

Tilannekuva väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, palvelutarpeen kehityksestä sekä palvelujärjestelmän toiminnasta

THL:n laatima taustamuistio
parlamentaarisen
hyvinvointialueiden
tulevaisuustyön tueksi

1 Väestön hyvinvoinnin tila ja palvelutarpeiden kehitys

Ydinviestit

- Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila on monilta osin hyvä, mutta monella osa-alueella on havaittavissa myös suotuisan kehityksen pysähtymistä tai tilanteen heikentymistä.
- Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus on yleistä etenkin nuorten aikuisten keskuudessa. Myös koetussa hyvässä työkyvyssä on tapahtunut huolestuttavaa laskua nuorten aikuisten ryhmässä.
- Lihavuus on yhä merkittävämpi kansanterveysongelma. Lähes kolmannes suomalaisista aikuisista on lihavia.
- Terveyserot väestöryhmien välillä ovat selkeitä ja pysyviä. Miehillä on lähes kaksinkertainen määrä menetettyjä elinvuosia naisiin verrattuna ja pienituloisilla menetettyjen elinvuosien määrä on huomattavasti suurempi kuin suurituloisilla.
- Palvelutarve tulee kasvamaan väestön ikääntymisen myötä. Palvelutarve kasvaa eniten kasvukeskuksissa ja suurimmat menopaineet kohdistuvat ikääntyneiden sosiaalipalveluihin ja somaattiseen erikoissairaanhoidon.

1.1 Väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilannekuva

Suomen väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila on monilta osin hyvä, mutta vuosikymmeniä jatkunut suotuisa kehitys on viime vuosina kääntynyt osin huonompaan suuntaan. Vaikka suurin osa suomalaisista kokee elämänsä turvalliseksi ja on toiveikas tulevaisuuden suhteen, kokemus hyvinvoinnista on heikentynyt. Elämänlaatunsa hyväksi kokevien osuus on pienentynyt verrattain paljon työikäisten naisten ja miesten ryhmissä vuodesta 2018 vuoteen 2020 ja edelleen vuoteen 2024.

Suomalaisten elinajanodote on toipunut koronapandemian aiheuttamasta notkahduksesta ja oli 82,4 vuotta vuonna 2024. Se on EU:n keskiarvon yläpuolella, mutta edelleen jäljessä muita Pohjoismaita (Tanskaa lukuun ottamatta). Yli 70

prosenttia kaikista kuolemansyistä muodostuu verenkiertoelinten sairauksista, syövästä sekä Alzheimerin taudista ja muista muistisairauksista.

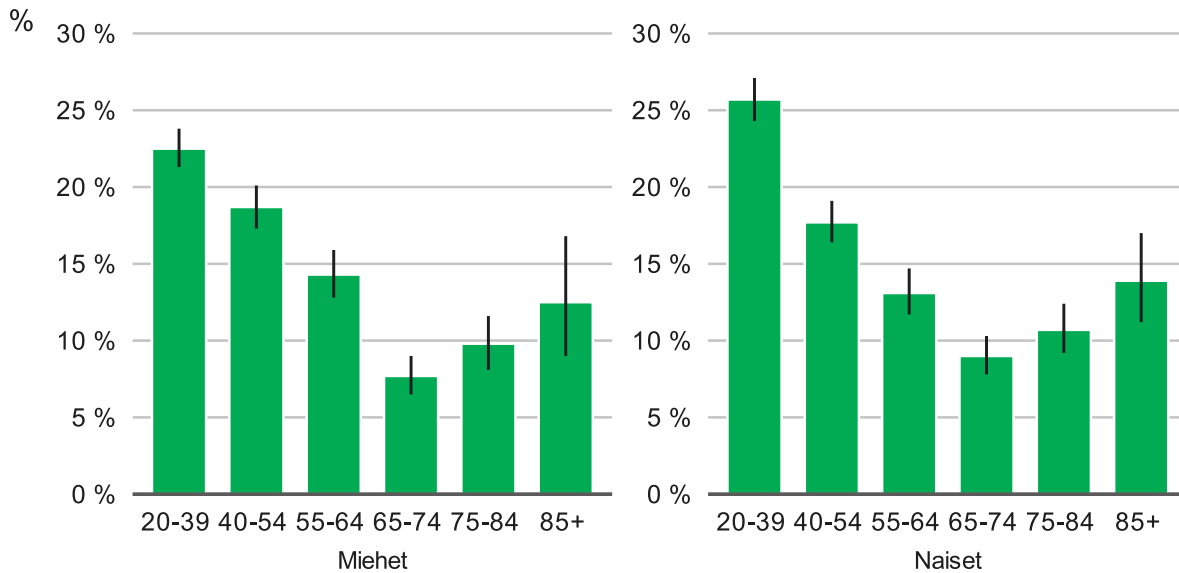
65-vuotiaat suomalaiset voivat odottaa elävänsä alle puolet jäljellä olevasta elinajastaan terveinä. Naisilla 65 vuoden iässä elinajanodote on noin 21 vuotta, josta terveitä elinvuosia on keskimäärin noin yhdeksän vuotta. Miehillä elinajanodote on 65 vuoden iässä noin 18 vuotta, josta terveitä elinvuosia on keskimäärin noin yhdeksän vuotta. Suomalaisten terveiden elinvuosien määrä on lähellä EU:n keskiarvoa, mutta alhaisempi kuin muissa Pohjoismaissa.

Noin 45 prosenttia yli 65-vuotiaista elää vähintään kahden pitkäaikaissairauden kanssa, ja monisairastavuus on yleistynyt kaikissa ikäryhmissä 2000-luvulla. Vuonna 2022 kuitenkin vain 25 % yli 65-vuotiaista naisista ja 21 % miehistä raportoi rajoitteita päivittäisissä toiminnoissa, mikä on samaa tasoa EU:n ja muiden Pohjoismaiden keskiarvon kanssa. Tämä viittaa mahdollisesti siihen, että pitkäaikaissairauksien hoito on Suomessa hyvällä tasolla huolimatta väestön korkeasta iästä.

Mielenterveysoireet ovat yleistyneet 2020-luvulla erityisesti nuorilla ja työikäisillä ja mielenterveysperusteiset pitkät sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet. Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus yleistyi työikäisillä huomattavasti 2018–2022, mutta vuosien 2022 ja 2024 välillä ei havaittu merkittävää muutosta. Psyykinen kuormittuneisuus on yleisintä nuorilla aikuisilla. 20–39-vuotiaista naisista yli neljännes ja miehistä yli viidennes on merkittävästi psyykkisesti kuormittuneita. Mielenterveysoireilussa alueelliset erot ovat merkittäviä (Kuvio 1).

Nuorten tyttöjen ahdistuneisuus on edelleen korkealla tasolla. Ahdistuneisuusoireilua koki vuonna 2025 noin joka kolmas tyttö ja lähes joka kymmenes poika. Tyttöillä ahdistuneisuusoireilu on ollut kasvussa pitkään. Se yleistyi merkittävästi vuosien 2019 ja 2021 välillä, jonka jälkeen ahdistuneisuusoireilua kokeneiden osuuden kasvu on tasaantunut. Huumekuolemat ja nuorten tekemät väkivaltarikokset ovat lisääntyneet. Nuorten vakavan väkivallan kasvu on voimakkainta alle 15-vuotiailla. Seksuaalisen häirinnän ja seurustelu- ja seksuaaliväkivallan kokemukset ovat yleisiä. Suomeen muuttaneet ja etniset vähemmistöt kokevat paljon syrjintää. Syrjintäkokemukset ovat yhteydessä

esimerkiksi mielenterveysoireisiin, heikompaan elämänlaatuun, turvattomuuden ja yksinäisyyden kokemuksiin sekä heikompaan luottamukseen viranomaisia kohtaan.



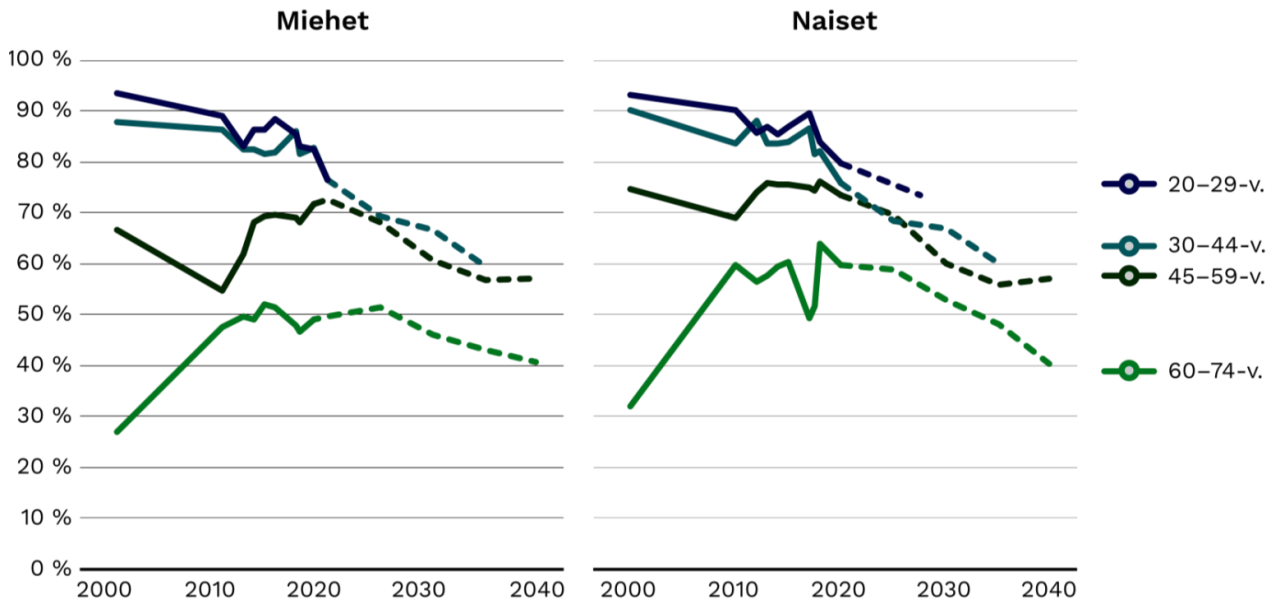
Lähde: THL, Terve Suomi -tutkimus 2024

KUVIO 1. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%) 20 vuotta täyttäneessä väestössä vuonna 2024, miehet ja naiset erikseen. Lähde: THL, Terve Suomi -tutkimus.

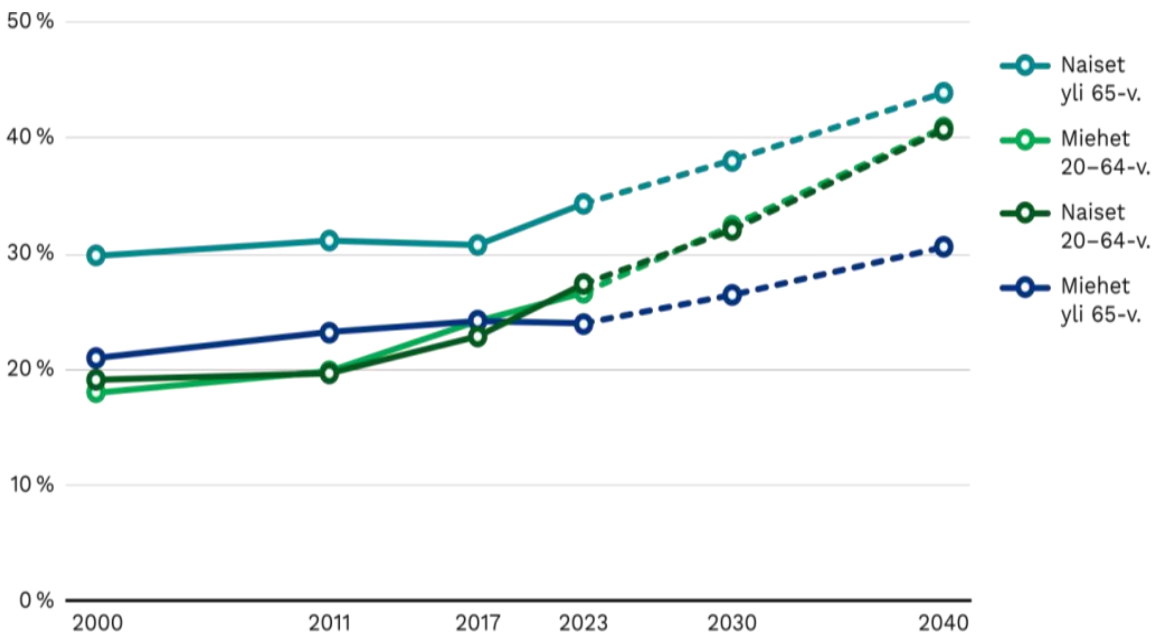
Suomalaisten kokemus omasta toimintakyvystään vaihtelee iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Vaikka monilla osa-alueilla kehitys on ollut myönteistä, tietyissä ryhmissä, kuten nuorilla aikuisilla, on havaittavissa huolestuttavia merkkejä toimintakyvyn heikkenemisestä esimerkiksi koetun hyvän työkyvyn osalta (Kuvio 2). Koetussa hyvässä työkyvyssä on merkittäviä eroja alueiden välillä.

Lihavuus on yhä merkittävämpi kansanterveysongelma. Lihavuus lisää sairastumisriskiä tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, syöpiin sekä mielenterveys- ja tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Lihavuus myös heikentää elämänlaatua ja työkykyä sekä lyhentää elinikää. Lähes kolmannes suomalaisista aikuisista on lihavia (BMI ≥ 30 kg/m²), ja osuuden ennustetaan kasvavan noin 40 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä, ellei kehitystä saada pysäytettyä (Kuvio 3). Vaikea lihavuus (BMI ≥ 35 kg/m²) on myös lisääntynyt erityisesti nuorilla työkäisillä (joka kymmenennellä on vaikeaa lihavuutta). Osuus on kolmin kertaistunut kahden viime vuosikymmenen aikana. Avohilmo-rekisteristä saatujen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa mitattujen pituus- ja painotietojen

perusteella noin neljäsosalla 2–16-vuotiaista pojista ja vajaalla viidesosalla tytöistä on ylipainoa (BMI \geq 25 kg/m²) tai lihavuutta.



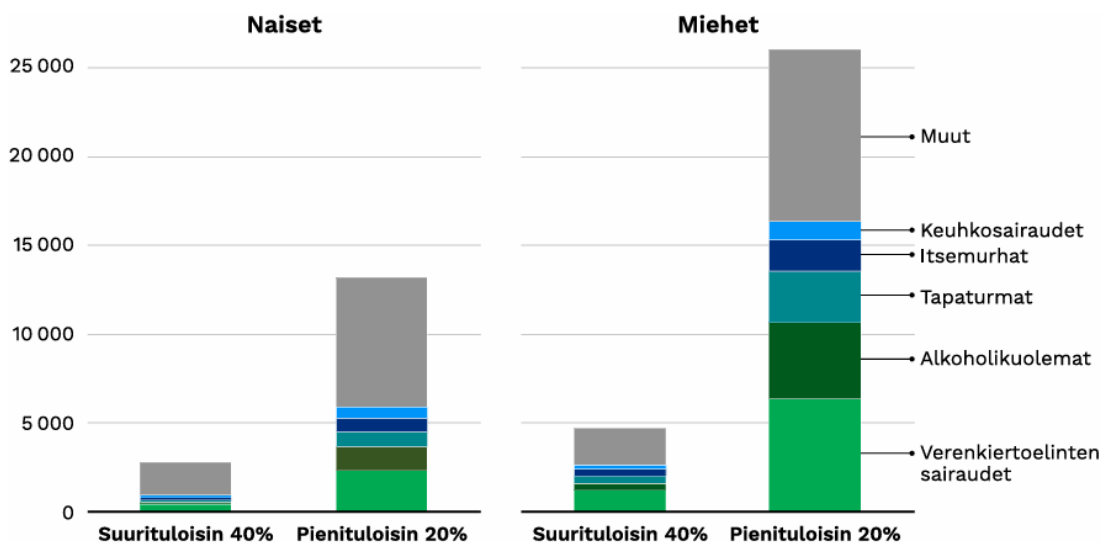
KUVIO 2. Hyvän työkyvyn yleisyys ikäryhmittäin vuosina 2000–2020 ja ennusteet vuoteen 2040 asti. Lähde: Lahti ym. 2024.



KUVIO 3. Lihavuuden (BMI \geq 30) yleisyys vuosina 2000–2023 ja ennusteet vuosille 2030 ja 2040, 20 vuotta täyttäneet. Lähde: THL.

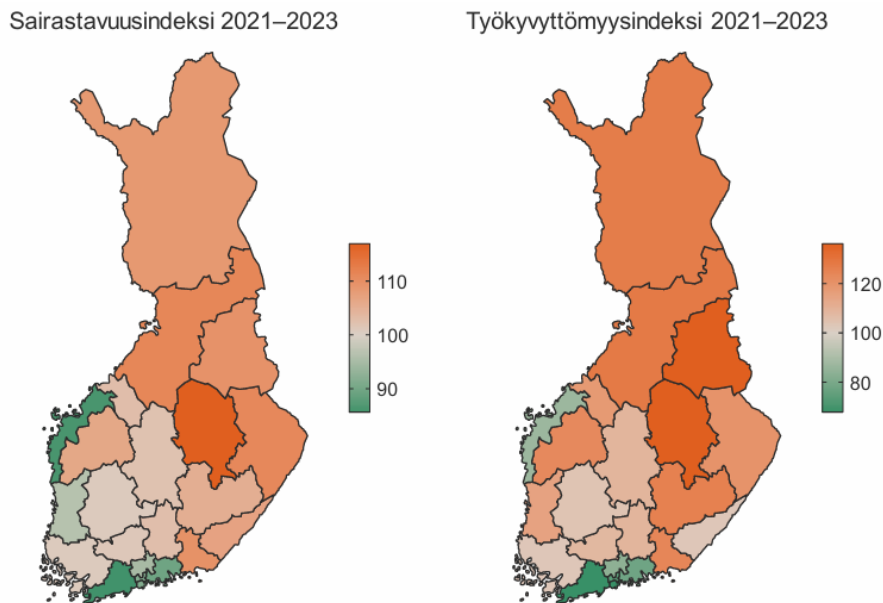
Terveyserot väestöryhmien välillä ovat selkeitä ja pysyviä. Sukupuolten välinen ero menetetyissä elinvuosissa on kaventunut koko 2000-luvun, mutta miehillä on edelleen lähes kaksinkertainen määrä menetettyjä elinvuosia naisiin verrattuna. Erot selittyvät suurimmaksi osaksi miesten korkeammalla alkoholikuolleisuudella ja kuolleisuudella verenkiertoelinten tauteihin.

Pienituloisilla menetettyjen elinvuosien määrä on huomattavasti suurempi kuin suurituloisilla; miehillä ero on 5,2-kertainen ja naisilla 4,8-kertainen. Suurin suhteellinen ero tuloryhmien välillä oli alkoholiperäisissä kuolemissa, molemmilla sukupuolilla se on yli 11-kertainen. (Kuvio 4.) Tuloryhmien väliset erot ovat kaventuneet 2010-luvulla, mutta erot edelleen suuret. Erojen kaventumiseen on vaikuttanut menetettyjen elinvuosien määrän lasku pienituloisilla miehillä. Kuolemansyryhmistä lasku on ollut suurinta alkoholikuolemissa.



KUVIO 4. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–80 vuotta / 100 000 vastaavan ikäistä vuosina 2020–2022 Suomessa tuloryhmittäin ja kuolemansyistäin naisilla ja miehillä. Lähde: THL, Sotkanet

Väestön terveyserot ovat merkittäviä myös eri alueiden välillä. Yleisesti voidaan todeta, että Itä- ja Pohjois-Suomessa väestö on sairaampaa kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. Terveimmät suomalaiset asuvat Pohjanmaalla ja Uudellamaalla, sairaimmat Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa. Työkyvyttömyyden alue-erot ovat pääosin samansuuntaisia sairastavuuden alue-erojen kanssa. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Hyvinvointialueiden erot sairastavuudessa ja työkyvyttömyydessä 2021–2023, ikävakioidut indeksit, sukupuolet yhteensä. Lähde: Lindell ym. 2025. Karttapohja: Tilastokeskus 2025.

Miehillä menetettyjen elinvuosien määrä on suurin Kainuussa ja Etelä-Savossa ja pienin Pohjanmaalla, Länsi-Uudellamaalla, Itä-Uudellamaalla ja Keski-Pohjanmaalla. Suurimmat alue-erot miehillä esiintyvät verenkiertoelinten sairauksissa, syövässä ja alkoholikuolemista. Naisilla menetettyjen elinvuosien määrä on suurin Kainuussa ja pienin Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Länsi-Uudellamaalla. Naisilla suurimmat alue-erot esiintyivät syövässä ja verenkiertoelinten sairauksissa.

Alueellisten erojen taustalla on monia tekijöitä. Yksilötasolla elintavat – mm. tupakointi, alkoholinkäyttö, liikunta ja ravintotottumukset – vaikuttavat terveyteen. Elintapoihin vaikuttavat puolestaan monet yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutus sekä toisaalta kulttuuriset ja geneettiset tekijät heijastuvat alueen väestön terveyteen ja toimintakykyyn.

Palvelujärjestelmän tasolla alueelliset erot sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudessa ja palveluihin hakeutumisessa voivat ilmetä alue-eroina sairauksien ja työkyvyttömyyden yleisyydessä. Alueilla on ollut myös eroja kirjaus- ja hoitokäytännöissä sekä hoitoilmoitusjärjestelmätiedon kattavuudessa, mikä voi osin heijastua tuloksiin.

1.2 Väestörakenteen muutosten vaikutukset palveluihin ja palvelutarpeeseen

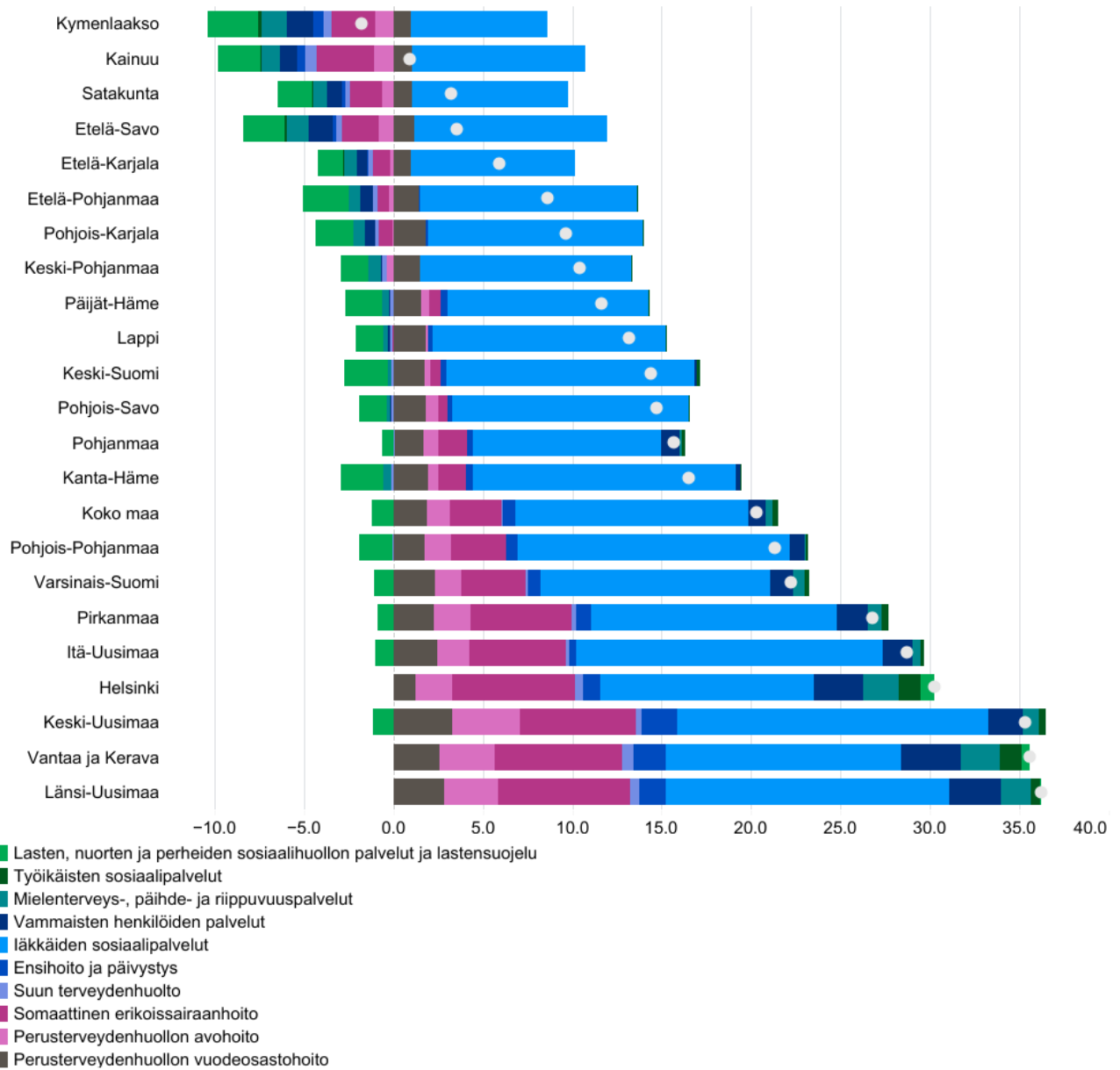
Syntyvyys on historiallisen vähäistä Suomessa. Samalla ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti. Sisäinen muuttoliike ja maahanmuutto kasvattavat kaupunkialueita, joilla suurin osa väestöstä asuu. Kaupunkeihin keskittyvät korkeasti koulutetut ja esimerkiksi ulkomaalaistaustaiset samalla kun, maaseudulla väkiluku vähenee ja väestö ikääntyy.

Sote-menojen ennustetaan kasvavan noin 20 prosenttia vuoteen 2040 mennessä, johon mennessä myös yli 85-vuotiaiden määrän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan. Väestön ikääntyminen onkin suurin yksittäinen palvelutarvetta ja kustannuksia lisäävä tekijä. Väestön ikääntyminen tulee lisäämään erityisesti muistisairaiden, syöpään sairastuvien sekä liikkumisrajoitteisten henkilöiden määrää.

Väestön palveluntarve on pitkälti seurausta väestön ikääntymisestä, sairastavuudesta, elintavoista sekä toiminta- ja työkyvyn rajoitteista. On kuitenkin tärkeä huomata, että ikääntyminen ei automaattisesti nosta palveluntarvetta ja kustannuksia, vaan avainasemassa ovat hyvä terveys ja hyvä toimintakyky, joiden tukeminen läpi elämänsä on avain myös terveenä elettyjen elinvuosien lisääntymiseen.

Suurinta menojen kasvupainetta kohdistuu iäkkäiden sosiaalipalveluihin sekä somaattiseen erikoissairaanhoidon. Sen sijaan lasten, nuorten ja perheiden palvelutarpeen ennustetaan vähenevän monilla alueilla pienenevien ikäluokkien vuoksi. Palvelutarve kasvaa eniten kasvukeskuksissa, joissa väestö kasvaa maahanmuuton ja sisäisen muuttoliikkeen seurauksena ja palvelutarve lisääntyy voimakkaasti. Väestöltään vähenevillä alueilla, kuten Itä-Suomessa, kustannusten kasvu on maltillisempaa, koska väestö on jo valmiiksi iäkstä. Näillä alueilla myös esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palveluiden tarve vähenee, mikä heijastelee alueiden väestörakenteiden eroja. (Kuvio 6.)

Väestön ikääntyminen ja palvelutarpeen kasvu heijastuu myös henkilöstön tarpeeseen. Vuoteen 2040 mennessä lähihoitajia, sairaanhoitajia ja lääkäreitä tarvitaan kaikkia nykyistä enemmän. Suurin tarve kohdistuu lähihoitajiin, jonka jälkeen sairaanhoitajiin ja lääkäreihin. Sote-menojen ennustetaan kasvavan noin 20 prosenttia vuoteen 2040 mennessä.



KUVIO 6. Väestörakenteen muutoksen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoituun kehitykseen hyvinvointialueittain, prosenttia vuodesta 2024 vuoteen 2045.

2 Hyvinvointialueiden järjestämien palveluiden tila

Ydinviestit

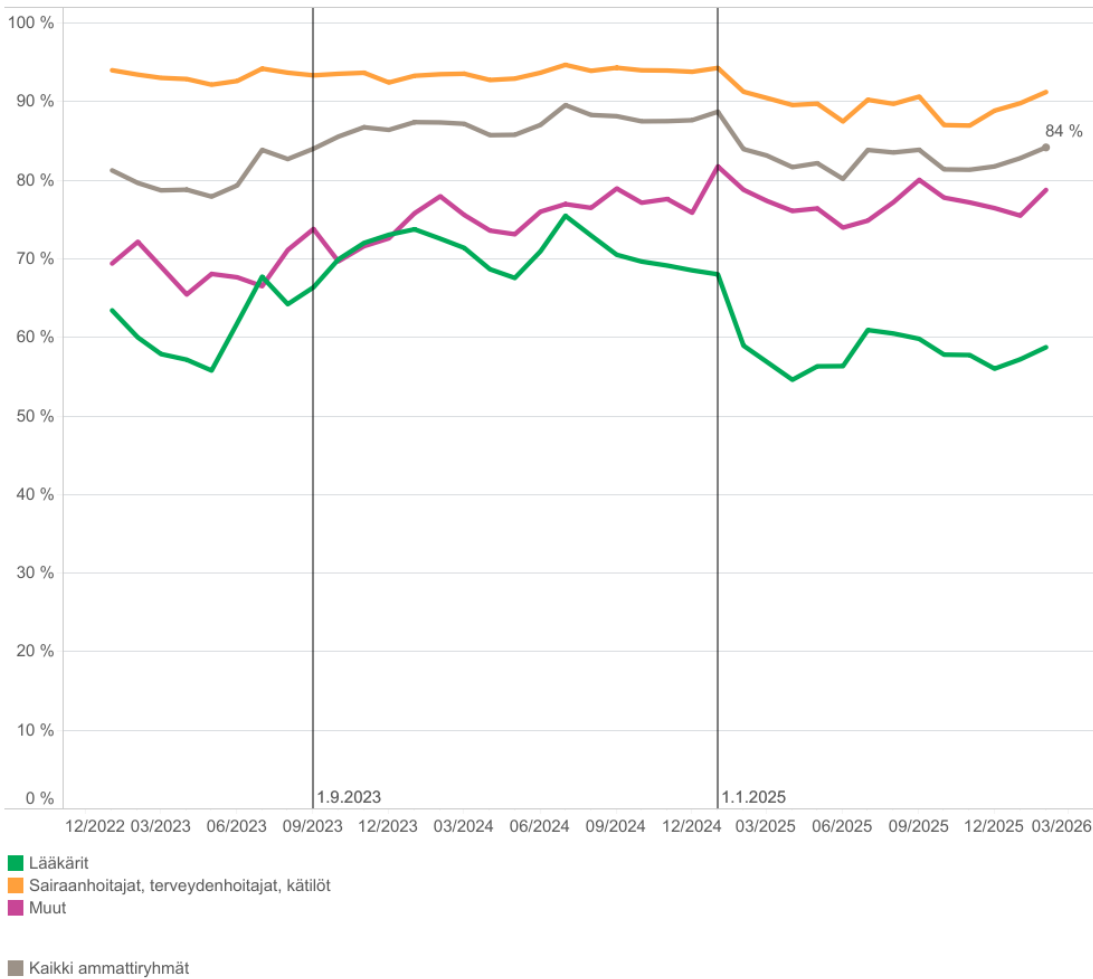
- Hyvinvointialueiden järjestämien palveluiden keskeinen haaste liittyy yhdenvertaisuuden toteutumiseen. Alueelliset erot ovat suuria lähes kaikissa palveluissa.
- Monissa palveluissa on haasteita saatavuudessa ja lakisääteiset määräajat eivät toteudu kaikilla alueilla. Palveluiden saatavuuden haasteet liittyvät henkilöstön saatavuuteen sekä taloudellisiin paineisiin.
- Asiakas- ja potilastyytyväisyys on pääosin kiitettävällä tasolla. Kun ihmiset pääsevät palveluiden piiriin he ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin.
- Palvelurakenteen uudistaminen etenee eritahtisesti alueiden välillä. Kotona- ja perustasolla tuotettavien palveluiden puutteet heijastuvat raskaampien, kuten päivystyksellisten palveluiden käyttöön.
- Hyvinvointialueiden yhteistyön sujuvuus esimerkiksi kuntien kanssa vaihtelee yhdyspinnoittain. Eniten haasteita näyttäisi liittyvän työkyvyn tuen ja työllisyyden edistämisen alueilla tehtävään yhteistyöhön.

2.1 Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido

2.1.1 Palveluiden saatavuus

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy on koko maassa hyvällä tasolla hoitajan vastaanotolle, mutta lääkäripalveluihin pääsyssä on isoja alueellisia eroja. Perusterveydenhuollon kolmen kuukauden hoitotakuu toteutui kuitenkin vuoden 2025 aikana 23 vuotta täyttäneillä kuitenkin lähes täysin. Helmikuussa 2026 99 prosenttia toteutui määräajassa. On kuitenkin huomioitava, että 31.12.2024 asti hoitotakuu oli 14 päivää. Jos tarkastellaan hoitoon pääsyä 14 vuorokaudessa 23 vuotta täyttäneiden keskuudessa, tilannekuva muuttuu. Vain noin 60 prosenttia lääkärikäynneistä toteutui 14 vuorokauden sisällä hoidontarpeen arvioinnista. Hoitajan vastaanotolle pääsy oli selvästi sujuvampaa ja 95 % käynneistä toteutui 14

vuorokauden sisällä. Alle 23-vuotiaiden osalta kahden viikon hoitotakuu on edelleen voimassa ja toteutuu lähes täysin hoitajavastaanotolle. Lääkärivastaanotolle 14 vuorokauden sisällä pääsi kuitenkin helmikuussa 2026 vain 68 prosenttia.

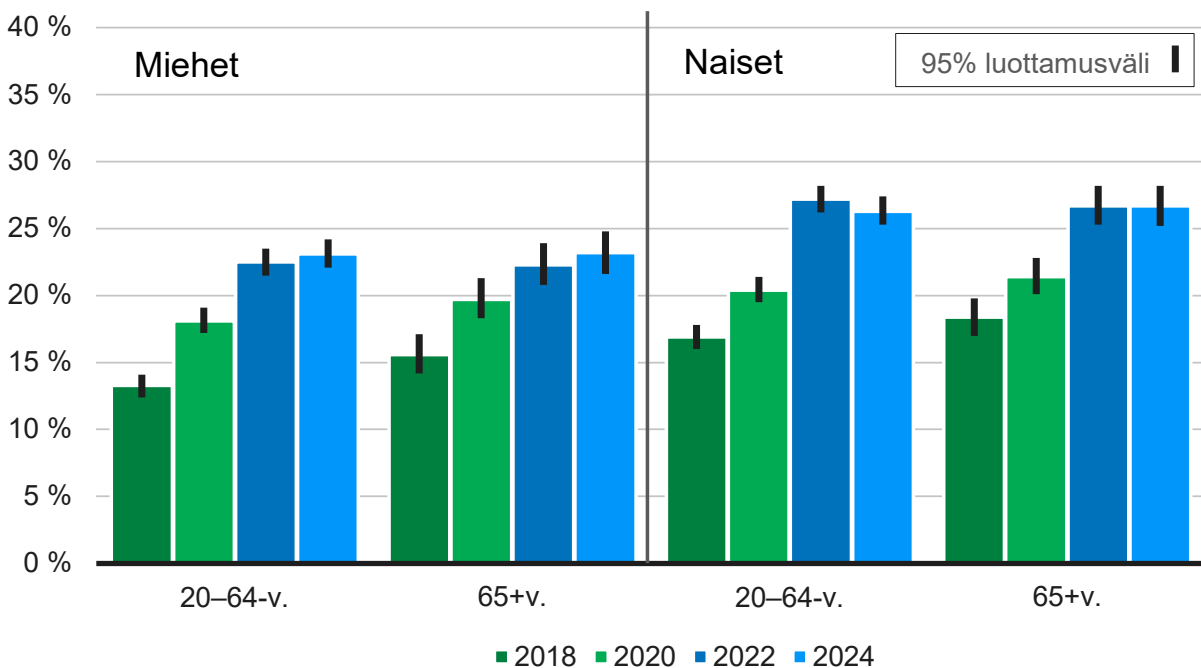


KUVIO 7. Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa 14 vuorokauden kuluessa 12/2022–2/2026. Kaikki ammattiryhmät sekä ammattiryhmät eriteltyinä. HUOM: Ennen 1.9.2023 enimmäisaika oli kaikilla 3 kuukautta. 1.9.2023–31.12.2024 enimmäisaika oli kaikilla 14 vuorokautta. 1.1.2025 alkaen alle 23-vuotiailla enimmäisaika on 14 vuorokautta ja muilla 3 kuukautta.

Kiireetöntä erikoissairaanhoitoa yli kuusi kuukautta odottaneiden osuus pysyi vuonna 2025 kansallisesti korkeana, vaikka osuus pienentyikin edeltäviin vuosiin verrattuna. Vuoden 2026 alussa noin 91 prosenttia pääsi hoitoon alle kuudessa kuukaudessa. Koko maan tasolla määrällisesti eniten jonottaneita oli kirurgian ja silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla. Väestön

ikäntyminen näkyy myös toimintakykyyn vaikuttavien toimenpiteiden, kuten kaihi- ja tekonivelleikkausten kysynnän kasvuna.

Terve Suomi -väestökyselyn mukaan joka neljäs lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista koki, ettei saanut riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden. (x) Tilanne on pysynyt samana vuodesta 2022 mutta riittämättömien palvelujen kokemuksessa on tapahtunut merkittävää kasvua vuodesta 2018. Myös kansainvälisissä vertailuissa Suomessa yksi korkeimmista osuuksista tyydyttymättömässä palvelutarpeessa ja tähän liittyy myös merkittävää sosioekonomista eriarvoisuutta (2). Vuonna 2024 peräti 12,4 prosenttia suomalaisista raportoi hoidon tarpeen jääneen täyttämättä, mikä on EU:n toiseksi korkein luku Kreikan jälkeen. Köyhyysriskissä olevilla luku on vielä korkeampi, 20,9 prosenttia.



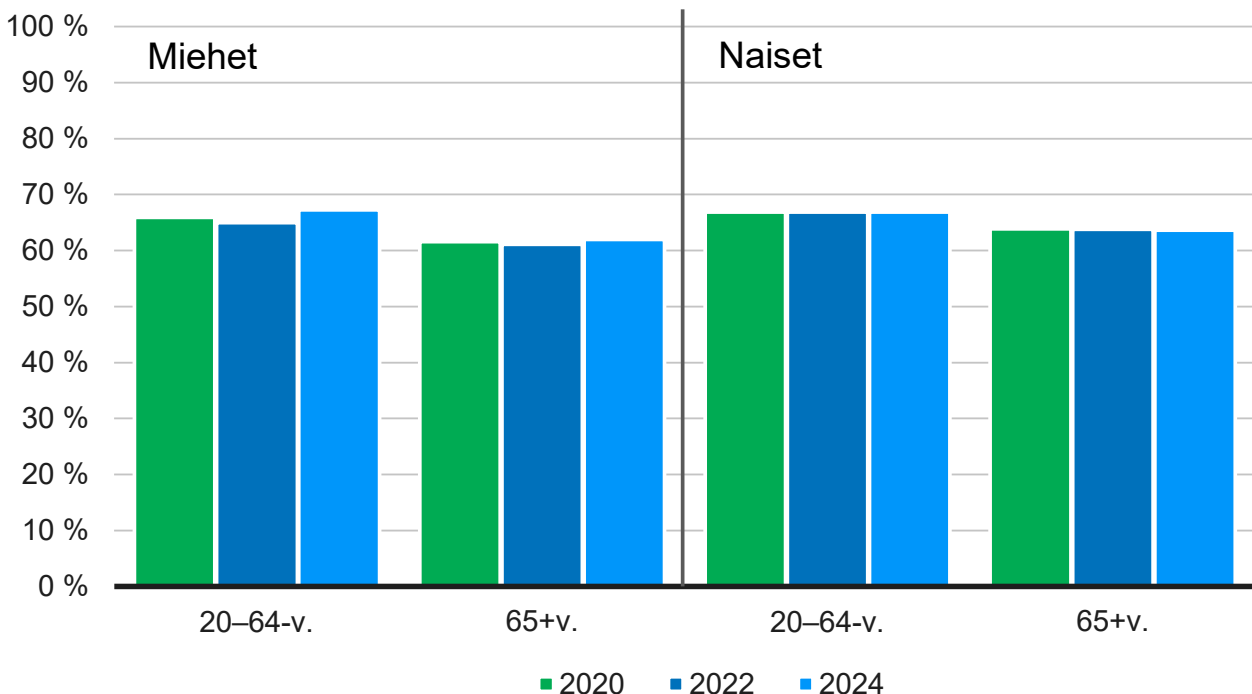
KUVIO 8. Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus, (%) tarvinneista. Lähde: THL, FinSote 2018–2020, Terve Suomi -tutkimus 2022 ja 2024.

2.1.2 Palveluiden laatu ja vaikuttavuus

Vuonna 2024 erikoissairaanhoidon päivystyskäynnit vähenivät vuoteen 2023 verrattuna. Kiireellisen hoidon kokonaiskysyntä kuitenkin kasvoi, sillä perusterveydenhuollon päivystyskäynnit lisääntyivät edelleen. Avohoidon keinoin vältettävissä olevien, päivystyksellisesti alkaneiden erikoissairaanhoidon

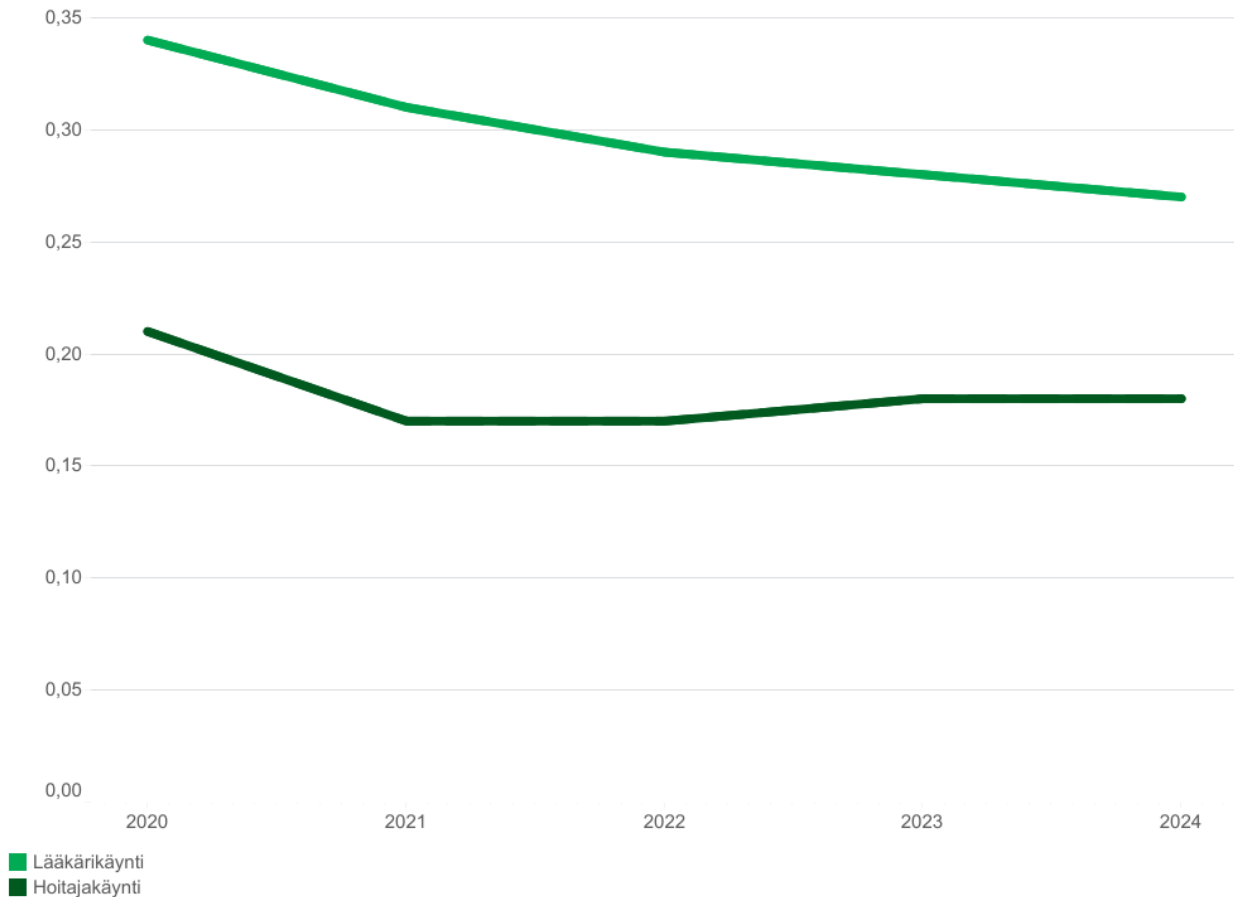
vuodeosastohoitojaksojen ilmaantuvuus on vähentynyt jo usean vuoden ajan. Samanaikaisesti somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon potilaiden määrä sekä väestöön suhteutetut osastojaksot jatkoivat vuonna 2024 laskuaan. Kehitys kertoo todennäköisesti polikliinisten toimintakäytäntöjen vahvistumisesta. 75 vuotta täyttäneiden päivystyskäynnit ovat kuitenkin jonkin verran lisääntyneet vuodesta 2022, mikä voi viitata puutteelliseen hoivan ja ikääntyneiden lääkäripalveluiden saatavuuteen.

Suomen terveydenhuolto toimii laadukkaasti hoidettavissa olevien kuolemien ehkäisyssä (71 per 100 000), mikä on EU:n keskiarvoa (90 per 100 000) parempi tulos. Suomessa on EU:n korkeimpia osallistumisasteita rinta-, kohdunkaula- ja suolistosyövän seulonnoissa, mikä myös näkyy kansainvälisesti verrattuna hyvinä hoitotuloksina. Astman, keuhkohtaumataudin ja diabeteksen vuoksi sairaalahoitoon joutuneiden ihmisten hoitajakset ovat EU-keskiarvon alapuolella, mikä viittaa kohtuullisen hyvään perusterveydenhuollon laatuun näiden sairauksien hoidossa. Terveyspalveluiden asiakastyytyväisyys on pysynyt hyvällä tasolla. Kun ihmiset pääsevät hoidon piiriin, he ovat siis pääosin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin.



KUVIO 9. Myönteinen asiakaskokemus viimeksi käytetyssä terveyspalvelussa (%), työikäiset ja 65 vuotta täyttäneet miehet ja naiset 2020, 2022, 2024. Lähde: THL, Terve Suomi - tutkimus.

Palveluiden jatkuvuuden osalta tilanne oli heikko jo ennen hyvinvointialueuudistusta ja viimeisten vuosien aikana hoidon jatkuvuutta kuvaava COCI-indeksi on jatkanut laskua etenkin lääkärikäyntien osalta. Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuden kehittämistä on edistetty alueilla erilaisten omalääkäri- ja omatiimi mallien kautta.



KUVIO 10. Monisairaiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairanhoidossa 2020–2024, lääkärikäynnit ja hoitajakäynnit.

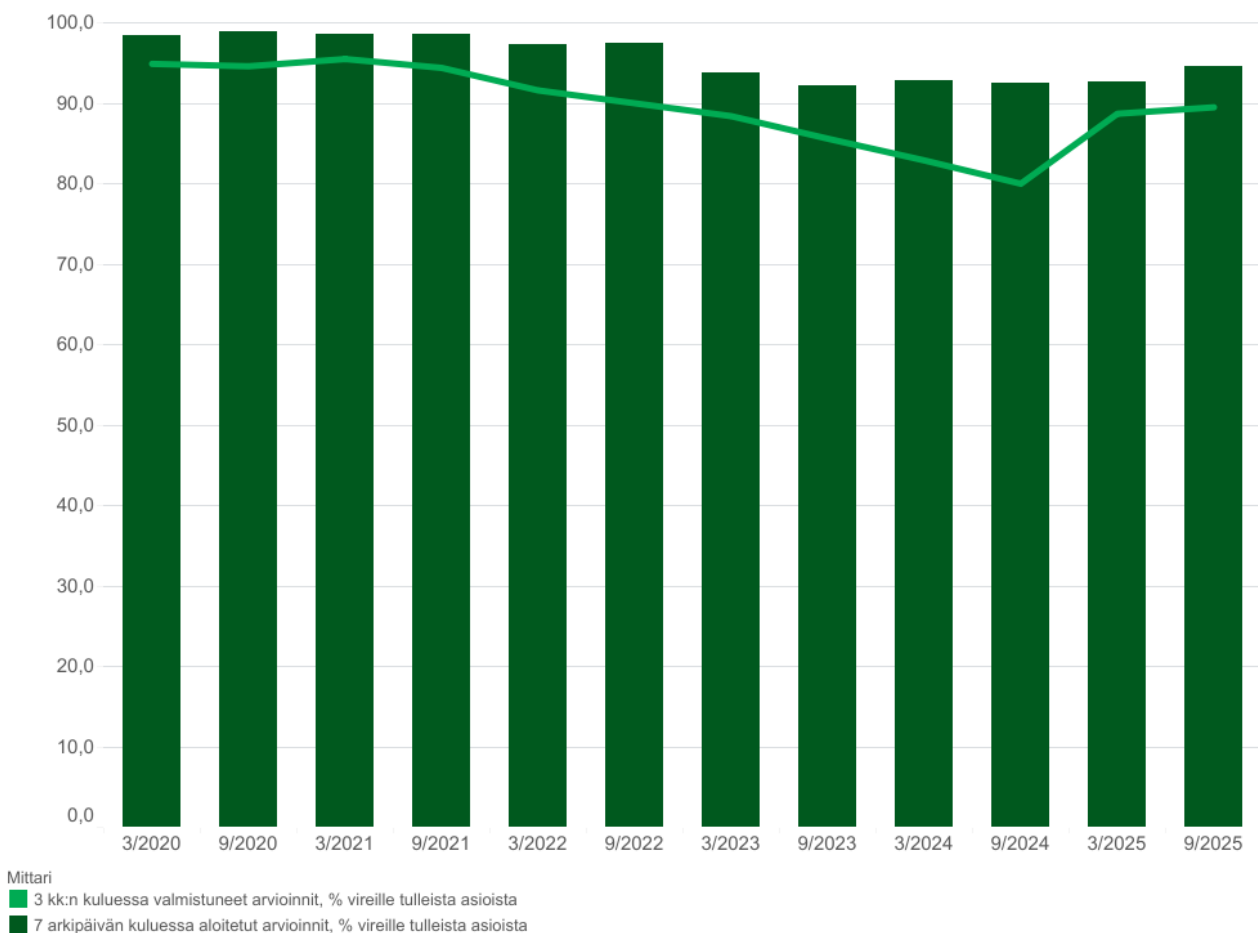
2.2 Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Henkilöstöpula on vaikeuttanut palvelujen toteuttamista monilla alueilla, mikä on jättänyt lapsia, nuoria ja perheitä palvelujen ulkopuolelle tai ohjannut heitä epätarkoituksenmukaisesti muihin palveluihin.

Lastensuojeluilmoitusten määrä on vuonna 2025 edelleen kasvanut, mutta entistä harvempi ilmoitus on johtanut lastensuojelun asiakkuuteen. Tämä voi viitata

asiakkuuden kriteerien tiukentumiseen tai siihen, että perheiden tuen tarpeeseen vastataan yhä useammin peruspalveluissa. Lastensuojelun sijoituksia ei ole kuitenkaan onnistuttu vähentämään, mikä voi olla seurausta avohuollon tuen riittämättömyydestä. Sosiaalihuollon lapsiperhepalveluissa on selkeä tarve vahvistaa varhaisen tuen palveluja.

Vuoden 2025 aikana lastensuojelun asiakasmitoitus on toteutunut hyvinvointialueilla yhä paremmin. Positiivisesta kehityksestä huolimatta laissa määritelty enimmäisasiakasmäärä ylittyy valtaosalla hyvinvointialueista. Lokakuussa 2025 koko maassa 90 prosenttia palvelutarpeen arvioinneista valmistui alle kolmessa kuukaudessa (80 % lokakuussa 2024).



KUVIO 11. Lastensuojelun palvelutarpeen arviointien toteutuminen lakisääteisissä määrärajoissa 3/2020–9/2025, %.

Opiskeluhoitopalveluissa pula lääkäreistä ja psykologeista on vaikeuttanut palvelujen toteuttamista monilla alueilla, ja palveluja on tarjolla epätasaisesti myös

hyvinvointialueiden sisällä. Opiskeluhoitopalvelujen rooli mielenterveyden hoidossa korostuu erityisesti alueilla, joilla perustason mielenterveyden hoito on riittämätöntä. Perustason mielenterveyden hoito ei ole kaikilla alueilla riittävän vahvaa, mikä vaikeuttaa hoitoketjujen sujuvuutta ja johtaa epätarkoituksenmukaiseen erikoissairaanhoidon käyttöön sekä suuriin kustannuksiin.

2.3 Työikäisten palvelut

Työssäkävystä noin 90 prosenttia saa osan perustason palveluistaan osana työnantajan järjestämistä olevia työterveyshuoltopalveluita. Palveluiden laajuus vaihtelee työnantajittain ja työterveyshuoltona toteutetut palvelut eivät yleensä kata kaikkia asiakkaan palvelutarpeen mukaisia sosiaali- ja terveyspalveluita. Tämä voi johtaa hoito- ja palvelukokonaisuuksien sirpaloitumiseen ja myös päällekkäiseen palveluiden käyttöön (ks. Monikanavaisuuden vaikutus sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään).

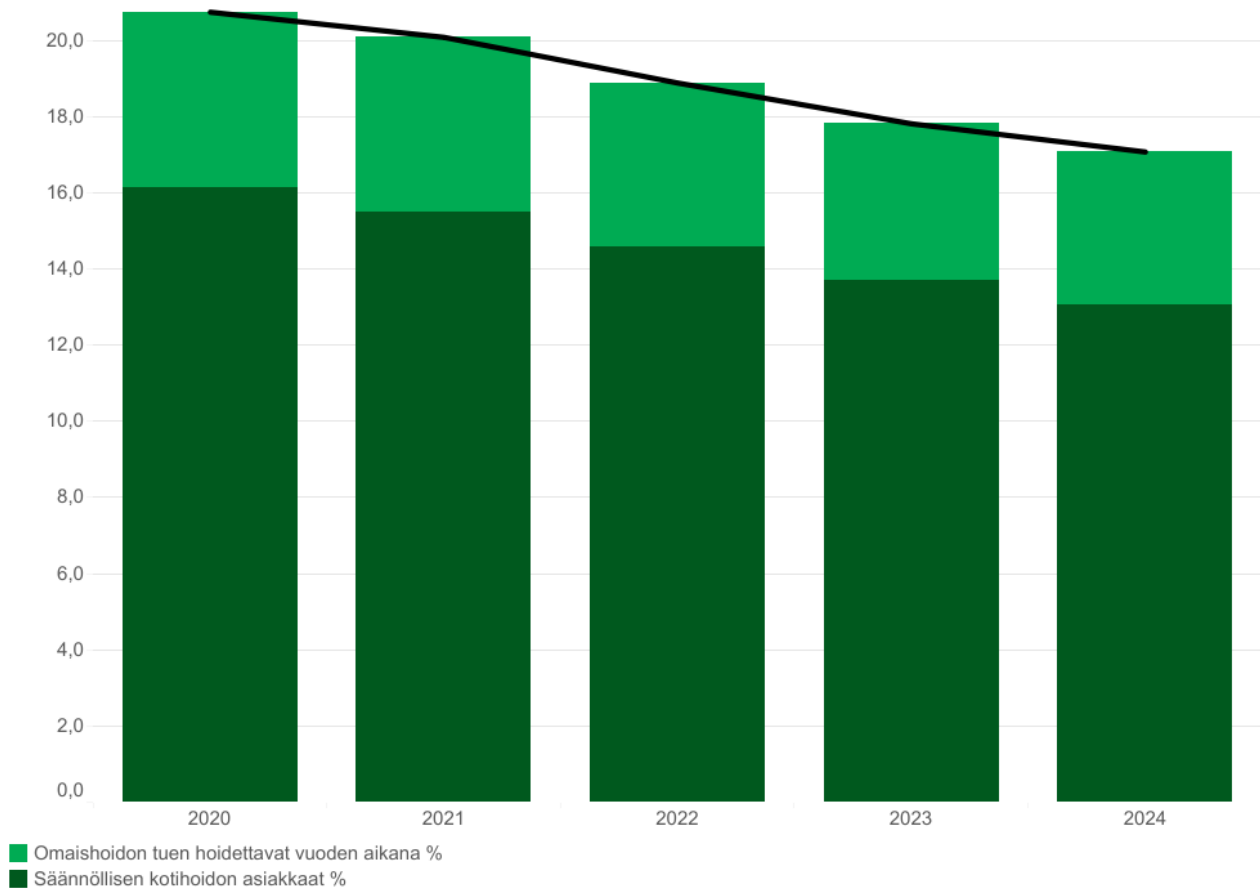
Hyvinvointialueuudistuksen ensimmäisinä vuosina aikuissosiaalityön osalta näytti siltä, että palveluiden saatavuus on heikentynyt. Lisäksi sosiaaliturvaan tehdyt leikkaukset ovat vaikeuttaneet aikuissosiaalityön asiakkaiden tilannetta. Näillä kehityskuluilla on todennäköisesti heijastevaikutuksia laajemmin palvelujärjestelmään, esimerkiksi lasten ja perheiden palveluiden kuormitukseen.

Työttömyyden kasvu ja väestön hyvinvoinnin osittainen heikkeneminen ovat lisänneet työikäisten sosiaalipalvelujen tarvetta ja kysyntää. Työikäisten sosiaalipalvelujen asukaskohtaiset kustannukset olivat vuonna 2024 suurimmat Helsingissä sekä Vantaalla ja Keravalla, joissa toimeentulotukea saavien osuus väestöstä on maan suurimpia. Useilla alueilla työikäisten sosiaalipalvelujen kehittämisen painopisteenä on palvelujen integroiminen tiiviimmin osaksi sote-keskusten kokonaisuutta.

2.4 Ikääntyneiden palvelut

Valtakunnallisesti tarkasteltuna suuret alueelliset erot palvelurakenteissa heikentävät ikääntyneiden yhdenvertaisuutta. Iäkkäiden palveluissa palvelurakenteen uudistaminen on käynnissä, mutta muutokset etenevät hitaasti. Iäkkäiden sosiaalihuollon palvelujen, kuten kotihoidon, peittävyys on laskenut, vaikka ikääntyneiden määrä kasvaa.

Kotihoito on volyymiltään suurin iäkkäiden käyttämä sosiaalipalvelu. Koko maan tasolla kotihoidon peittävyys 75 vuotta täyttäneessä väestössä on viime vuosina laskenut (kuvio 11) ja julkisesti järjestetyn kotihoidon käyntimäärät ovat vähentyneet. Kotihoidossa suunnitellut tunnit toteutuvat myös heikosti. Kotihoidon peittävydessä on suuria eroja hyvinvointialueiden välillä. Suuret erot selittyvät ennen muuta iäkkäiden palvelujen saatavuuden eroilla maan eri alueilla. Iäkstä hoitavan omaishoidon tuen saajien määrä on vakiintunut ja se ei ole kasvanut samaa tahtia väestön ikääntyessä. Eläkeikäisten omaishoito nojaa iäkkäisiin puolisoahoitajiin. Uusien palvelujen, kuten kiertävien perhehoitajien, käyttö on edelleen marginaalista, vaikkakin hieman kasvanut.



KUVIO 12. Iäkkäiden omaishoidon ja kotihoidon peittävyys 75-vuotta täyttäneillä 2020–2024. Lähde: THL.

Ympäri vuorokautisen hoivan peittävyys pysyi vuonna 2024 edellisvuosien tasolla, ja asiakasmäärä kasvoi. Integraatio ikääntyneiden palvelujen ja terveyspalvelujen

välillä on tiivistynyt. Iäkkäiden laitoshoidon käyttö on kansallisten tavoitteiden mukaisesti vähentynyt. Palveluiden piiriin päästessään ikääntyneet ovat kuitenkin usein huonokuntoisempia kuin aiemmin, mikä viittaa ympärivuorokautiseen hoivaan pääsyn kriteerien tiukentumiseen.

75 vuotta täyttäneiden päivystyskäynneissä on havaittavissa hienoista kasvua vuodesta 2022. Päivystyskäyntien¹ kasvu voi kertoa siitä, että ikääntyneiden palveluketjut eivät välttämättä toimi tarkoituksenmukaisesti. Palveluketjun alkuvaiheen palvelut ovat mahdollisesti vahvistuneet hitaammin kuin ympärivuorokautisen palveluasumisen vähentäminen edellyttäisi. Päivystyskäyntien kasvu voi myös viitata siihen, että kotona asutaan myös silloin, kun kotihoidon tuottama tuki ei enää riitä. Viiveet ympärivuorokautiseen palveluasumiseen pääsystä ovat lisänneet ostopalvelujen käyttöä ja osaltaan hidastaneet palvelurakenteen uudistumista.

Hyvinvointialueiden aloittaessa vuonna 2023 ikääntyneiden palveluiden laatu arvioitiin valtakunnallisesti kohtuullisen hyväksi. Tätä tukivat asiakkailta saatu hyvä palaute sekä hoidon laatua kuvaavien indikaattoreiden vakaa taso. Vuoden 2024 ”Kerro palvelustasi” -kyselyn mukaan yleinen asiakastyytyväisyys on säilynyt hyvänä, mutta kotihoidon asiakkaiden kokemukset ovat heikentyneet useilla osaluilla. Kotihoidon asiakkaat kokevat aiempaa enemmän puutteita avun saannin riittävydessä, omien toiveiden huomioimisessa, turvallisuuden tunteessa, ulkoilumahdollisuuksissa sekä ruoka- ja ateriapalveluissa.

2.5 Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut

Psykiatrian erikoisan kiireetöntä hoitoa odottaneista 12 prosenttia oli odottanut yli kuusi kuukautta marraskuussa 2025. Tammikuussa 2026 alle viisi prosenttia odotti yli kuusi kuukautta. Hoitoon pääsy on selvästi parantunut vuodesta 2024. Alle 23-vuotiaiden psykiatrisen erikoisan kiireetöntä hoitoa yli kolme kuukautta, joka on lain asettama enimmäisodotusaika, odotti tammikuussa 2026 noin 11 prosenttia. Psykiatrian erikoislääkärien saatavuudessa on haasteita monilla alueilla.

¹ yhteenlaskettuna erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon

Kaikkien alueiden tavoitteena on vahvistaa mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalveluissa perustason palveluja sekä vähentää raskaampien palvelujen tarvetta. Palvelurakenteen keventäminen etenee kuitenkin eri tahtiin, ja muutokset palvelujen käytössä ja kustannuksissa ovat toistaiseksi olleet koko maan tasolla vähäisiä. Ostopalvelujen hintojen nousu on osin nostanut kustannustasoa, vaikka useilla alueilla riippuvuutta ostopalveluista on jo pystytty vähentämään ja omaa palvelutuotantoa vahvistamaan. Alueet pyrkivät vähentämään ympärivuorokautisen palveluasumisen osuutta ja vastaavasti lisäämään kevyempää asumispalvelua ja kotiin annettavia palveluja. Alueet pyrkivät myös vähentämään vuokrahenkilöstön käyttöä.

Ehkäisevät palvelut ovat monin paikoin riittämättömiä, esimerkiksi ehkäisevässä päihdetyössä. Perustason palveluja ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjuja on kehitetty aikaisemmin Tulevaisuuden sotekeskus -ohjelmassa, ja sen jälkeen kehittäminen on jatkunut Kestävän kehityksen ohjelmassa kaikilla hyvinvointialueilla. Osana tätä kehittämistyötä alueilla on rahoitettu mm. Terapiat etulinjaan -hanketoimintaa. Perustason palvelujen saatavuutta on vahvistettu myös digitaalisilla palveluilla.

2.6 Vammaispalvelut

Vammaisille henkilöille suunnattujen erityispalvelujen asiakasmäärä on kasvussa. Samaan aikaan joidenkin palveluiden kohdalla asiakasmäärät ovat kuitenkin laskeneet (esim. vammaispalvelulain mukainen liikkumisen tuki).

Pitkäaikaisen laitoshoidon purku on edennyt erityisesti henkilökohtaisen avun ja ympärivuorokautisen palveluasumisen vahvistuessa. Asumispalvelurakenteen keventäminen on kuitenkin kesken, ja sen etenemistä hidastavat muun muassa palveluverkon uudistamisen keskeneräisyys sekä puutteet palveluissa, joita tarvitsevat henkilöt, joilla on runsaasti avun, tuen ja jopa valvonnan tarvetta.

Vuoden 2025 alussa tuli voimaan uusi vammaispalvelulaki, joka sisältää 15 erilaista palvelua. Siirtymäajan 2025–2027 vanha vammaispalvelulaki on edelleen osittain voimassa, mikä tekee vammaispalvelujen palvelukokonaisuudesta moninaisen. Osa uuden lain mukaisista palveluista on täysin uusia, mikä vaatii hyvinvointialueilta toiminnan kehittämistä lainsäädännön toimeenpanemiseksi sekä palvelujen toteuttamisessa että palvelutarpeen arvioinnissa ja päätöksenteossa. Uuden

lainsäädännön toimeenpanossa korostuu vammaispalvelujen yhteistyö ensisijaisten sosiaalihuoltolain perusteella myönnettävien palvelujen kanssa sekä muilla yhdyspinnoilla.

2.7 Hyvinvointialueiden yhdyspintatyön tila

Hyvinvointialueiden ja kuntien välinen yhdyspintatyö on sote-uudistuksen jälkeen edelleen vakiintumattomassa tilassa. Taloudelliset säästöpainet ovat osin rapauttaneet aiemmin toimivia yhteistyörakenteita. Vaikka hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (HYTE) on kummankin toimijan yhteinen lakisääteinen tehtävä, käytännön yhteistyörakenteet, työnjako ja resursointi vaihtelevat merkittävästi eri puolilla Suomea. Yhteistyö näyttää jatkuneen sujuvammin alueilla, joilla oli jo aiemmin jokin yhteinen, alueellinen järjestelmä (esim. sairaanhoitopiiri). Alueilla, jotka lähtivät toimimaan täysin kuntapohjaisesti, yhtenäisen toimintakulttuurin luominen on yhä kesken. Tämä havainto koskee sekä HYTE-toimintaa, että esimerkiksi yhteistyötä työllisyyspalveluiden kanssa.

Eri toimijoiden välisissä rooleissa ja työnjaossa näyttää olevan edelleen selkeyttämisen tarvetta. Vain noin kolmasosa kunnista pitää työnjakoa kunnan ja hyvinvointialueen välillä selkeänä. Lisäksi vain kolmasosa kunnista katsoo, että vastuuhenkilöt on määritelty selkeästi hyvinvointialueilla. Monialaisten yhteistyöverkostojen määrä vaihtelee alueittain huomattavasti (2–9 verkostoa), ja kunnille tarjottava asiantuntijatuki on epäyhtenäistä. Hyvinvointialueiden edustus kuntien hyvinvointisuunnitelmien laadinnassa on esimerkiksi toistaiseksi rajallista. Terveydenhuollon edustaja on osallistunut suunnitteluun vain joka kolmannessa ja sosiaalihuollon edustaja alle kolmasosassa kunnista. Pelastustoimen edustaja on osallistunut suunnitteluun alle kymmenessä prosentissa kuntia.

Myös yhteistyö järjestöjen kanssa vaihtelee maan eri osissa. Vaikka 70 %:lla järjestöistä on yhteistyörakenteet hyvinvointialueen kanssa, vain 21 % kokee, että kunnilla ja hyvinvointialueilla on yhdenmukaiset periaatteet järjestötoiminnan avustamisesta. Perhekeskusten avoimet kohtaamispaikat toimivat kuitenkin hyvinä esimerkkeinä yhdyspinnasta, jossa kuntien, alueiden ja järjestöjen palvelut nivoutuvat yhteen.

Asiakasohjauksessa näyttäisi olevan jossain määrin haasteita eri hallinnonalojen välillä. Vain 20 % sote-johdon ja sosiaalityöntekijöiden edustajista arvioi, että asiakkaiden ohjaaminen eri hallinnonalojen välillä toteutuu hyvin. Eniten haasteita näyttäisi liittyvän työkyvyn tuen ja työllisyyden edistämisen alueilla tehtävään yhteistyöhön. Tilannetta ovat voineet haastaa muutokset työllisyyspalveluiden

kentällä, jossa laki työllistymisen monialaisesta edistämisestä (TYM) (381/2023) astui voimaan vuonna 2025. Laki velvoittaa uudet kunnalliset työvoimaviranomaiset, hyvinvointialueet ja Kelan yhteistyöhön. Hyvinvointialueilla ei ole kuitenkaan juuri taloudellisia kannustimia järjestää työllisyyttä tukevia palveluja, mikä luo riskin niiden jäämisestä vähälle huomiolle taloudellisesti haastavina aikoina. Hyvinvointialueiden ensimmäisinä vuosina noin puolella alueista toimi työkyvyn tuen tiimi, jonka tarkoituksena on tarjota palveluita työllistymisen tueksi. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole olemassa päivitettyä tietoa siitä, miten tiimien toiminta on juurtunut alueiden toimintaan.

3 Monikanavaisuuden vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään

Ydinviestit

- Rahoituksen monikanavaisuuden keskeinen haaste perustason terveydenhuollossa on se, että rahoituksen kohdentaminen palveluihin tapahtuu usean erillisjärjestelmän kautta epäyhtenäisin periaattein.
- Monikanavainen rahoitusjärjestelmä todennäköisesti tuottaa ja ylläpitää rakenteellista eriarvoisuutta terveydenhuollon saatavuudessa ja käytössä. Eri väestöryhmillä on erilaiset mahdollisuudet päästä palveluiden piiriin, johtuen muun muassa rahoituksen kohdentamisen erilaisista periaatteista.
- Väestön perustason palvelujen käyttö on jakautunut eri osajärjestelmiin siten, että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset käyttävät enemmän yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja, kun taas julkinen sektori kantaa päävastuun haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten hoidosta.
- Väestö käyttää rinnakkain ja päällekkäin eri sektoreiden palveluja mikä voi johtaa tehottomaan ja vaikuttamattomaan resurssien kohdentamiseen väestötasolla.

3.1 Perustason avosairaanhoidon monikanavaisuus

Suomen perustason avosairaanhoidon rahoitus ja tuotanto ovat historiallisesti rakentuneet neljän rinnakkaisen sektorin varaan: hyvinvointialueiden julkinen perusterveydenhuolto, työnantajien järjestämä työterveyshuolto ja siihen liittyvät avosairaanhoidon palvelut, yksityiset palvelut, joita rahoitetaan osin Kela-korvauksin sekä opiskeluterveydenhuolto. Seuraavassa käsitellään lähinnä näitä. Monikanavaisuuden kokonaisuuteen liittyvät kuitenkin myös esimerkiksi lääkkeet, matkakorvaukset ja erilaiset kuntoutuksen palvelut. Näitä ei käsitellä tässä muistiossa.

Monikanavaisen avosairaanhoidon rahoituksen ja rakenteen haasteita on nostettu esiin useissa tutkimus- ja selvitysraporteissa². On kuitenkin tärkeää huomata, että ongelma ei ole rahoituksen kerääminen useasta lähteestä (ns. *revenue raising*) vaan se, että rahoituksen *kohdentaminen* terveydenhuoltojärjestelmän tapahtuu usean erillisjärjestelmän kautta epäyhtenäisin periaattein. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutukset palvelujärjestelmän toimintaan ovat todennäköisesti moninaisia, mutta niitä on vaikea yksiselitteisesti suoraan todentaa järjestelmän systeemisen luonteen vuoksi.

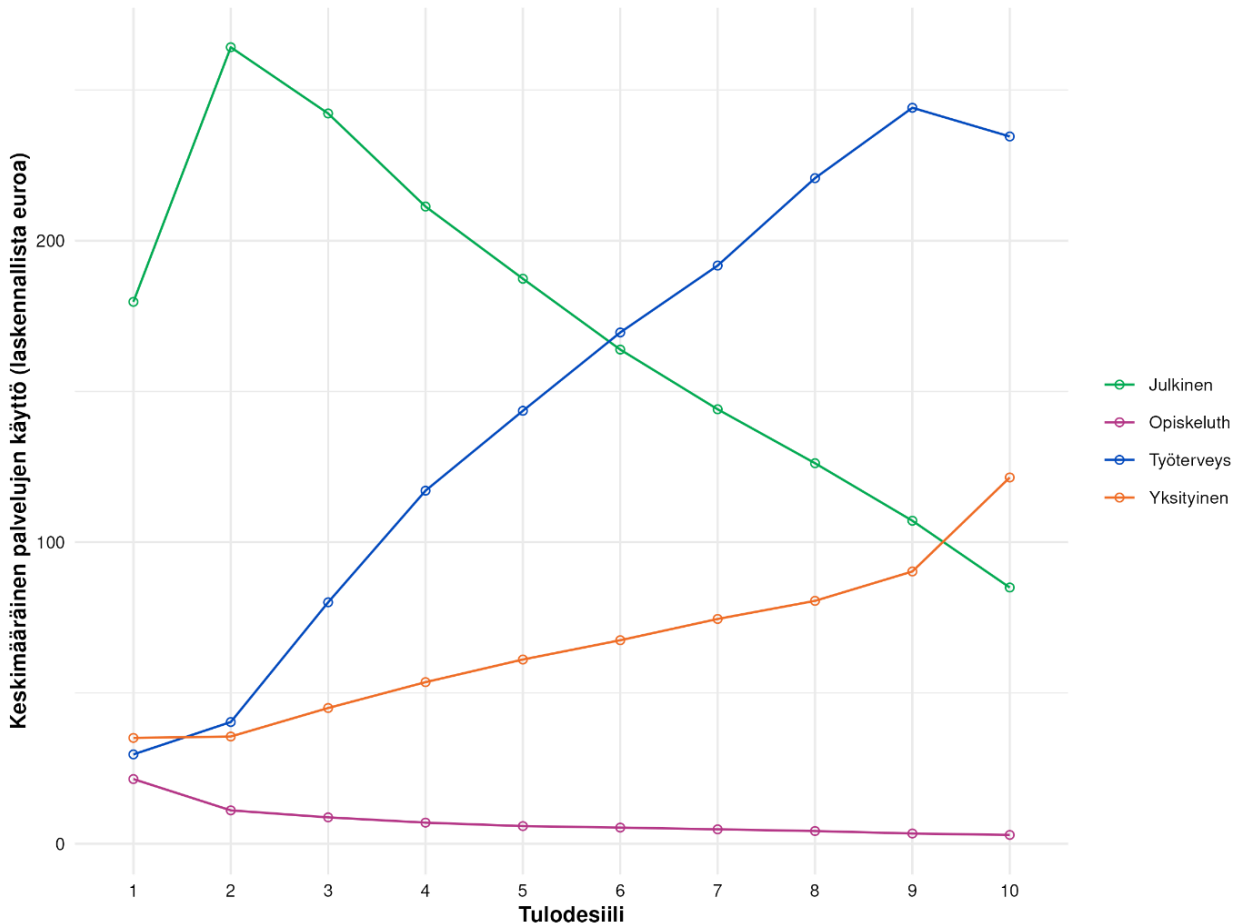
Monikanavainen rahoitusjärjestelmä tuottaa ja ylläpitää todennäköisesti rakenteellista eriarvoisuutta palvelujärjestelmässä. Tutkimusnäyttö osoittaa johdonmukaisesti, että palvelujen käytössä ja hoidon lopputuloksissa on merkittäviä sosioekonomisia eroja. Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat hyödyntävät muita useammin yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja, ja heidän palvelujen käyttö on suurempaa suhteessa hoidon tarpeeseen. Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä painottuu julkisten palvelujen käyttö, mutta kokonaiskäyttö jää vähäisemmäksi suhteessa arvioituun palvelutarpeeseen. Myös 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeilun alustavien tulosten³ mukaan nuoremmat ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat 65 vuotta täyttäneet ovat käyttäneet kokeilukäyntejä, kun taas korkeampi ikä vähentää todennäköisyyttä asioida valinnanvapauskokeilun piirissä.

Eriarvoisuus korostuu erityisesti perusterveydenhuollossa: paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt pääsevät vastaanotolle lähes välittömästi työterveyden ja yksityisten palveluiden kautta, siinä missä terveyskeskusten jonotusajat ovat venyneet melko pitkiksi. Tällä voi olla vaikutusta myös pääsyssä erikoissairaanhoidon, sillä lähetteet erikoissairaanhoidon kirjoitetaan perusterveydenhuollossa. Rahoitus- ja palvelukanavien eriytyminen ohjaa siis palvelujen käyttöä tavalla, joka vahvistaa olemassa olevia väestöryhmien välisiä eroja. Julkinen perusterveydenhuolto kantaa päävastuun kaikkein

² Keskimäki 1997, Pekurinen ym. 2011, THL 2012, Erhola ym. 2013, Seppälä & Pekurinen 2014, Koponen & Tynkkynen 2023, Tynkkynen ym. 2025; Lumme ym. 2025.

³³ [Valinnanvapauskokeilu lisäsi eläkeikäisten yksityislääkärikäyttöä kaikissa tuloryhmissä – eniten kokeilua käyttivät hyvätuloiset ja kaupunkilaiset | Ajankohtaista | Kela](#)

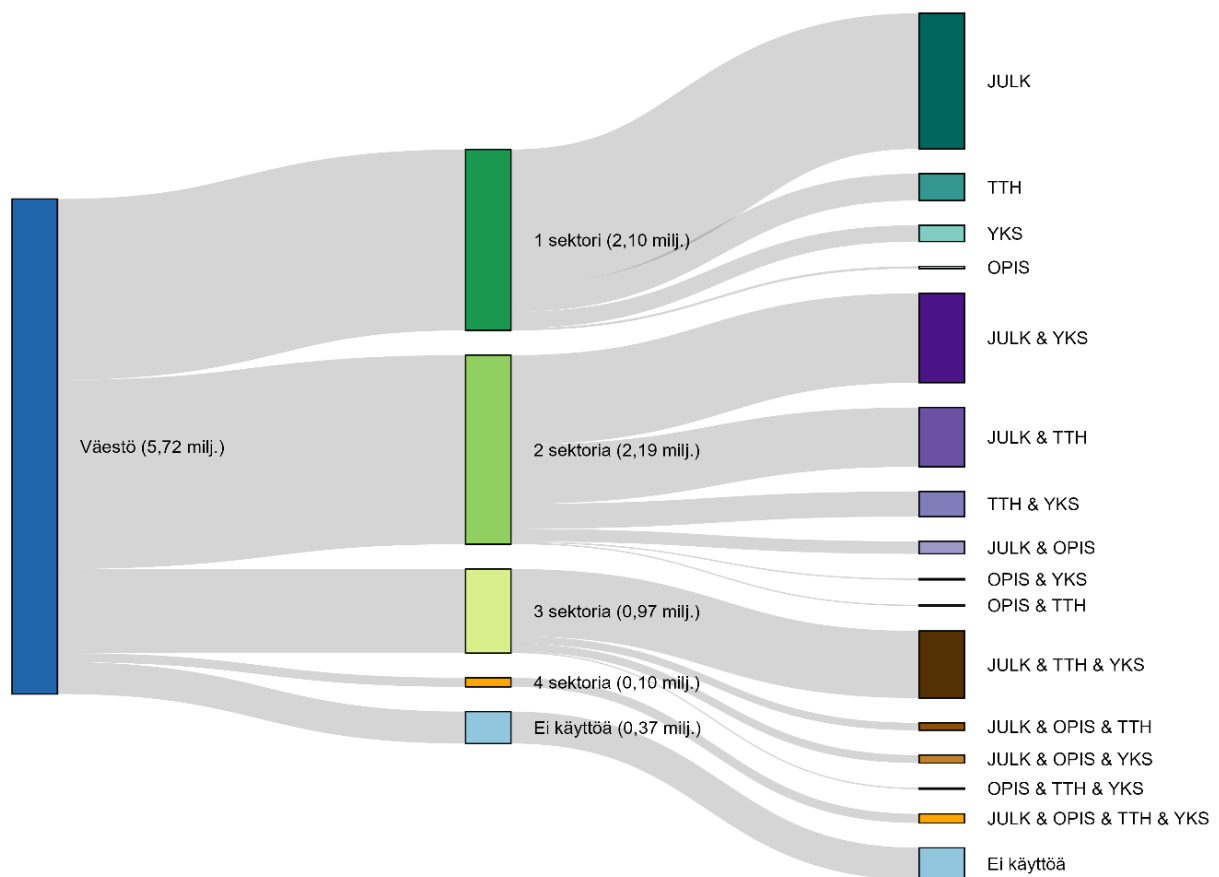
sairaimmista, iäkkäistä ja haavoittuvimmista väestöryhmistä, mutta sen mahdollisuudet vastata väestön palvelutarpeeseen ovat tällä hetkellä rajalliset, mikä heikentää palvelujen yhdenvertaisuutta. (Kuvio 12.)



KUVIO 13. Keskimääräinen palvelujen käyttö eri sektoreilla asuntokunnan käyttötulodesiileissä vuonna 2023. Lähde: Lumme ym. 2025.

Palvelujärjestelmän toimintalogiikka, sen hajanaisuus sekä eri sektorien rajalliset mahdollisuudet vastata ihmisten palvelutarpeisiin johtavat sektorien rinnakkaiseen käyttöön, joka on ilmiönä yleinen. Jopa 61 % perustason palveluja käyttäneistä käyttää rinnakkain usean sektorin palveluja (Kuvio 13). Tämä vaikeuttaa hoidon koordinaatiota ja voi johtaa palvelujen päällekkäiseen käyttöön eli resurssien tuhlaamiseen. Toisaalta myös työterveyshuollon kattavuudessa on merkittäviä eroja työnantajien välillä ja tästä syystä työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut eivät välttämättä kata kaikkien työssäkäyvien palvelutarpeita kokonaisvaltaisesti, mikä pakottaa asiakkaat hakemaan täydentävää hoitoa muualta, hajauttaen

hoitokokonaisuuksia. Samanlainen ilmiö liittyy myös esimerkiksi 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeiluun.



KUVIO 14. Kaikki Suomessa asuneet henkilöt jaoteltuna perustason avosairaanhoidon sektorin palvelujen käytön mukaan vuosina 2021–2023. Lähde: Lumme ym. 2025.

Yksityisiä palveluita rahoitetaan pääasiassa vakuutus pohjaisesti, mutta lähes kolmannes kustannuksista katetaan kotitalouksien maksuilla sekä muista julkisista varoista Kelan kautta. Työterveyshuollon rahoitus perustuu pääosin työnantajien maksuihin (lähes 60 %), mutta merkittävä osuus, hieman yli 40 %, tulee myös julkisista lähteistä Kelan ja valtion kautta. Resurssien kohdentuminen näyttäytyy näin epätarkoituksenmukaisena ja viittaa järjestelmän allokativiseen tehottomuuteen: resurssit eivät kohdennu vaikuttavasti väestön todellisen tarpeen mukaisesti.

Ammattilaisten välinen työnjako vaihtelee sektoreittain. Julkisessa perusterveydenhuollossa hoitajat tuottavat valtaosan suoritteista, kun taas yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa lääkärit tuottavat pääosan

hoitotapahtumista. Lisäksi on yleistä, että lääkärit työskentelevät samanaikaisesti usealla eri sektorilla. Tämä voi vaikeuttaa kokonaisvaltaista henkilöstösuunnittelua tilanteessa, jossa lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula ja avosairaanhoidon henkilöstötarpeen ennustetaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä. Nämä tekijät johtavat entistä kovempaan kilpailuun niukasta lääkäri työvoimasta, joka odotettavasti nostaa lääkäreiden palkkoja ja korvauksia, kasvattaen terveydenhuollon kustannuksia tulevaisuudessa⁴.

⁴ Vrt, esim. Talouspolitiikan arviointineuvosto 2024 [Economic Policy Council Report 2024 \(suomenkielinen käännös\)](#)

Tilannekuvan tietopohja

- Eronen ym. 2025. Sosiaalibarometri 2025. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/1970/01/SOSTE-Sosiaalibarometri-2025-06-16.pdf>
- Haveri ym. 2025. Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi. Valtioneuvoston julkaisuja 2025:109. [Hyvinvointialueuudistuksen väliarviointi](#)
- Kauppinen T ym. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatio hyvinvointialueilla 2024. THL Tutkimuksesta tiiviisti 42/2024. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-393-5>
- Kestilä, L & Karvonen, S (toim.) (2025): Ratkaisuja kestäväen yhteiskunnan rakentamiseen: Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2025. Raportti 1/2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-444-4>
- Knappe N ym. 2025. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2025. THL Päätöksenteon tueksi 40/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-600-4>
- Kuntaliitto. 2026. Kuntaliiton tilannekuvakysely kuntien ja hyvinvointialueiden yhdyspinnoista Tuloksia helmi-maaliskuussa 2026 toteutetusta kuntajohdon kyselystä: Miten kunnat kokevat yhteistyön hyvinvointialueiden kanssa? 8.4.2026. [Kuntajohdon tilannekuva yhdyspinnoista Kuntaliitonkysely2026.pdf](#)
- Lindell E ym. 2025. Kansallinen terveysindeksi 2021–2023. Tilastoraportti 26/2025. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025050637337>
- Lumme ym. 2025. Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/TrV_1_2025.pdf
- OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies. 2025. State of Health in the EU. Suomi. Maan terveysprofiili 2025. [soheu-2025-finland-native-language-final-web.pdf](#)
- Parikka S ym. 2025. Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024 : Luottamus terveys- ja sosiaalipalveluihin heikentynyt – asiakastyytyväisyys säilynyt korkealla tasolla. THL Tilastoraportti 31/2025. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025051241025>
- Pelkonen P ym. 2025. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2025: Voimassa oleva paikallinen turvallisuussuunnitelma olemassa puolella kunnista. THL Tilastoraportti 52/2025. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20251117108402>
- Peltosalmi ym. 2024. Järjestöbarometri 2024. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2024/10/JB-2024_01102024-1.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2026. Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteutumisesta 2025. Sosiaali- ja

terveysministeriön raportteja ja muistioita 2026:9.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7510-1>

- THL, Kouluterveyskysely: [Kouluterveyskyselyn tulokset - THL](#)
- THL, Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot -raportointi (SAO): [Seurannan, arvioinnin ja ohjauksen ydintiedot -raportointi \(SAO\) - THL](#)
- THL, Terve Suomi -tutkimus: [Terve Suomi -tutkimus - THL](#)
- THL, Terveyden tulevaisuuskuva: [Terveyden tulevaisuuskuva - THL](#)
- Tynkkynen L-K, ym. (toim.) 2025. Tilannekuvia hyvinvoin tialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina. THL Raportti 3/2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-459-8>