudistaminen

2. Arvioi, onko hyvinvointialueellanne sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja/tai lakisääteisesti järjestämistä koskevia tehtäviä, jotka ovat vaarantuneet tai vaarantumassa?

Perhe-, sosiaali- ja vammaispalveluissa talouden sopeuttamista on tehty tähän asti siten, että sillä olisi mahdollisimman vähän vaikutuksia asiakkaiden saamiin palveluihin (prosessimuutokset, yhdenmukaistaminen). Sopeuttamisen edetessä edelleen, voi säästöillä olla vaikutuksia sosiaalihuollon palveluiden määräaikojen toteutumiseen ja palveluihin pääsyyn ja keston.

Ikäntyneiden palveluissa on pystytty järjestämään kaikki asukkaiden tarvitsemat palvelut palvelurakennemuutoksista ja talouden tasapainottamistoimenpiteistä huolimatta. Palvelut pyritään kohdentamaan yhä paremmin oikea-aikaisesti siten, että palvelutarve pystytään täyttämään riittävän aikaisin ja mahdollisimman kevyillä palveluilla, jolloin pystytään vähentämään raskaampien palveluiden tarvetta.

Terveydenhuollossa on tähän asti pärjätty ilman lakisääteisten palveluiden vaarantumista. Olemme pystyneet jopa purkamaan hoitojonoja erikoissairaanhoidosta ja samanaikaisesti tekemään hyvän taloudellisen tuloksen. Nyt kuitenkin suurimmat sopeutukset on tehty ja jos on pakko pitää kiinni mahdottomasta alijäämien kattamisen aikataulusta, niin se ei onnistu ilman lakisääteisiin palveluihin puuttumista.

3. Arvioi, miten systemaattisesti ja hyötyperusteisesti hyvinvointialueellanne johdetaan tekoälyn käyttöönottoa.

Erinomaisesti

Hyvin (x)

Tyydyttävästi

Ei lainkaan

4. Mitkä tekijät ehkäisevät tai estävät tekoälyn hyödyntämistä hyvinvointialueellanne?

Merkittävin tekoälyn hyödyntämistä rajoittava tekijä on Euroopan unionin sääntely ja sitä toimeenpaneva sekä täsmentävä kansallinen lainsäädäntö. Regulaatio on perusteltua, mutta muodostaa käytännössä erittäin raskaan vaatimuskokonaisuuden myös yksinkertaisille käyttötapauksille.

Erityisesti yleinen tietosuoja-asetus (EU) 2016/679 (GDPR), tekoälyasetus (EU) 2024/1689 (AI Act) sekä lääkinällisiä laitteita koskeva asetus (EU) 2017/745 (MDR) asettavat merkittäviä (kerrannais)vaatimuksia sekä hyvinvointialueille että palveluja kehittäville yrityksille. Valitettavasti Digital Omnibusin (EU:n digitaalisen säätelyn keventämisen ohjelma, joka on osa laajempaa säätelyn purku kokonaisuutta) vaikutukset käytännössä ovat rajalliset. Käytännössä tämä johtaa siihen, että kokeilu- ja pilotointivaiheessa tekoälyratkaisuja voidaan vielä testata kevyemmissä kehyksissä, mutta siirryttäessä tuotantokäyttöön palvelut joutuvat läpikäymään laajoja ja aikaa vieviä sertifiointi- ja vaatimustenmukaisuusprosesseja.

Esimerkiksi jo yksinkertaiset käyttötapaukset – kuten vitaaliarvojen (esim. verenpaine) laskennallinen käsittely (esim. keskiarvon laskeminen) tai potilas- ja asiakaskertomusten automaattinen yhteenvedon tuottaminen generatiivisella keinoälyllä – voivat johtaa ratkaisuun, jota tulkitaan lääkinälliseksi laitteeksi. Näin yksinkertaiset peruspalvelut ja niitä kehittävät toimijat ohjautuvat vaativiin sertifiointiprosesseihin, joiden läpivieminen voi kestää jopa lähes kaksi vuotta ja joiden kustannukset voivat nousta yrityksille satoihin tuhansiin euroihin.

Hyvinvointialueilla ei ole mahdollisuuksia vastata tällaisiin kehityskustannuksiin/prosessivaateisiin, minkä vuoksi kehittämisen painopiste kohdistuu väistämättä markkinoilla jo toimiviin ja sertifioiduihin ratkaisuihin, tai niiden rakentamiseen ja sen jälkeen hankintaprosessiin. Tämä osaltaan hidastaa uusien innovatiivisten ratkaisujen syntymistä ja käyttöönottoa.

Laaja ja vaikeasti hahmotettava sääntelykokonaisuus heijastuu myös kansalaisten luottamukseen ja hyväksyntään tekoälyä hyödyntäviä palveluja kohtaan. Kansallisen tason

selkeän ja yhtenäisen viestinnän puute sekä taustalla olevien yhtenäisten tulkintojen puute (eri ministeriöiden välisen yhteistyön ja viestinnän puute) vaikeuttaa ymmärrystä siitä, mihin tarkoituksiin tekoälyä käytetään ja millä reunaehdoilla.

Kokonaisuutena tekoälyn hyödyntämistä eivät estä yksittäiset tekniset valmiudet, vaan sääntelyn monimutkaisuus, kehityskustannukset, markkinan kypsyys sekä kansalaisten hyväksyntään liittyvät tekijät, mikä edellyttää hallittua, vaiheittaista ja vastuullista etenemistä, ymmärrystä ja ennen kaikkea yhdenmukaistaa suuntaa niin valtiohallinnolla kuin poliittiselta järjestelmältä.

Palvelujen saatavuus, hoidon jatkuvuus ja palveluketjut

5. Kuinka monella prosentilla hyvinvointialueenne väestöstä on hoidon jatkuvuusmalli käytössään?

Perusterveydenhuollon avopalveluissa on käytössä hoidon jatkuvuusmalli. Mallin toteuttaminen on aloitettu niistä avopalveluiden asiakkaista, joilla palvelujen tarve on jatkuvaa/säännöllistä tai kohdistuu usealle sote-sektorille. Omalääkäri on nimetty tällä hetkellä noin 34 % koko väestöstä. Väestömäärä hva:lla on 168 000.

Ikäihmisten palveluiden sekä sosiaalihuollon ja lastensuojelun palveluissa asiakkuudessa olevilla asiakkailta on nimetty omatyöntekijä tai vastuutyöntekijä.

6. Kuinka monta ammatinharjoittajaomalääkäriä työskentelee hyvinvointialueenne perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa?

Ei yhtään.

7. Miten hyvinvointialueenne on yhteensovittanut lääkinnällisen kuntoutuksen osaksi potilaan hoitokokonaisuutta?

Kuntoutuksen tulosalueelle on keskitetty lasten, nuorten ja aikuisikäisten kuntoutus sekä lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut. Ikääntyvien palveluissa olevien kuntoutuksesta vastaa ikääntyvien palveluiden toimiala ja rajapintoja varten on laadittu ikääntyvän kuntoutuksen käsikirja.

Lasten ja nuorten kuntoutus on toiminnallisesti osa perhekeskusta ja terapeutit osallistuvat asiakastiimien (oma tiimi) toimintaan. Kuntoutuspalvelut yhdessä perhekeskuksen muiden palveluiden kanssa tukevat perheiden hyvinvointia. Konsultatiiviset kuntoutustyöryhmät toimivat alueellisesti.

Kehitysvammaisten lasten ja nuorten kuntoutuksen seuranta ja lausunnot on keskitetty kehitysvammapoliklinikalle ja on kuntoutuksen tulosalueen toimintaa. Terveyssoseaalityön sosiaalihjaaja työskentelee kehitysvammapolilla, varmistaen yhteistyön vammaispalveluiden kanssa. Aikuisten kehitysvammaisten kuntoutus on organisoitu perusterveydenhuollon lääkäreiden kanssa siten, että kuntoutukseen liittyvät vastaanotot on keskitetty tietyille lääkäreille. Kuntoutuksen lääkäreillä on erityisosaamista kehitysvammaisten erityiskysymyksissä, ja he tukevat kaikkia muita lääkäreitä matalan konsultaation sekä koulutuksen keinoin.

Aikuisikäisten kuntoutuspalvelut on sovitettu perusterveydenhuollon toimintaan siten, että asiakkaan ottaessa yhteyttä tukielinvaivoissa, hoidon tarpeen arvioinnin tekee fysioterapeutti (kuntoutuksen ensilinja) ja hän voi ohjata asiakkaan tarvittaessa lääkärille. Käytössä on fysioterapeutin suoravastaanotto ja noin 75 % tules-asioista fysioterapeutti pystyy hoitamaan. Kuntoutusarviot tehdään SBM toimintakykymobiililla ICF-pohjaisesti ja arvioita tehdään myös mielenterveyspalveluissa, kotihoidossa ja vammaispalveluissa SBM toimintakykymobiiliin. Toimintakykyverkosto edistää toimintakyvyn kirjaamista. Graafinen asiakkaan toimintakykynäkymä on juuri tulossa käyttöön Lifecaren käyttäjille. Erityistason ja perustason kuntoutuspäätökset on keskitetty aikuisten moniammatilliselle kuntoutustyöryhmälle. Kuntoutustyöryhmän käsikirja on laadittu ja nähtävissä koko henkilöstölle.

Apuvälinepalvelut on hallinnollisesti keskitetty kuntoutuspalveluihin ja alueella toimii 5 apuvälinepistettä. Apuvälinearvioita tehdään myös osastoilla, poliklinikoilla ja kotihoidossa. Apuvälinekäsikirja henkilöstön käyttöön on työn alla, mutta ohjeita on intrassa henkilöstölle. Apuvälinepalvelut kartoittaa ja sovittaa vammaispalvelulain mukaiset apuvälineet yhteistyössä vammaisten sosiaalityön kanssa.

8. Millaisilla toimenpiteillä hyvinvointialueellanne on pyritty tai pyritään vähentämään ikääntyneiden epätarkoituksenmukaisia, vältettävissä olevia päivystyskäyntejä?

Ikääntyneiden palveluiden kotiin tuotavia lääkäri- ja diagnostiikkapalveluita on lisätty merkittävästi vuodesta 2024 alkaen. Ikääntyneiden palveluissa on käytössä vastuulääkäripalvelut virka-aikaan koko hyvinvointialueella, lisäksi 24/7 hoitohenkilökunnan käytettävissä on lääkäripuhelinpäivystys, joka tuotetaan yhdessä palveluntuottajan (Pihlajalinna) kanssa. Takapäivystyksen lääkäreinä toimivat ikäihmisten hoitoon perehtyneet lääkärit. Kotisairaalan toimintaa on HVA:n aikana laajennettu koko hyvinvointialueen kattavaksi, sekä 2024 toukokuusta alkaen ikäihmisten palveluihin on ollut tarjolla liikkuvan sairaalan diagnostinen yksikkö GerBiili, joka tukee kotihoitoja ja asumispalveluita ikääntyneiden akuuttien tilanteiden hallinnassa ja diagnostiikassa.

Kotihoidossa on otettu käyttöön teknologiaa, jolla pystytään ennakoimaan erilaisia herätteitä, esim. tunnistetaan paremmin kaatumisriskissä olevia asiakkaita ja erilaisiin toimintakykyyn liittyviin muutoksiin pystytään aiemmin/paremmin puuttumaan.

9. Millä tavoin hyvinvointialueellanne varmistetaan häiriötilanteiden kannalta välttämätön oma tuotanto niissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotka ovat valtaosin ostopalveluita?

Ostopalvelutuottajien kanssa tehdyissä sopimuksissa on määritelty häiriötilanteiden aikaista toimintaa ja vastuita. Yhteydenpidossa tuottajien kanssa käydään läpi myös häiriötilanteiden aikaista toimintaa aikaisempaa enemmän. Kokonaisuudessaan pyritään varmistamaan myös riittävän oman palvelutuotannon osuus.

10. Onko hyvinvointialueenne vammaispalvelujen ja perusopetuksen ja ammatillisen koulutuksen järjestäjien välisessä yhteistyössä ilmennyt haasteita? Jos on, minkälaisia ja miten niitä on pyritty ratkaisemaan?

Yhteistyössä ei ole ilmennyt haasteita.

11. Millä keinoilla hyvinvointialueellanne seurataan perusterveydenhuollon digitaalisen asioinnin vaikuttavuutta?

Digitaaliset palvelut ovat yksi palvelutuotannon muoto, ja niiden vaikuttavuuden seuranta perustuu pääosin samoihin seurantamekanismeihin kuin muussakin palvelutuotannossa. Digitaalista asiointia tarkastellaan osana palvelukokonaisuuksia eikä irrallisena kanavana.

Palvelujen osalta seurataan muun muassa käyttömääriä, käyttöä asiakasryhmittäin, asiointien kestoja, asiakaspalautetta ja asiakastyytyvyyttä (PREM), kontaktien ratkaisuasastetta sekä tarvittaessa toimintakyky- ja elämänlaatutietoa (PROM). Näiden avulla voidaan arvioida sekä asiakkaan kokemaa hyötyä että digitaalisten palvelujen kykyä vastata palvelutarpeeseen.

Vaikuttavuutta arvioidaan myös palveluketjujen ja palvelupolkujen näkökulmasta, eli tarkastelemalla, mitä palveluja digitaalisen asioinnin jälkeen käytetään, miten palveluihin palataan ja miten digitaaliset palvelut vaikuttavat muiden palvelujen tarpeeseen. Näin voidaan arvioida digitaalisen asioinnin vaikutusta palvelujen ohjautumiseen, kuormituksen tasaantumiseen ja kokonaispalvelutarpeeseen.

Lisäksi digitaalisen asioinnin vaikuttavuutta tarkastellaan osana toiminnallista ja taloudellista seurantaa, jossa arvioidaan esimerkiksi ammattilaisten ajankäytön kehittymistä, prosessien

sujuvuutta ja mahdollisia kustannusvaikutuksia. Digitaalisten palvelujen oletetut ja toteutuneet hyödyt kytkeytyvät osaksi johtamista ja toiminnan suunnittelua.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella vaikuttavuuden seurantaan tukee johdon työpöytä (tietoportaali), joka on avoin koko henkilöstölle. Johdon työpöytä hyödyntää hyvinvointialueen tietoaltaaseen rakennettua asiakaskeskeistä tietomallia, joka kokoaa asiakaskohtaisesti palvelujen käyttö- ja kustannustiedot, palvelutuotannon resurssitiedot, palveluihin liittyvän asiakaspalautteen sekä erilaiset laatutiedot. Tämä mahdollistaa digitaalisen asioinnin vaikuttavuuden tarkastelun osana laajempaa perusterveydenhuollon toiminnan ja palvelujärjestelmän kokonaisuutta.

12. Näettekö, että sosiaaliturvan etuusmuutokset ovat vaikuttaneet hyvinvointialueenne väestön hyvinvointiin ja terveyteen ja jos ovat, niin mihin väestöryhmiin, palveluihin tai palveluntarpeeseen?

Hyvinvointialueen toimeentulotuessa muutokset näkyvät todennäköisesti viiveellä ja hakemusten määrässä ei ole vielä kokonaisuudessaan näkynyt kasvua. Kuitenkin hakemuksiin sähkö- ja vuokravelkoihin on ollut lisäystä.

Kelan asumistuen muutos on näkynyt siinä, että asiakkaat ovat yrittäneet etsiä halvempia asuntoja, mutta kaikille niitä ei ole löytynyt. Osa on jäänyt Kelan rajat ylittäviin asuntoihin, mikä aiheuttaa sen, että yhä isompi osa perheen/asuinkunnan tuloista menee asumiseen.

Taloudellisen tuen yksikön ja ensilinjan yhteydenotoissa ovat korostuneet nuorten aikuisten tilanteet, joissa Kela on alentanut perusosaa eikä ole ollut kykyä reagoida Kelan kehoituksiin ensisijaisten etuuksien sekä työllistymistä edistävien tukitoimien suhteen.

Työskentelyssä ylipäättään ovat aiempaa enemmän olleet esillä taloudellisen ahdingon aiheuttama toivottomuus sekä jopa itsetuhoiset puheet.

Sosiaalisen luototukseen liittyvät kyselyt ovat nyt olleet kasvussa. Päätöksiä eli kriteereitä täyttäviä hakemuksia ei kuitenkaan ole ollut enempää kuin ennenkään. Yhteydenotoissa ovat korostuneet vuokravelkojen määrät, jotka seurausta etuuksien leikkauksista.

Kaikista pienituloisimpien eläkeläisten tilanteeseen on vaikuttanut etuuksien indeksikorotuksien jäädyttäminen samaan aikaan, kun elämiseen liittyvät kustannukset ovat nousseet. Viimeisen vuoden aikana on tehty huomioita mm. siitä, että ikääntyneet jättävät esimerkiksi tarvitsemiaan lääkkeitä hankkimatta.

13. Millaisia rakenteellisia ja johtamiseen liittyviä toimenpiteitä hyvinvointialueellanne on tehty yhdyspinoilla (kuntien työllisyyspalvelut, Kela, järjestöt) tapahtuvan yhteistyön sujuvoittamiseksi?

Alueella on lakisääteinen TYM-johtoryhmä (TYM: monialaisen tuen yhteistoimintamalli). Johtoryhmässä ovat mukana Kanta-Hämeen hyvinvointialue, TyöHämeen työllisyysalue, Etelä-Hämeen työllisyysalue, Kela ja Kanta-Hämeen kunnat. Lisäksi on yhteinen TYM-verkosto Kanta-Hämeessä (kaksi työllisyysaluetta, hyvinvointialue ja Kela.)

Muita yhteistyöfoorumeita on useita, kuten TYM-johtoryhmän 'työrukkanen' operatiivisten asioiden ratkaisemiseksi, Ohjaamon ohjausryhmä Hämeenlinna (monialainen Ohjaamotoiminnan johtaminen), Virta-verkoston ohjausryhmä, Forssan seutu (monialainen verkosto, mukana työllisyyden edistämisen toimijoita Forssan seudulta) sekä alueellinen kotouttamisen ohjausryhmä. Lisäksi työllisyysalueiden johdon kanssa on yhteisiä tapaamisia, joissa käsitellään ajankohtaisia asioita, tarpeita ja yhteistä ennakointia, tarvittavien operatiivisten kysymysten ratkaisemista.

Oma Hämeen Integraatiovaliokunnan tehtävänä (aluevaltuusto 27.5.2025, § 38) on mm. kuntien, hyvinvointialueen ja muiden toimijoiden välisen yhdyspintatyön toimivuuden arviointi. Valiokunnan tehtävänä on myös seurata järjestöyhteistyön ja osallisuusohjelman toteutumista.

Oma Hämeessä järjestöjen edustus on mukana puitesopimuksen (jatkossa strateginen yhteistyösopimus) mukaisessa Hyte-yhdyspintarakenteessa (foorumeissa ja työryhmissä). Kyse on yhteistyö- ja neuvottelurakenteista.

Kumppanuusavustusta saavien tai hakevien järjestöjen kanssa käydään vuosittaiset kumppanuuskeskustelut (syksyisin) ja avustukseen liittyvät neuvottelut (avustuksen hakuajan päätyttyä). Järjestöyhteistyötä ohjaa yhdessä laadittu järjestöyhteistyönasiakirja ja järjestöihin liittyviä asioita viedään järjestöneuvottelukuntaan, jossa on Oma Hämeen edustus. Oma Häme on mukana järjestämässä järjestöiltoja seudullisesti yhteistyössä järjestöjen ja kuntien kanssa.

Järjestöjen avustusperiaatteet on uudistettu valtuustokaudelle 2025–2029, mikä on osa laajempaa rakenteellista yhteistyön kehittämistä ja sujuvoittamista. Uudistamisessa on hyödynnetty järjestöiltä avustusprosessista vuosittain kerättävää palautetta.

Kanta-Hämeen hyvinvointialue toimii THL:n ruoka-apu –hankkeen hankehallinnoijana. Talouden ja toiminnan seurannan ja arvioinnin lisäksi ruoka-apu toimijoiden välistä yhteistyötä kehitetään. Ruoka-apu toimijoilta saatavaa ajankohtaista ilmiötietoa hyödynnetään ruoka-aputoimijoiden ja hyvinvointialueen yhteistyön kehittämisessä alueen asiakkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

Järjestökentän kanssa luodaan yhteistä tilannekuvaa järjestöjen rahoituksen kansallisesta tilanteesta sekä käydään ennakoivaa keskustelua rahoitukseen liittyvistä tulevaisuuden näkymistä hyvinvointialueen ja järjestöjen näkökulmasta.

Työllisyysalueet ja järjestöt ovat olleet mukana parhaillaan käynnissä olevassa palvelustrategiatyössä, erityisesti yhteisten rakenteiden, toimintatapojen ja tavoitteiden asettamisen osalta.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

14. Miten lasten ja nuorten ehkäisevän terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin sijoittuvat hoitoa tarjoavat perusterveydenhuollon palvelut on järjestetty hyvinvointialueellanne?

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut on porrastettu ko. asian vaikeusasteen mukaisesti. Perhekeskuksessa hoidetaan lieviä ja keskivaikeita mielenterveys- ja päihdeongelmia ja vaikeammat tilanteet hoidetaan terveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksiköissä sekä lasten- ja nuorisopsykiatriassa. Perhekeskuksessa asioita hoidetaan verkostomaisesti, hyödyntäen opiskelu- ja kouluterveydenhuollon toimijoiden, oppilashuollon psykologien ja kuraattoreiden sekä kasvatus- ja perheneuvonnan sekä muita perhekeskuksen sosiaalipalveluiden osaamista. Perhekeskukseen on perustettu OmaVoimatiimit, joiden tehtävä on keskittyä erityisesti nuorisoiäisten mielenterveys- ja päihdehoitoihin ja huolehtia terapiatakuun mukaisesta toiminnasta.

Perusterveydenhuollon avopalveluita tarjotaan terveysasemilla (tällä hetkellä 15). Lasten ja nuorten perustason sairaanhoito toteutuu sillä terveysasemalla, jonka alueella lapsi/nuori (hänen perheensä) asuu. Kivijalkapalvelujen lisäksi tarjolla on chat-palvelut, joihin edellytetään vahvaa tunnistautumista. Kiireellinen hoidon tarpeen arvio on keskitetty 116117-palveluun. Terveysasemilla on lääkäri- ja hoitajapalvelun lisäksi fysioterapiapalveluita.

15. Onko hyvinvointialueellanne ilmennyt haasteita alle 23-vuotiaiden terapiatakuun toimeenpanossa? Miten haasteisiin on vastattu alueellanne?

Terapiatakuun toteuttaminen on vasta aluillaan, mutta määrämuotoisiin menetelmiin kouluttaminen on edennyt hyvin ja rakenteet terapiatakuun toteuttamiseen on saatu luotua (ks. Kysymys 14). Terapiatakuun piiriin ohjautumista kehitetään toimijoiden kanssa edelleen. Haasteita on ollut tiedontuotannon kanssa (asiakas- ja potilastietojärjestelmiin liittyvät vaikeudet) ja terapiatakuun toteutumista on seurattu osin manuaalisesti etenkin sosiaalihuollon osuuden osalta.

Täsmälleen sama tilanne on yli 18-vuotiaiden osalta. Hoitoon pääsyn tiedot joudutaan keräämään käsin. Tähän mennessä on oltu hoitotakuussa. Lyhytpsykoterapioita ollaan juuri ottamassa käyttöön palvelusetelin avulla.

Asumispalvelut iäkkäille ja vammaisille henkilöille

16. Mitä ovat hyvinvointialueellanne tehtävät konkreettiset toimet (päätetty tai hyväksytyihin suunnitelmiin sisältyvät) kotona asumisen tukemiseksi ja välimuotoisten palvelujen edistämiseksi?

Vammaisten henkilöiden asumisessa kotona asumista pyritään tukemaan esimerkiksi henkilökohtaisen avun, omaishoidon ja muiden tukipalveluiden toimin. Asumisessa kehitetään kevyemmän asumisen muotoja siten, ettei siirtymä olisi suoraan ympärivuorokautiseen asumiseen, jos asiakkaan tarpeet sen mahdollistavat.

Ikäihmistien palveluissa on asetettu tavoitteeksi lisätä määrällisesti yhteisöllistä asumista vuoteen 2030 mennessä joka vuosi vähintään 50 paikkaa. Uusi hankinta on toteutettu ja kuluvana vuonna alkaa uusi sopimuskausi uusien palveluntuottajien kanssa. Lisäksi suunnitelmissa on vahvistaa myös omaan palvelutuotantoon yhteisöllistä asumista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

17. Miten yhdyspinnoilla tapahtuvan yhteistyön vaikuttavuutta seurataan hyvinvointialueellanne?

Oma Hämeessä integraatiovaliokunnalle on osoitettu aluevaltuuston päätöksellä (aluevaltuusto 27.5.2025 § 38) vastuu yhdyspintatyön toimivuuden ja vaikuttavuuden seurannasta hyvinvointialueella. Tehtävä sisältää kuntien, hyvinvointialueen ja muiden toimijoiden (esim. Järjestöt) yhdyspintojen toimivuuden seurannan, palvelu ja yhteistyöraja-alueiden vaikuttavuuden arviointia osana strategian toimeenpanon kokonaisuutta sekä yhdyspintatyön tilannekuvien tarkastelua, kuten yhteistyön sujuvuus ja kehittämistarpeet.

Alueen kuntien ja maakuntaliiton kesken on solmittu puitesopimus, jota ollaan uudistamassa (jatkossa strateginen yhteistyösopimus). Strategisessa yhteistyösopimuksessa on määritelty painopisteet, tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit, joiden toteutumista seurataan yhteistyörakenteessa. Myös säännöllisesti järjestettävissä seudullisissa yhteis-kuntatapaamisissa arvioidaan yhteistyötä ja tavoitteiden toteutumista.

Yhdyspintarakenteeseen kuuluvien johdon foorumien sekä yhteisten palvelujen ja ennaltaehkäisyn työryhmien kokouksissa käydään jatkuvaa arviointia ja seurantaa yhteisten tavoitteiden toteutumisesta.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työn vaikuttavuutta arvioidaan osana hyte-suunnitelman raportointia. Hyte-suunnitelman ja sen liitännäissuunnitelmien toteutumisen seurannan sekä hyte-raportin koostamisen vastuut on keskitetty organisaatiossa.

Päivittäisjohtamisessa seurataan mm. hyte-kerroin indikaattoreiden toteutumista ja tehtyjä toimenpiteitä niin organisaation sisällä (hyvinvointialueen johtoryhmä, hyte-ohjausryhmä, toimialueiden johtoryhmät) kuin yhteistyörakenteen työryhmissä.

OSA II: Valtakunnalliset tavoitteet ja toimenpidesuosituksen seuranta

Tässä osiossa pyydetään arviota valtakunnallisten tavoitteiden toteutumisesta. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista seurataan hyvinvointialueille annettujen toimenpidesuositusten kautta. Vastauksissa pyydetään kuvaamaan mihin toimenpiteisiin hyvinvointialueenne on ryhtynyt tai mitä toimenpiteitä on suunnitteilla sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön hyvinvointialuelain 13 a §:ssä tarkoitetuissa vuosittaisissa neuvotteluissa annettujen toimenpidesuositusten toteuttamiseksi.

Yhdenvertaiset palvelut

18. Hyvinvointialueen tulee varmistaa lasten ja nuorten riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujen järjestäminen jatkamalla perustason palvelujen vahvistamista.

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluita on vahvistettu perustasolla perustamalla OmaVoimatiimit ja kehittämällä em. prosesseja. Ks. Kysymys 14

Alaikäisten vaikeiden päihdehäiriöiden hoitoon ollaan kehittämässä yhteisasiakkuusmallia aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja nuorisopsykiatrian välille siten, että huomioidaan sekä mielenterveys- ja että päihdehäiriö eli parannetaan palveluiden integraatiota.

Laadukas tieto

19. Hyvinvointialueen tulee osaltaan seurata ja varmistaa lakisääteisten sote-tietotoimitusten oikeellisuutta ja kehittää niitä valtakunnallisessa yhteistyössä, jotta alueellinen ja kansallinen tietopohja rakentuu mahdollisimman oikeellisenä.

Oma Häme on kehittänyt henkilökeskeistä tietomallia, jota edelleen jatkojalostetaan THL:n kanssa. Henkilökeskeinen tietomalli antaa mahdollisuudet asiakaskohtaiseen tapahtuma-, hoito-, palvelu- ja kustannustietojen keräämiseen ja siirtoon. Perinteisten prosessitietojen lisäksi malli mahdollistaa uudenlaisen asiakkaaseen liittyvän tiedon kytkemisen yhteen, esimerkiksi asiakastyön vaikuttavuuteen, elämänlaatuun tai toimintakykyyn liittyen. Toteutuksessa olevan mallin avulla voidaan toteuttaa myös muita kansallisia tiedonsiirtoja yhden tietomallin kautta, korvaten mahdollisia erillistoimituksia jatkossa.

Yhteinen kehittäminen THL:n kanssa kattaa myös HILMO-tietojen uudenlaisen siirtotavan, jonka avulla hyvinvointialueet saavat paremman näkyvyyden tietotoimitusten sisältöön ja laskentamalleihin, aikaisempien järjestelmätoimittajien tekemien automaattisiirtojen sijaan.

Järjestelmien käyttöön ja asiakastietojen kirjaamisen liittyen on toteutettu esimerkiksi auditointeja, puutteellisia tilastointeja seuraavia valvontaraportteja sekä käyttäjäkoulutuksia. Toimenpiteitä on tehty erityisesti kansallisesti kerättävän tietopohjan vahvistamiseksi ja varmistamiseksi.

Kirjaamistyön kehittämistä valvoo hyvinvointialueitasoinen kirjaamisen ohjausryhmä, joka tekee tarvittavat linjaukset ja ohjeistukset tietopohjan jatkuvan laadun parantamiseksi.

Oma Hämeen tietojärjestelmät, tietoallas ja tietojen pohjalta rakennettu raportointi ovat tuottaneet toimialoille johtamisen tueksi laajan tietopohjan, jonka avulla on myös pystytty havainnoimaan puutteita ja muokkaamaan operatiivisten järjestelmien käyttöä yhdenmukaisemmaksi organisaation kaikilla tasoilla. Sisäistä raportointia pääsee käyttämään koko henkilökunta. Yksikötasoinen tiedon hyödyntäminen ja sitä kautta parempi läpinäkyvyys ovat myös nostaneet tiedon laatua.

Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus

20. Mitkä ovat viisi tärkeintä asiakas-/potilasryhmää, joiden palvelupolkujen vaikuttavuutta tulisi seurata kansallisesti?

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella fokusointikeskustelua ja siihen liittyvää päätöksentekoa on käyty ja käydään useasta toisistaan täydentävästä strategisesta näkökulmasta.

Hyvinvointialueella on laadittu vuoteen 2040 ulottuva toimintaympäristöanalyysi, ja fokusointia on tehty tämän lisäksi palvelustrategiassa, strategiakartassa sekä vuosittain asetettavissa OKR-mallin mukaisissa tavoitteissa ja avaintuloksissa. Näiden kokonaisuuksien yhteisenä tavoitteena on tunnistaa ne asiakas- ja potilasryhmät, joiden palvelupolkujen toimivuudella ja vaikuttavuudella on suurin merkitys sekä yksilön hyvinvoinnin että palvelujärjestelmän kestävyuden kannalta.

Strategisen tarkastelun perusteella keskeisiksi asiakasryhmiksi ovat nousseet erityisesti lapset, nuoret ja perheet, joiden palvelupolut rakentuvat usein useiden toimijoiden varaan ja joissa vaikuttavuus syntyy ennen kaikkea varhaisesta tuesta, palvelujen yhteensovittamisesta ja ennaltaehkäisevästä työstä. Toinen selkeästi esiin nouseva ryhmä ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, joiden osalta oikea-aikaisella tunnistamisella ja varhaisella tuella on merkittävä vaikutus sekä yksilön toimintakykyyn että myöhempään palvelutarpeen kehittymiseen ja perheyhteisöjen hyvinvointiin.

Pitkäaikaissairaat ja kansasairauksia sairastavat muodostavat kolmannen keskeisen asiakasryhmän, jossa vaikuttavuus rakentuu pitkäjänteisestä, ennakoivasta ja asiakkaan omahoitoa tukevasta palvelukokonaisuudesta. Tässä ryhmässä Kanta-Hämeen hyvinvointialueella painotetaan erityisesti ylipainoon ja siihen liittyviin liitännäissairauksiin kytkeytyvää ennaltaehkäisyä, sillä näissä palvelupoluissa varhainen vaikuttavuus voi merkittävästi vähentää raskaampien palvelujen tarvetta myöhemmässä vaiheessa.

Lisäksi strategiatyössä ja toimintaympäristöanalyysissä on tunnistettu aivoterveiden riskiryhmät asiakasryhmäksi, jossa palvelupolkujen vaikuttavuus syntyy erityisesti ennaltaehkäisevistä toiminnoista, toimintakyvyn säilyttämisestä ja riskien varhaisesta tunnistamisesta. Näissä ryhmissä palvelujen oikea-aikaisella kohdentamisella on pitkälle tulevaisuuteen ulottuva merkitys.

21. Miten hyvinvointialueellanne tunnistetaan ja käyttöön otetaan vaikuttavia toimintamalleja?

Sosiaalihuollon osalta on etenkin perhekeskuspalveluissa tunnistettu ja otettu käyttöön vaikuttavia toimintamalleja. Muiden tulosalueiden osalta tavoitteena on ottaa käyttöön uusia näyttöön perustuvia menetelmiä (2–4 /vuosi). Koulutus uusiin menetelmiin käynnistyy kuluvana vuonna ja sitä kautta pääsemme implementoimaan niitä.

Terveystieteiden osalta mm. Käypähoito- ja hoitotyön suositukset ja erikoisalayhdistysten suositukset ohjaavat vaikuttavien toimintamallien käyttöön. Suositukset pohjautuvat laajoihin tieteellisiin tutkimuksiin, antaen vahvaa näyttöä vaikuttavuudesta. Hyvinvointialueemme hoitotyön tutkimusklubitoiminnan avulla jalkautetaan näyttöön perustuvia käytänteitä, millä edistetään potilasturvallisuutta ja hoidon laatua.

22. Miten hyvinvointialueellanne tunnistetaan ja karsitaan vähähyötyisiä toimintamalleja?

Keskustelu vähähyötyisyydestä ja sen arvioinnista on käynnistynyt sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta systematiikka ja säännöllisyys uupuu vielä. Vähähyötyisyyden tarkastelun kanssa samaan aikaan arvioidaan työn ja käytettävien palvelujen vaikuttavuutta. Odotamme käynnissä olevan palveluvalikoimatyön valmistumista. Palveluvalikoiman toivomme tuottavan kansallisia linjauksia sosiaali- ja terveydenhuollossa ja erityisesti sosiaalihuollon arviointi- ja suositustyöhön, koska sosiaalihuollon osalta vaikuttavuustutkimus on vielä todella vähäistä.

23. Mitkä ovat keskeiset esteet vaikuttavuusperustaisuuden edistämiseksi? Mitä toimia tulisi ensisijaisesti ohjata kansallisesti?

Sosiaalihuollosta puuttuu tutkimustietoa vaikuttavuudesta ja tämän vuoksi on vaikea järjestää tutkittuun tietoon perustuvia palveluja. Sosiaalihuollon vaikuttavuustutkimusta ei voida tehdä samoilla periaatteilla kuin esimerkiksi terveydenhuollossa, vaan sosiaalitieteellisen tutkimuksen toteuttaminen vaatii erilaisia lähestymistapoja. Sosiaalihuollon interventioiden arviointi- ja suositustoiminta tarvitsee oman, sen tarpeisiin perustuvan itsenäisen asemansa, joka on erotettu terveydenhuollon rakenteista. Esimerkiksi

sosiaalihuollon palveluvalikoiman suositusten ja linjausten tulee tapahtua osana sosiaalihuoltoon soveltuvaa rakennetta ja itsenäisin resursein.

Sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuusperusteisuuden edistämisen esteenä saattaa olla henkilöstön riittävän osaamisen ylläpitäminen. Kansallisten linjauksien puuttuessa tukeudutaan vanhoihin toimintamalleihin, jotka eivät välttämättä ole ajantasaisia näyttöön perustuvia käytänteitä. Kansallisesti tulisi ohjata henkilöstön osaamista laadukkaiden koulutusten avulla toteuttamaan näyttöön perustuvaa toimintaa. Kansallisesti kannustetaan myös tutkimustyön tekemiseen. Lisäksi palveluvalikoiman pitää riittävästi ohjata kansallisiin linjauksiin vaikuttavien hoitojen osalta.

Hyvinvoiva ja riittävä henkilöstö

24. Minkälaisiin toimenpiteisiin hyvinvointialueellanne on ryhdytty henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi erityisesti kriittisten ja lakisääteisten palvelujen kohdalla?

Eläköitymisennuste

Eläköitymisennusteen mukaan suurimmat eläköitymiset Kanta-Hämeen hyvinvointialueella sijoittuvat vuosiin 2029, 2030 ja 2031. Tämän ajanjakson jälkeen nykytiedon valossa eläköityminen näyttää vähän laskevan, ollen vuoteen 20236 alhaisimmillaan (2,05 %). Työkyvyttömyyseläkkeiden määrässä ei ole merkittävää vaihtelua ennustejakson eri vuosien välillä. Ennusteiden mukaan vuosien 2026–2030 välillä eniten eläköityviä ammattiryhmiä ovat johdon sihteerit ja asiakaspalvelutuotannossa osastosihteerit (25 %) sekä hammashoitajat (23 %).

Lisäksi lähihoitajat, sosiaalityöntekijät, sosiaalialan ohjaajat ja sairaanhoitajat kuuluvat ennusteen mukaan suurimpiin eläköityviin ammattiryhmiin. Johdon sihteerit ja osastosihteerit tunnistetaan ammattiryhmiksi, joissa luonnollisen poistuman kautta ei ole tarve rekrytoida lisää henkilöstöä, koska digitalisaatio ja tekoäly kehittyvät siten, että tehtävien tarve ei säily samalla tasolla, mitä nykytila kertoo.

Ammattilaisten saatavuus 2025

Ammattilaisten kohdalla hakijamäärät ovat tällä hetkellä hyvät, esimerkiksi:

- lähihoitajien avoimia tehtäviä on ollut haussa 99 (2025) ja keskimäärin hakijoita/avoin työpaikka 9,9 hakijaa
- Sosiaalityöntekijöiden avoimia tehtäviä on ollut haussa 84 (2025) ja keskimäärin hakijoita/avoin työpaikka 7,8 hakijaa
- Sairaanhoitajien avoimia tehtäviä on ollut haussa 92 (2025) ja keskimäärin hakijoita/avoin työpaikka 15,8 hakijaa

- Lääkärihenkilöstön avoimia tehtäviä on ollut haussa 70 (2025) ja keskimäärin hakijoita/avoin työpaikka 1,4

Ammattilaisten riittävyys lakisääteisiin palveluihin 2025

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on meneillään **asiakastarvelähtöinen henkilöstöressurssien suunnittelu ja allokointi**, jossa keskitytään kohdentamaan ammattilaisten työn suunnittelu, työprosessien suunnittelu ja ammattilaisten työaika asiakastarpeen ja -virran mukaisesti. Käytössä on uuden sukupolven työvoimanhallinnan (Numeron) uusi ohjelmisto ja pilotissa on asiakasvirtaa ja henkilöstömitoitusta ohjaava (ResourceCheif) ohjelmisto. Välillistä työaika vähennetään suunnitelmallisesti ja tukipalvelutehtäviä siirretään muiden, kun sote- tai pelastusalan työntekijöille suunnitelmallisesti ja taloussuunnittelun mahdollistamien ratkaisujen avulla. Työvuorosuunnitteluohjelmisto on uudistettu (2025) ja henkilöstötarpeen allokointia edelleen kehitetään vastaamaan asiakastarvetta, henkilöstön riittävyyden näkökulmasta.

Samaan aikaan hyvinvointialueella on meneillään **välittömän asiakastyön ja asiakkaan luona vietetyn työajan** suunnitelmallinen lisääminen, asiakkaalle arvoa tuottavaan toimintaan kaikilla asiakaspalvelua tuottavilla toimialoilla. Pyrimme vähentämään välillistä työaika suunnitelmallisesti niistä toiminnoista, jotka sen mahdollistavat.

Lisäksi hyvinvointialueella haetaan toimintakulttuuria, jossa **henkilöstö liikkuu** tarvittaessa **joustavasti** tiimien tai yksiköiden välillä, mahdollistaen ruuhkahuipuista tai muista muutoksista johtuvan vaihtelun. Tällä pyritään myös kuormituksen tasaamiseen ja työkykyperusteisten **sairauspoissaolojen vähentämiseen**, lisä- ja ylitöiden vähentämiseen henkilöstön jaksamista, palautumista ja hyvinvointia turvaten. Sairauspoissaolot ovat vähentyneet 1,03 pv/HTV2 (2025). Tätä työtä edelleen jatketaan, jotta asiakkaan luona käytettävä nettotyöpanosta (HTV3) saadaan vahvistettua.

Ammattilaisten saatavuus ja tulevaisuus

Alkavalla strategiakaudella kehitämme **strategisia kumppanuuksia** mm koulutusorganisaatioiden, kuntayhteistyön, KEVA:n ja työterveyshuollon kanssa siten, että ammattilaisten saatavuuden ja riittävyyden ennakointi parane. Tämä sisältää myös koulutus-, sote-harjoittelu ja opiskelijaohjauksen kehittämisen siten, että hyvinvointialueen tulee strategisesti linjata yksiköille harjoittelupaikkojen minimivaateet. Tulemme uudella strategiakaudella asettamaan tavoitteet siten, että sote- ammattilaiset saavat riittävästi harjoittelupaikkoja valmistuakseen ammattiin. Kanta-Hämeen hyvinvointialue tarjoaa alueellaan yhdenvertaisesti nuorille (15–17-vuotiaille) kesätyöpaikkoja 120–150 paikkaa vuosittain, ennakoivan rekrytoinnin ja alalle tutustumisen merkeissä.

Kehitämme edelleen pito- ja vetovoimatekijöitä sekä rakennamme mainettamme siten, että olemme myös tutkimus-, koulutus- ja opiskelun näkökulmasta **vetovoimainen työnantaja**. Henkilöstön osaaminen ja hyvinvointi, johtamisen edelleen kehittäminen sekä **uudistuskyvykkyyden vahvistaminen** ovat tällä hetkellä uuden strategiakauden keskiössä. Toimintaympäristö-, rahoituksen- ja lainsäädäntömuutokset edellyttävät ketterää kehittämistä. Kanta-Hämeen hyvinvointialue haluaa olla edelläkävijä ammattilaisten työnkuvien ja tehtävien uudistamisessa osana palveluintegraation vahvistamista. Monialainen työskentely edellyttää ammattilaisten työnkuvien ja tehtävien monipuolistamista, lainsäädännön rajoissa.

Vuoden 2026 aikana tulemme strategisesti linjaamaan **vuokratyövoiman ja ostopalveluiden käyttöä**, kilpailutusta ja kustannusvaikuttavia toimintamalleja vaihtoehtona ja täydentämään oman henkilöstön riittävyyttä.

Kanta- Hämeen hyvinvointialueella on **keskitetty rekryointipalvelu**, jonka avulla toteutetaan yhteistyössä toimialojen kanssa strategista rekryointia, henkilöstön saatavuuden ennakointia ja mietitään konkreettisia keinoja palvelutuotannon näkökulmasta, milloin ja mihin tarpeeseen hyödynnetään oppisopimuskoulutusta, uudelleen koulutusta, KV-rekryointia ja niin edelleen. Rekryointistrategia tulee päivitettäväksi uudelle strategiakaudelle.

25. Miten hyvinvointialueenne on varmistanut sote-alan harjoittelupaikkojen riittävyyden?

Hyvinvointialueella on ohjeet opiskelijakokonaisuuteen ja suositukset harjoittelujen järjestämiseen, jotta toimisimme systemaattisesti opiskelija-asioissa. Harjoittelupaikkojen mahdollistaminen yhdenvertaisesti on yksi strategiamme avaintuloksista. Harjoittelupaikkojen määrää olemme lisänneet erilaisia ohjausmalleja käyttämällä, kuten pariohjausta ja VOO eli moduuli-ohjausta.

Ks. Kirjaukset harjoittelupaikkoihin liittyen myös kysymyksen 24 vastauksesta.

Toimiva yhteistyö

26. Arvioi, mitkä ovat konkreettisen YTA-tasoisien yhteistyön esteet hyvinvointialueellanne.

Sisä-Suomen YTA-sopimus on hyväksytty vuonna 2024 ja sopimuksen päivittäminen on parhaillaan käynnissä. Sisä-Suomen yhteistyöalueella on mahdollistava YTA-sopimus ja myös uuden sopimuksen laadinnassa on lähdetty mahdollisuuksista käsin. Kanta-Hämeen hyvinvointialueen näkemyksen mukaan YTA-tasoiselle yhteistyölle ei ole esteitä Sisä-Suomen hyvinvointialueiden kesken.

Yhteistyöalueen sopimuksessa sovitaan lainsäädäntöön perustuen niistä asioista, joista laki yksiselitteisesti velvoittaa sopimaan sekä sellaisista asioista, jotka Sisä-Suomen yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet yhdessä arvioivat palveluiden järjestämisen tai kehittämisen näkökulmasta tarkoituksenmukaisiksi. Yhteistyötä Sisä-Suomen yhteistyöalueella voidaan edistää yhteisesti tarkoituksenmukaisiksi tunnistetuissa asioissa myös ilman, että siitä tarvitsee sopia lain edellyttämällä sopimuksella. Yhteistyön tulee rakentua tarkoituksenmukaisuuden ja yhteisen edun periaatteelle.

YTA-tasoisien yhteistyön esteeksi tai haitaksi voi muodostua liian tiukka ja yksityiskohtainen kansallinen ohjaus sopimusten sisällöistä. Esimerkiksi ministeriön kesäkuussa 2025 antama ohjauskirje on kirjoitettu velvoittavaan muotoon, mutta tosiasiallisesti sopimuksen sisältöä ohjaa sitovasti järjestämislaki.

OSA III: Investoinnit

27. Mitä uusia tai poistuvia investointeja tai investointia vastaavia sopimuksia on odotettavissa joulukuussa 2026 toimitettavassa investointisuunnitelmassa 2028–2031, joista ei ole ollut kirjauksia aiemmin ministeriöihin toimitetuissa investointeja koskevissa materiaaleissa?

Kanta-Hämeen hyvinvointialue on toimittanut joulukuussa 2026 ministeriöille vuosien 2027–2030 investointisuunnitelman. Vuosien 2028–2031 investointisuunnitelman valmistelu käynnistyy myöhemmin.

Hyvinvointialue täsmentää joulukuussa 2026 toimitettua investointisuunnitelmaa. Hyvinvointialue on ostanut useita kiinteistöjä vuosina 2025 ja 2026 alueen kunnilta. Kohteiden siirtyminen hyvinvointialueen taseeseen on tarkoittanut myös investointivarausten siirtymistä investointeja vastaavista sopimuksista pysyviin vastaaviin.

Laite- ja kalustoinvestointien osalta ei ole tulossa merkittäviä muutoksia täsmennyksen yhteydessä. ICT-investointien osalta tehdään joitakin täsmennyksiä ja tarkennetaan suunnitteluvuosien kohdennuksia.

Rakennusinvestointien osalta tehdään merkittäviä muutoksia, kun varauksia siirretään pysyviin vastaaviin. Lisäksi hyvinvointialue on jatkanut palveluiden kannalta keskeisten toimipisteiden kartoittamista, erityisenä kohteena lastensuojelun ja vammaispalveluiden asumisyksiköt. Hyvinvointialue tulee esittämään uuden vammaispalveluyksikön perustamista Hämeenlinnaan. Tavoitteena on lisätä oman palvelutuotannon osuutta, mikä on toiminnallisesti ja taloudellisesti perusteltua.

Hyvinvointialueen investointisuunnitelmassa vuosille 2025–2029 on esitetty investointeja vastaavana sopimuksena vammaisten asumispalveluyksikön korvausinvestointi Forssaan vuosille 2027–2028. Täsmennyksessä investointi esitetään siirrettäväksi pysyviin vastaaviin.

Merkittävin päivitys tulee olemaan Riihimäen sotekeskusinvestointi. Hankkeen aikataulua on jouduttu aikaistamaan esiin nousseiden vakavien sisäilmaongelmien vuoksi Riihimäen pääterveysasemalla. Sotekeskuksen hankesuunnitelma valmistuu syys–lokakuussa 2026, ja investointivaraukset vuosille 2027–2030 esitetään hyvinvointialueen investointisuunnitelmassa.

OSA IV: Muut huomiot ja palaute selvityksestä

28. Muut huomiot ja palaute selvityksestä