

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos
Sosiaali- ja terveysministeriö

Viite: viranomaisohjaus 5.3.2026, VN/7718/2026-STM-1

Lupa- ja valvontaviraston järjestämislain 30 §:n 2 momentin mukainen selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta toteutumisesta vuonna 2025

Valtakunnallinen selvitys/ yhteenveto

Johtopäätöksiä valvontahavainnoista saadusta kokonaiskuvasta

Valtakunnallisesti toistuva havainto kaikissa tarkastelluissa palvelukokonaisuuksissa on, että palveluihin pääsy ei toteudu yhdenvertaisesti eikä aina lakisääteisissä määrärajoissa. Viiveitä esiintyy sekä palvelutarpeen arvioinneissa että varsinaisessa palveluun pääsyssä.

Viiveet heikentävät asiakkaiden oikeusturvaa, lisäävät raskaampien ja kalliimpien palvelujen tarvetta sekä kasvattavat kriisiytyneiden tilanteiden määrää. Pitkittyessään tämä johtaa järjestelmän kuormittumiseen ja kustannuspaineisiin.

Palveluketjut ovat monin paikoin katkonaisia ja sektorirajaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö ei ole vakiintunut käytännöksi, eikä yhteinen asiakas- tai hoitosuunnitelma ole systemaattisesti käytössä.

Erityisesti lapset ja nuoret (mielenterveys ja päihteet) putoavat palvelujen väliin, vaativaa tukea tarvitsevien vammaisten palvelukokonaisuudet jäävät epäselviksi ja iäkkäiden asiakkaiden hoiva, kotihoito ja asumispalvelut eivät aina muodosta toimivaa kokonaisuutta.

Ilman selkeitä vastuita ja koordinaatiota asiakkaiden tarpeet eivät tule kokonaisvaltaisesti arvioiduiksi, voi johtaa väärin kohdentuneisiin palveluihin ja asiakasturvallisuuden heikentymiseen.

Omavalvonta näyttäytyy aineistossa vaihtelevana, osin muodollisena ja reaktiivisena. Toistuvia ongelmia ovat puutteellinen seuranta ja dokumentointi, epäkohtiin puuttumisen viivästyminen ja korjaavien toimenpiteiden sekä asetettujen määräaikojen puuttuminen.

Monilla alueilla omavalvonta kohdistuu pääasiassa yksityisiin palveluntuottajiin, kun taas oman palvelutuotannon valvonta jää kevyemmäksi.

Heikko omavalvonta mahdollistaa epäkohtien pitkittymisen, vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä altistaa hyvinvointialueen laajempiin valvontatoimiin.

Kokonaisuutena valvontahavainnot osoittavat, että suurimmat valtakunnalliset riskit eivät liity yksittäisiin virheisiin vaan rakenteellisiin ja systemaattisiin puutteisiin: palvelujen ennakoivuuden heikkous, resurssien ja tarpeen epäsuhta, omavalvonnan riittämätön vaikuttavuus ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason heikko integraatio.

Hyvinvointialueiden toiminnassa ja toimintaympäristössä sekä omavalvonnan toteuttamisessa on alueellisia eroja, jotka rajoittavat mahdollisuuksia tehdä valtakunnallisia yleistyksiä tai johtopäätöksiä. Edellä todetut havainnot ovat kuitenkin sellaisia, jotka toistuvat useammalla hyvinvointialueella.

Hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistäminen

Järjestämisen haasteita on ollut kuntien kanssa tehtävässä yhteistyössä, erityisesti mielenterveyden edistämisessä sekä hyvinvointikertomusten ja suunnitelmien laadinnassa.

Omavalvonnan riittämättömyys: kaikilta osin ei huomioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta. Omavalvontaohjelmissa on ollut puutteita korvaavien toimenpiteiden kuvaamisessa.

Henkilöstöresurssien riittämättömyys: on ilmennyt huolta lakisääteisten tehtävien hoitamisesta. Hidastanut yhteistyötä organisaation sisällä sekä eri toimijoiden välillä.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut (pl. psykiatrinen esh)

Oppilas- ja opiskeluhuollon järjestämisen puutteet: terveystarkastusten yhdenvertaisessa ja oikea-aikaisessa järjestämisessä on ollut puutteita. Erityisesti puutteet ovat kohdistuneet laajojen terveystarkastusten toteuttamiseen ja lääkäriresurssien riittämättömyyteen. Lääkäriresurssien saatavuudessa on ollut eroja alueiden sisällä. Oppilas- ja opiskeluhuollon psykologien määrä on ollut riittämätön, ja saatavuudessa on ollut eroja alueiden sisällä.

Omavalvonnassa on ollut vaihtelua. Havaittuihin puutteisiin on osittain reagoitu tarpeenmukaisella tavalla.

Henkilöstöresurssin riittämättömyyttä on ollut lapsiperheiden sosiaalityössä ja lastensuojelussa. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden lakisääteiset asiakasmäärät ovat ylittyneet eikä omatyöntekijää ole aina nimetty. Resurssivajeen lisäksi erityisesti lastensuojelun sosiaalityössä on ilmennyt osaamisvajetta.

Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät puutteet: Päätöksiä on jätetty tekemättä, tiedoksiannot ovat olleet puutteellisia ja lapsen kuulemista ei ole aina toteutettu lain edellyttämällä tavalla. Rajoitustoimenpiteitä ei ole aina selkeästi erotettu kasvatuksellisista käytännöistä, ja niitä on käytetty rangaistusluonteisesti.

Palvelutarpeen arviointien ja lastensuojeluilmoitusten käsittely: lakisääteiset käsittelyajat ovat ylittyneet.

Asiakassuunnitelmien laatiminen ja asiakastietojen kirjaaminen on viivästynyt ja sisällössä on ollut puutteita.

Lastenneuvolan määräaikaistarkastusten puutteet: yhdenvertaisessa järjestämisessä on ollut puutteita. Palvelun toteutuminen on ollut riippuvaista lääkäriresurssin saatavuudesta, ja eroja palvelun saatavuudesta on ollut alueiden sisällä.

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittämättömyys, erityisesti päihdepalvelujen saatavuudessa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden välisessä yhteistyössä on ollut edelleen kehitettävää. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakas- tai hoitosuunnitelma ei ole vakiintunut käytäntö yhdelläkään hyvinvointialueella.

Sosiaalihuollon toimintaohjeet eivät ole olleet kaikilta osin selkeät, muun muassa lastensuojelun toimijoiden rooleihin ja päätöksentekoon liittyen.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Toimeentulotuen käsittelyaikojen viiveet: yksilön oikeusturva ei ole kaikilta osin toteutunut täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen hakemusten käsittelyssä.

Palvelujen myöntämisessä ja päätöksenteossa on ollut haasteita.

Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuuspalvelut

Hoitoon pääsyn viiveet ja hoitoketjujen katkeaminen, erityisesti lasten ja nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Lakisääteiset määräajat eivät ole kaikkialla toteutuneet.

Palvelurakenteiden sirpaleisuus: matalan kynnyksen palvelujen puute ja heikot väliporaat johtavat siihen, että asiakkaat ohjautuvat suoraan erikoissairaanhoidon tai jäävät kokonaan palvelujen ulkopuolelle.

Omavalvonnan puutteet: tarkastuksista ei ole aina seurannut selkeitä korjausvaatimuksia eikä vakaviin asiakasturvallisuusriskeihin ole riittävästi puututtu.

Henkilöstöpula, etenkin psykiatrien ja psykologien osalta, kuormittaa sekä perus- että erikoistasoa ja hidastaa arviointeja (mm. ADHD- ja muut neuropsykiatriset tutkimukset).

Itsemääräämisoikeuden rajoituksiin liittyvät puutteet, erityisesti rajoitustoimenpiteiden perusteluissa, päätöksenteossa ja kirjaamisessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittaminen on ollut puutteellista: yhteinen asiakas- tai hoitosuunnitelma ei ole vakiintunut käytäntö, ja vastuunjako jää epäselväksi.

Yhteisöllisen asumisen ongelmat: palvelut perustuvat pitkälti yksityiseen tuotantoon, toimintamallit vastaavat osin vanhaa palveluasumista, ja tilaratkaisuissa, sosiaalisessa toiminnassa sekä itsemääräämisoikeuden toteutumisessa on puutteita.

Ennaltaehkäisevän ja varhaisen tuen heikkous kasvattaa erikoissairaanhoidon kuormaa, nuorten syrjäytymis- ja leimautumisriski kasvaa ja rajoitustoimien virheellinen käyttö altistaa sekä asiakas- että oikeusturvariskeille.

Vammaisten henkilöiden palvelut

Päätöksenteon viiveet ja hallintomenettelyn puutteet: hakemuksia ei ole käsitelty lakisääteisissä määräajoissa, päätösten perustelut ja muutoksenhakuohjeet ovat olleet puutteellisia.

Palvelutarpeen arvioinnin laatuongelmat, erityisesti vaativinta tukea tarvitsevien asiakkaiden kohdalla; palvelut eivät ole aina vastanneet yksilöllistä tarvetta.

Omavalvonta painottuu yksityisiin palveluntuottajiin, eikä julkista omaa tuotantoa ole valvottu riittävästi tai järjestelmällisesti.

Henkilöstö- ja asiantuntijaresurssien niukkuus (mm. lääkärit, puheterapeutit, vaativan tuen asiantuntijat), mikä on viivästyttänyt päätöksiä ja heikentänyt rajoitustoimenpiteiden lainmukaista valmistelua.

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ilman asianmukaisia päätöksiä sekä puutteet rajoitustoimenpiteiden dokumentoinnissa ja jälkiselvittelyssä.

Yhteisöllinen asuminen korostuneen yksityistämisen varassa: omaa tuotantoa on ollut vähän tai ei lainkaan, odotusaikoja ei ole systemaattisesti seurattu ja toimitiloissa on ollut laatuvaihtelua.

Kuljetuspalvelujen ja liikkumisen tuen ongelmat, jotka heikentävät yhdenvertaisuutta erityisesti harvaan asutuilla alueilla.

Asiakkaiden perusoikeudet vaarantuvat, erityisesti vaativaa tukea tarvitsevien osalta, virheellinen tai viivästynyt päätöksenteko lisää muutoksenhakujen määrää ja hallinnollista kuormaa ja resurssipula heikentää lainmukaisten rajoitustoimenpiteiden toteuttamista.

lääkäiden sosiaalihuollon palvelut

Palvelutarpeen arviointien ja asiakassuunnitelmien viivästykset, mikä on heikentänyt asiakkaiden oikeusturvaa ja palvelujen kohdentumista.

Palveluihin pääsyn ja jonottamisen ongelmat, erityisesti ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja omaishoidon tuessa.

Oma valvonnan vaihteleva laatu: havaitut puutteet eivät aina johda konkreettisiin korjaustoimiin tai määräaikaisiin velvoitteisiin.

Henkilöstömitoitus ei aina vastaa asiakkaiden todellista palvelutarvetta; mitoitusta on paikoin alennettu kategorisesti vähimmäistasolle.

Itsemääräämisoikeuden rajoituksiin liittyvät käytännöt ovat osin lainvastaisia, etenkin rajoitusten kirjaamisen ja lääkäripäätösten osalta.

Kotihoidon toiminnanohjauksen ongelmat: käyntiajat, toteutuneet palvelutunnit ja vastuukysymykset ovat epäselviä, mikä on vaarantanut palvelujen jatkuvuuden.

Yhteisöllisen asumisen sisällölliset puutteet: asiakkaiden hoivantarve ei aina vastaa asumismuotoa, sosiaalista toimintaa on niukasti ja tilat eivät täytä nykyvaatimuksia.

Asiakasturvallisuus heikkenee (kaatumiset, lääkehoito, viivästynyt hoiva), henkilöstön kuormitus kasvaa ja veto- sekä pitovoima heikkenevät ja asiakkaiden oikeus valita palveluntuottaja ja saada palvelut ajallaan ei toteudu.

Perusterveydenhuollon avo- ja vuodeosastohoito sekä suun terveydenhuolto

Hoitoon pääsy ja yhteyden saanti: Kiireettömään perusterveydenhuoltoon ja suun terveydenhuoltoon pääsy ei ole toistuvasti toteutunut lakisääteisissä määräajoissa. Potilaalle ei ole aina ilmoitettu hoitoon pääsyn ajankohtaa. Hoitoon pääsyssä on ollut merkittävää alue- ja toimipistekohtaista vaihtelua, mikä vaikuttaa palvelujen saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen. Yhteyden saannissa (puhelin, takaisinsoitto, muu palvelukanava) perusterveydenhuollon palveluihin on ollut ruuhkia ja toteutumattomia yhteydenottoja.

Oma valvonta, seuranta ja tiedonhallinta: Hoitoon pääsyä koskevat seurantatiedot ovat osin puutteellisia tai epäluotettavia. Oma valvonnan korjaavat toimenpiteet eivät aina ole olleet riittäviä. Selvitys- ja lausuntopyyntöihin vastaamisessa on ollut puutteita.

Henkilöstötilanne ja osaaminen: Henkilöstövajeet ovat heikentäneet hoitoon pääsyä ja potilasturvallisuutta. Rekrytointihaasteet korostuvat reuna- ja harvaan asutuilla alueilla. Keikkatyövoiman käytön yhteydessä on ollut perehdytys- ja osaamispuutteita.

Menettelytavat ja potilasturvallisuus: Puutteita on paikoin ollut hoidon tarpeen arvioinnissa, oikea-aikaisessa diagnostiikassa ja hoidon jatkuvuudessa. Potilasasiakirjojen laatu ja kirjausten asianmukaisuus vaihtelevat. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa on ollut puutteita.

Kielellisten oikeuksien toteutuminen: Puutteita on ollut palvelujen saatavuudessa molemmilla kotimaisilla kielillä. Erityisesti ruotsinkielisten psykologipalvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia.

Somaattinen erikoissairaanhoito

Alueelliset erot: Merkittävää alueellista vaihtelua on ollut hoitoon pääsyssä ja henkilöstön saatavuudessa.

Hoitoon pääsy ja hoitotakuu: Vakavia ja toistuvia puutteita on ollut kiireettömään erikoissairaanhoitoon pääsyssä lakisääteisessä määräajassa. Potilaalle ei ole aina ilmoitettu hoitoon pääsyn ajankohtaa.

Hoitoketjut: Puutteita on ollut paikoin hoito- ja kuntoutusprosessien vastuunjaossa. Yhteistyö eri toimijoiden välillä on ollut vaihtelevaa, ja eri toimijoiden välinen koordinointi on ollut paikoin epäselvää. Potilaan kokonaihoidon sujuvuus ei ole aina toteutunut.

Hoidon tarpeen arviointi ja diagnostiikka: Hoidon tarpeen arviointi ei ole kaikilta osin toteutunut lain edellyttämällä tavalla. Erikoislääkärin arviot, tutkimukset ja tarpeelliseksi todettu hoito ovat voineet viivästyä. Läheteiden käsittelyssä on ollut paikoin viiveitä.

Tiedonhallinta, seuranta ja omavalvonta: Potilastietojärjestelmämuutokset ovat vaikeuttaneet luotettavaa tiedon raportointia. Hoitoon pääsyn seurantatiedot ovat olleet osin puutteellisia tai epäluotettavia. Tämä on paikoin vaikeuttanut omavalvontaa ja valvonnan kohdentamista.

Henkilöstövaje ja osaaminen: Jatkuva lääkäripula ja haasteita osaavan hoitohenkilön saatavuudessa on ollut kaikilla erikoisaloilla. Henkilöstövaje on nähty merkittävimpana hoidon saatavuutta uhkaavana tekijänä.

Potilaan itsemääräämisoikeus: Itsemääräämisoikeus ei ole aina toteutunut asianmukaisesti. Rajoittamistoimenpiteiden perusteet ja dokumentointi ovat olleet puutteellisia. Hoitopäätösten tiedoksiäntö potilaalle tai läheisille ei ole ollut aina selkeää.

Menettelytavat ja potilasasiakirjat: Puutteita on ollut potilasasiakirjojen laadussa ja ajantasaisuudessa. Hoitopäätöksistä ei aina ole keskusteltu potilaan tai omaisten kanssa riittävästi. Muistutuksiin vastaamisessa on ollut viivettä.

Ensihoito ja päivystys

Ensihoidon saatavuus: Ensivastetoiminnan järjestämisessä on ollut lainvastaisia käytäntöjä kuten vapaaehtoistoimintaan nojaaminen ilman edellytyksiä. Omavalvontailmoitusten tekeminen on paikoin ollut viivästynyttä.

Päivystykset ovat paikoin ruuhkautuneet: Henkilöstön saatavuudessa on haasteita. Jatkohoitopaikkojen puute on ollut merkittävä ja pitkäaikainen ongelma, erityisesti iäkkäiden potilaiden hoitoketjujen osalta. Ruuhkautuminen on saattanut heikentää hoidon laatua, potilasturvallisuutta ja suuronnettomuusvalmiutta.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteensovittaminen: Sosiaalihuoltolain mukaisten ilmoitusten tekeminen ei ole aina ollut systemaattista. Sosiaali- ja terveydenhuollon

rajapinnassa tiedonkulku ja vastuunjako on ollut paikoin epäselvää. Monialainen yhteistyö ei ole aina tukenut riittävästi päivystyksen toimintaa.

Potilasasiakirjat, kirjaaminen ja itsemääräämisoikeus: Potilasasiakirjausten laadussa ja ajantasaisuudessa on ollut puutteita. Erityisiä puutteita on ollut rajoittamistoimenpiteiden ja eristämistilanteiden kirjaamisessa. Muistutuksiin vastaamisessa on ollut paikoin merkittäviä ajallisia ja sisällöllisiä puutteita. Itsemääräämisoikeus ei ole aina toteutunut asianmukaisesti. Rajoittamistoimenpiteiden ohjeistus on ollut puutteellista tai epäyhtenäistä.

Osaamisen ja pätevyuden varmistamisessa on ollut puutteita yhteispäivystyksissä: Lääkäreiden ja muun henkilöstön pätevyuden varmistaminen ja perehdytys on ollut paikoin puutteellista. Roolit ja vastuukysymykset ovat ajoittain olleet epäselviä.

Kielelliset oikeudet: Haasteita on paikoin ollut palvelujen tuottamisessa molemmilla kotimaisilla kielillä, erityisesti yöaikaan.

Valtio järjestämistä vastuuksena

Rajoitustoimenpiteiden käyttö: Mielenterveyslain mukaisissa eristysten rajoitustoimenpiteiden lain mukaisessa käytössä vankiterveydenhuollossa on ollut puutteita. Valtion koulukodissa on ollut lastensuojelulain mukaisten rajoitustoimenpiteiden lain mukaisessa käytössä, hallintomenettelyllisessä prosessissa ja kirjaamisessa puutteita. Henkilöstömitoitus ja -rakenne eivät ole olleet Valtion koulukodissa aina lain ja asiakkaiden palvelutarpeiden mukainen. Lisäksi kameravalvonta on ulottunut laajasti laitoksen toimitiloihin, ja asiakkaiden yksityisyyden suoja on voinut vaarantua.

Palveluihin pääsy ja asiakirjamerkinnot: Pitkäaikaisessa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevalla potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämiin suun terveydenhuollon palveluihin. Potilasasiakirjamerkintöjen asianmukainen kirjaaminen on paikoin laiminlyöty.

Lisätietoja antavat tarvittaessa ryhmäpäällikkö Sari Vainikainen, sosiaalihuollon johtava ylitarkastaja Sari Husa ja ylitarkastaja Tuula Kotimäki, puh. 0295 254 000.

Ratkaistu: 29.04.2026 Ratkaisija: Oresmaa Niina (LVV) Virka-asema: Yksikön päällikkö Esittelijät: Vainikainen Sari (LVV), Ryhmäpäällikkö Asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu asiankäsittelyjärjestelmässä. Allekirjoituksen oikeellisuuden voi todentaa kirjaamosta.
--



Selvitys
29.4.2026
LVV-S/33957/2026
Julkinen

Lupa- ja valvontavirasto
Postiosoite: PL 20, 13035 LVV
Puhelinvaihde: 0295 254 000
kirjaamo@lvv.fi | lvv.fi