

Lausunto Pohteen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämissuunnitelman luonnoksesta 2027–2030, syksy 2026

Vastaaja:

-

Vastaus:

08.10.2026, 12.41 - 08.10.2026, 12.43

1. Lausuntoa antavan rooli *

Yksityinen henkilö

2. Lausuntoa antavan yhteystiedot *

Etunimi	Airi
Sukunimi	Hakala
Sähköposti	airikhakala@gmail.com

3.

LAUSUNTO SOSIAALI- JA TERVEYSTALVELUJEN JÄRJESTÄMISSUUNNITELMASTA VUOSILLE 2027–2030

Vastaanottaja: Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue (Pohde)

Asia: Alueen asukkaan lausunto ja kannanotto sote-järjestämissuunnitelman luonnokseen

Tässä lausunnossa tuodaan esiin vakavia huolia ja kriittisiä kehittämistarpeita koskien Pohteen järjestämissuunnitelmaa. Suunnitelmaa on tarkasteltava kriittisesti erityisesti talousohjauksen dominanssin, digitaalisen saavutettavuuden, ikäihmisten hoivan, nais erityisnäkökulman, operatiivisen johtamisen sekä Oulun eteläisen alueen lähipalveluiden turvaamisen näkökulmista.

1. Kannanotto talousohjauksen hallitsevaan asemaan suhteessa palvelukeskeiseen suunnitteluun

Järjestämissuunnitelman keskeisin rakenteellinen valuvika on palveluajattelun ja asukaslähtöisyyden alistaminen puhtaasti taloudellisille reunaehdoille. Vaikka suunnitelman virallisessa retorikassa puhutaan palvelujen modernisoinnista ja hoitoketjujen sujuvoittamisesta, toimenpideohjelma osoittaa, että tosiasiallisena ajurina toimivat valtion asettamat tiukat rahoitusraamit ja pakottavat säästötavoitteet.

Talousskeskeisyyden ylikorostuminen suhteessa palvelunäkökulmaan näkyy suunnitelmassa seuraavilla kriittisillä tavoilla:

- Säästöjen lyhytnäköisyys ja ennaltaehkäisyn mureneminen: Suunnitelmaan sisällytetyt suorat säästötoimet ja tuottavuushjelmat kohdistuvat voimakkaasti fyysiseen palveluverkkoon, lähipalveluihin ja henkilöstökuluihin. Karsimalla palveluita sieltä, missä asukkaat ne helpoiten saavuttavat, luodaan näennäisiä lyhyen aikavälin säästöjä. Todellisuudessa tämä johtaa perustalveluiden ja ennaltaehkäisevän työn murenemiseen, mikä siirtää kustannuksia myöhemmässä vaiheessa huomattavasti kalliimpaan erikoissairaanhoidon ja raskaimpiin päivystyspalveluihin.

- Muutosneuvottelut ja henkilöstön asema kulueränä: Palveluajattelun laiminlyönti näkyy siinä, miten hyvinvointialueen tärkeintä resurssia – osaavaa ja sitoutunutta henkilöstöä – kohdellaan suunnittelussa ensisijaisesti sopeutettavana kulueränä. Jatkuvat muutosneuvottelut, säästöpainheet ja yksiköiden lakkautukset heikentävät merkittävästi työntekijöiden pito- ja vetovoimaa. Laadukasta palveluajattelua ei voida toteuttaa organisaatiossa, jonka työntekijät kärsivät eettisestä kuormituksesta ja jatkuvasta epävarmuudesta oman työnsä jatkuvuudesta.

- Palvelumuotoiluun käyttäminen säästöjen verhoiluna: Suunnitelmassa käytetään termejä kuten "palvelurakenteen keventäminen" tai "prosessien tehostaminen" kuvaamaan muutoksia, jotka käytännössä tarkoittavat palveluiden keskittämistä, etäisyyksien kasvamista ja palvelujen tosiasiallista heikentymistä asukkaan näkökulmasta. Aidossa palvelukeskeisessä suunnittelussa prosessit muotoillaan helpottamaan hoitoonpääsyä; nykyisessä suunnitelmassa palvelumuotoilua käytetään välineenä sovittaa palvelut budjettikuriin laadun kustannuksella.

2. Kannanotto digitaalisten palveluiden rooliin ja niiden toimivuuden arviointiin

Järjestämissuunnitelman esitetty suuntaus kohti digitaalisen sote-keskuksen laajentamista on periaatteellisesti kannatettava

ja välttämättömän vastaus hyvinvointialueen henkilöstöpulaan ja pitkiin etäisyyksiin. Digitaaliset palvelut parantavat parhaimmillaan hoidon saatavuutta ja sujuvuutta silloin, kun kyseessä on lievä, helposti etänä diagnosoitava tai seurattava vaiva, ja kun asiakkaalla on käytössään tarvittavat välineet sekä osaaminen.

Digitaalisten palveluiden nykyiseen rooliin ja niiden onnistumisen mittaamiseen liittyy kuitenkin järjestämissuunnitelman puitteissa vakavia ongelmia, jotka on huomioitava päätöksenteossa:

- Asiakaspalautteen vääristymä ja edustavuuden puute: Hyvinvointialueen viestinnässä ja päätöksenteon pohjana käytetty korkea asiakastytyväisyys (kuten digipalveluiden NPS-suositusluku) ei ole tilastollisesti ja menetelmällisesti täysin luotettava mittari. Koska palautteenantajien tarkkaa suhdetta palvelun kokonaisasiakasmäärään (vastausprosenttia) ei avata, datassa vallitsee ilmeinen valikoitumisharha. Palautetta antavat herkimmin ne, joiden vaiva on ratkennut helposti, mikä jättää katveeseen järjestelmästä pudonneet tai siihen tyytymättömät.
- Digitaalinen eriarvoistuminen ja palveluvaje: Järjestämissuunnitelmassa ei ole riittävällä vakavuudella huomioitu sitä laajaa väestönosaa – erityisesti ikääntyneitä, muistisairaita ja muita haavoittuvassa asemassa olevia – jotka eivät kykene tai voi käyttää vahvaa tunnistautumista vaativia älylaitteita. Kun fyysistä palveluverkkoa supistetaan digitaalisuuteen vedoten, vaarana on tosiasiallisen palveluvajeen ja hoitovelan kasvaminen näissä ryhmissä.
- Digitaalisen asioinnin rajat: Digitaalinen sote-keskus ei korvaa fyysistä tutkimusta, näytteenottoa tai lähikohtamista. Mikäli digitaalinen ensikontakti johtaa tarpeeseen ohjata potilas perinteiselle sote-asemalle, asiakas kohtaa edelleen fyysisen palveluverkon säästöistä johtuvat jonot ja resurssipulan. Digipalvelu ei siis saa olla keino siirtää hoitoonpääsyn pullonkaulaa chatin puolelta fyysiselle vastaanotolle.
- 3. Kannanotto ikäihmisten kotiin vietävien palveluiden riittävyteen ja laatuun
Järjestämissuunnitelman strateginen tavoite siirtää palveluiden painopistettä raskaasta laitoshoidosta ja ympärivuorokautisesta asumisesta kohti kevyempiä välimuotoisia palveluita sekä kotiin vietävää hoitoa on periaatteessa perusteltu. Tavoitteen käytännön toteutukseen ja resursointiin liittyy kuitenkin vakavia riskejä ja puutteita, jotka uhkaavat ikäihmisten turvallisuutta ja hoidon laatua:
 - Palveluverkon supistusten ennakoi vuus suhteessa kotihoidon resursseihin: Järjestämissuunnitelmassa edetään vahvasti talous edellä vähentämällä ympärivuorokautisen hoivan paikkoja ja vuodeosastoja ennen kuin on varmistettu, että kotiin vietävät palvelut pystyvät tosiasiallisesti vastaamaan kasvavaan tarpeeseen. Kotihoidon varaan jää tällöin yhä huonokuntoisempia, monisairaita ja muistisairaita ikäihmisiä, joiden turvallinen asuminen kotona ei toteudu pelkkien lyhyiden käyntien turvin.
 - Kotihoidon henkilöstöpula ja käyntien pirstaleisuus: Kotiin vietävien palveluiden lisääminen on mahdotonta ilman merkittävää lisähenkilöstöä. Jo nykytilanteessa kotihoidon työntekijät kärsivät vakavasta aikapulasta ja eettisestä kuormituksesta. Kun suorittavan portaan henkilöstömäärä on tiukan talousohjauksen vuoksi kriittisellä rajalla, palveluajattelu muuttuu mekaaniseksi suorittamiseksi. Ikäihmisen luona vieraillee viikon aikana useita eri sijaisia, mikä heikentää hoidon jatkuvuutta, luottamusta ja kykyä havaita potilaan voinnissa tapahtuvia hiljaisia muutoksia.
 - Maantieteelliset etäisyydet ja logistiset haasteet: Pohteen laajan ja harvaan asutun maantieteellisen alueen vuoksi kotiin vietävissä palveluissa huomattava osa hoitajien työajasta kuluu matkustamiseen. Järjestämissuunnitelmassa ei ole riittävällä tasolla ratkaistu sitä, miten palvelut turvataan laadukkaasti ja tasapuolisesti pitkien etäisyyksien päässä sijaitseissa kunnissa ilman, että hoidon tosiasiallinen kesto asukkaan luona kärsii. Tehostettu kotisairaanhoido tai kotisairaala ei pysty reagoimaan hätätilanteisiin riittävän nopeasti, jos välimatkat ovat kymmeniä kilometrejä.

4. Kannanotto nais erityisnäkökulman huomioimiseen: Lääketieteen sukupuolivinouma, vähähyötyiset hoidot ja hoivavastuun kasautuminen

Järjestämissuunnitelmasta puuttuu kokonaan sukupuolivaikutusten arviointi (SVA). Suunnitelma kohtelee väestöä sukupuolineutraalina massana, mikä luo merkittäviä riskejä naisten terveydenhuollolle ja lisää naisille epäsuorasti lankeavaa hoivataakkaa.

- Naisten terveyden alidiagnosointi ja tutkimusvaje: Kuten Helsingin yliopiston ja lääketieteellisen tutkimuksen tuoreet havainnot laajasti osoittavat, lääketiede kärsii historian saatossa syntyneestä sukupuolivinoumasta. Naisten terveysongelmat ja sairaudet (kuten sydän- ja verisuonitautien poikkeavat oirekuvat, autoimmuunisairaudet sekä gynekologiset sairaudet kuten endometrioo si) ovat maailmanlaajuisesti alituttu t t u j a. Tämä johtaa jo nykyisellään naisten vaivojen vähättelyyn, viivästyneisiin diagnooseihin ja tehottomaan hoitoon. Järjestämissuunnitelmassa ei tunnisteta tätä diagnostiikan ja perusterveydenhuollon sokeaa pistettä.

- Riski vähähyötyisten hoitojen arvioinnissa: Järjestämissuunnitelmassa kaavaillaan vähähyötyisten hoitojen karsimista säästösyistä. Kun hoidon "hyötyä" aletaan arvioida hoitosuosituksilla, jotka pohjaavat historiassa pääosin miesvaltaiseen

tutkimusdataan, syntyy todellinen vaara siitä, että naisten yksilölliset ja moninaiset oirekuvat rajataan virheellisesti karsittavien tai tehottomien hoitojen piiriin. Talousvetoinen hoitojen karsiminen voi syventää naisten terveydenhuollon epätasa-arvoa entisestään.

- Kotiin siirrettävät palvelut ja hoivavastuun sukupuolittuminen: Kun Pohde siirtää säästöpainetta palveluita laitoksista ja ympärivuorokautisesta hoivasta kotiin, hoitovastuu siirtyy tosiasiallisesti perheille ja läheisille – joista valtaosa (yli 70 %) on naisia. Naiset toimivat useimmiten omaishoitajina joko puolisoilleen tai ikääntyville vanhemmilleen. Kotihoidon riittämättömyys johtaa siihen, että naiset kuormittuvat ääriarjoilleen, menettävät omia terveitä elämänvuosiensa, joutuvat luopumaan uramahdollisuuksistaan ja kärsivät itse vakavista terveysongelmista. Lisäksi omaishoidon tuen leikkaukset ja palvelukriteerien tiukennukset ajavat nämä naiset kohtuuttomaan taloudelliseen ja psyykkiseen ahdinkoon.

5. Kannanotto valvontaviranomaisten puuttumisiin, operatiiviseen johtamiseen ja ulkopuolisen arvioinnin tarpeeseen Järjestämissuunnitelman uskottavuutta heikentää se, että hyvinvointialueen operatiivinen johto on toistuvasti epäonnistunut lakisääteisten peruspalveluiden turvaamisessa tavalla, joka on vaatinut valvontaviranomaisten järeitä väliintuloja. Suunnitelmassa esitetyt visiot hoidon sujuvuudesta ja laadusta ovat ristiriidassa sen todellisuuden kanssa, että Pohteen toimintaa on jouduttu ohjaamaan viranomaismääräyksillä ja mittavilla taloudellisilla sanktioilla.

Johtamisen kriittisimmät solmukohdat ja riskit asukkaiden palveluille ilmenevät seuraavasti:

- Valvonnan ja uhkasakkojen reaktiivinen hoitaminen: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira asetti Pohteelle merkittävän 3 miljoonan euron uhkasakon kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitotakuujonojen venymisen vuoksi. Vaikka Pohde lopulta välttyi sakon maksuunpanolta kohdistamalla miljoonia euroja hätätoimenpiteisiin, jonojen purkamiseen ja ostopalveluihin, tilanne osoittaa johtamisen olevan luonteeltaan reaktiivista. Palveluita ja resursseja korjataan vasta viranomaispakon ja massiivisen taloudellisen uhan edessä, ei ennakoivan ja asukaslähtöisen johtamisen seurauksena. Palvelujen oston kasvu vie edelleen resurssit oman toiminnan pitkäjänteiseltä kehittämiseltä.

- Lainvastaiset ohjeistukset ja päätöksenteon rajoittaminen: Aluehallintoviraston (AVI) tutkimukset paljastivat vakavia epäkohtia sosiaalihuollon päätöksenteossa, missä sosiaalityöntekijöiden lakisääteistä itsenäistä päätösvaltaa oli rajoitettu talouspaineiden vuoksi. Johto oli ohjeistanut työntekijöitä tekemään lyhytkestoisia päätöksiä, tinkimään palvelutunneista tai jopa eväämään perusteltuja palveluita. Tämän tyyppinen johtamiskulttuuri murentaa luottamusta koko hyvinvointialueen toimintaan.

- Systeemiset laiminlyönnot peruspalveluissa: Toistuvat huomautukset ja viranomaisvalvonnat lapsiperheiden sosiaalipalveluissa, kouluterveydenhuollossa ja ikääntyneiden yhteisöllisessä asumisessa kertovat siitä, ettei kyse ole yksittäisistä vahingoista vaan järjestelmällisistä johtamisen ja resursoinnin ongelmista. Hallinnollisen ohjauksen keskittäminen on tähän mennessä johtanut kentällä lakisääteisten palveluketjujen pettämiseen.

- Riippumattoman, ulkopuolisen johtamis- ja organisaatioarvioinnin välttämättömyys: Jatkuvat säästöpainet, laittomat jonotilanteet ja organisaation sisäiset ohjeistusristiriidat viestivät siitä, että Pohteen nykyinen johtamisjärjestelmä ja operatiivinen ohjausmalli eivät toimi kriisitilanteessa riittävän läpinäkyvästi tai tehokkaasti. Tämän vuoksi järjestämissuunnitelmaan on sisällytettävä sitova velvoite teettää hyvinvointialueen operatiivisesta johtamisesta, päätöksentekokulttuurista ja hallintorakenteesta täysin ulkopuolinen, riippumaton arviointi. Sisäinen omavalvonta tai tarkastuslautakunnan perusrutiinit eivät enää riitä palauttamaan asukkaiden ja henkilöstön luottamusta. Ulkopuolisen arvioinnin on pureuduttava erityisesti siihen, miten strategiset tavoitteet välittyvät käytännön johtamiseen ilman, että lakisääteisiä palveluketjuja tai työntekijöiden ammatillista autonomiaa vaarannetaan.

6. Kannanotto Oulaskankaan sairaalan päiväkirurgian toiminnan säilyttämisestä ja alueellisesta kehittämisestä Järjestämissuunnitelman luonnoksessa esitetty esitys Oulaskankaan sairaalan päiväkirurgisen toiminnan lakkauttamisesta säästösyistä on strategisesti lyhytnäköinen ja vaarantaa vakavasti Oulun eteläisen alueen asukkaiden lakisääteisen hoidon saatavuuden. Oulaskankaan leikkaustoimintaa ei tule ajaa alas, vaan sitä on kehitettävä suunnitelmallisesti seuraavien painavien perustelujen vuoksi:

- Väestöllinen suuruusluokka ja alueellinen tasa-arvo: Oulun eteläinen alue muodostaa asukasmäärältään ja palvelutarpeeltaan kokonaisuuden, joka on väestöllisesti täysin rinnastettavissa itsenäisiin hyvinvointialueisiin, kuten Kainuuseen tai Keski-Pohjanmaan Soiteen. Olisi täysin kestäväntöntä jättää tämän kokoluokan väestöpohja ilman tehokasta ja saatavutettavaa lähipalveluna toimivaa kirurgista hoitoyksikköä. Pitkät välimatkat Ouluun (alueen kunnista yli 100 km) heikentävät asukkaiden yhdenvertaisuutta ja lisäävät merkittävästi potilaille ja heidän läheisilleen koituvia matkakustannuksia.

- OYS:n leikkaustoiminnan ylikuormitus ja hoitojonojen kasvu: Oulun yliopistollisen sairaalan leikkaussalikapasiteetti ja

hoitohenkilöstö ovat jo valmiiksi äärimmillään kuormittuneita. Oulaskankaan päiväkirurgian alasajo ja potilasvirtojen siirtäminen Ouluun johtaa väistämättä kiireettömän kirurgian hoitojonojen hallitsemattomaan pitkittymiseen. OYS ei pysty ilman lisäresursseja vastaanottamaan Oulaskankaalla tähän asti tehokkaasti hoidettuja päiväkirurgisia potilaita, mikä johtaa lakisääteisen hoitotakuun murenemiseen.

- Säästötavoitteen näennäisyys ja piilokustannukset: Pohde laskee päiväkirurgian lakkauttamisesta saatavaksi säästöksi noin kaksi miljoonaa euroa. Tämä säästö on kuitenkin nimellinen ja muuttuu herkästi lisäkustannukseksi. Kun hoitojonot pitkittyvät, potilaiden toimintakyky heikkenee, sairauslomat pitkittyvät ja komplikaatioiden riski kasvaa. Tämä lisää välittömästi perusterveydenhuollon, kotihoidon ja sosiaalipalveluiden kuormitusta ja kustannuksia. Toiminnan keskittäminen ei lisää tuottavuutta, jos se aiheuttaa järjestelmään kalliimpaa hoitovelkaa ja pakottaa myöhemmin ostamaan palveluita kalliilla yksityiseltä sektorilta uhkasakkojen välttämiseksi. Tosiasiassa alueen asukkaat maksavat lisääntyviä kustannuksia omasta pussista mikä lisää entisestään alueen asukkaiden eriarvoisuutta.
- Oulaskankaan rooli rekrytoinnissa ja osaamiskeskuksena: Oulaskankaan sairaalalla on vakiintunut asema, osaava ja sitoutunut kantahenkilöstö sekä tehokkaat ja toimivat prosessit päiväkirurgiassa. Toimivan ja kustannustehokkaan yksikön romuttaminen säästöpainneissa on korjaamaton virhe. Osaavan hoito- ja lääkärihenkilöstön houkuttelevuus ja pysyvyys Oulun eteläisellä alueella perustuvat vahvasti siihen, että alueella säilyy elinvoimainen ja kehittyvä erikoissairaanhoidon yksikkö.

7. Kannanotto strategisen viestinnän yksipuolisuuteen ja todellisuuskuvan vääristymiseen

Järjestämissuunnitelman valmistelua ja hyvinvointialueen toiminnan läpinäkyvyyttä heikentää Pohteen virallisen viestinnän vahva sitoutuminen yksipuoliseen, organisaation julkisuuskuvaa kiillottavaan strategiseen viestintään. Virallinen viestintä keskittyy korostamaan näennäisiä onnistumisia ja pehmentämään vaikeita faktoja tavalla, joka luo vakavan kuilun hyvinvointialueen johdon luoman optimismin ja asukkaiden sekä henkilöstön kohtaaman arjen sote-todellisuuden välille. Viestintäkulttuurin keskeisimmät ongelmat ovat:

- Negatiivisten päätösten ja leikkausten ”spinnaus”: Hyvinvointialueen tiedotteissa ja julkisissa ulostuloissa kriittisetkin säästöpäätökset kehystetään usein poikkeuksellisen myönteisesti. Esimerkiksi massiivisten ja raskaiden yhteistoimintaneuvotteluiden päättyessä viestinnän pääotsikoissa korostettiin sitä, kuinka ”henkilöstövaikutuksia voitiin vähentää” alkuperäisestä arviosta. Tällainen viestintä pyrkii tietoisesti kääntämään noin 300 työntekijän irtisanomiseen ja mittaviin karsintoihin johtaneet neuvottelut organisaation voitoksi, mikä loukkaa kentällä paineen alla työskentelevää henkilöstöä ja hämärtää todellista tilannekuvaa. Todellinen lähtevien määrä määräaikaisten sopimusten päättymisen kanssa oli 512.

- Valikoiva ja kritiikitön datan esittäminen: Viestinnässä nostetaan toistuvasti esiin digitaalisten palveluiden korkeita asiakastyytyväisyyslukuja ja suositusindeksejä (NPS). Samaan aikaan viestintä vaikenee täysin palautetietojen menetelmällisistä heikkouksista, kuten huomattavasta vastauskadosta ja digitaalisesta kuilusta. Tällainen valikoiva raportointi antaa päättäjille ja medialle ruusuisen kuvan digiloikan onnistumisesta ja toimii suorana oikeutuksena fyysisen palveluverkon alasajolle.

- Puolustuksellinen ja oikaiseva sävy avoimen vuoropuhelun sijaan: Hyvinvointialueen viestintä on usein ottanut puolustelemaan roolin suhteessa julkiseen kritiikkiin. Julkaisemalla suoria vastineita, joissa johto pyrkii kritiikittömästi ”oikaisemaan” asukkaiden tai henkilöstöjärjestöjen kokemuksia esimerkiksi hallinnon paisumisesta [Pohde], organisaatio etäännytyy avoimen viranomaistoiminnan periaatteista. Haasteet kuitataan viestinnässä pelkinä siirtymävaiheen ongelmina, joita ollaan jo ratkaisemassa, mikä vähentää asukkaiden luottamusta järjestelmän rehellisyyteen.

Johtopäätös ja vaatimus:

Pohteen on muutettava viestintästrategiaansa avoimemmaksi, rehellisemmäksi ja tasapainoisemmaksi.

Viranomaisviestinnän tehtävä ei ole toimia organisaation maineenhallinnan välineenä tai säästöjen myyntiorganina, vaan sen on kyettävä viestimään avoimesti ja kaunistelematta myös palveluiden heikennyksistä, jonoista, viranomaissanktioista ja säästöjen todellisista inhimillisistä seurauksista. Asukkaille ja päättäjille on tarjottava viestinnässä tosiasiallista ja neutraalia tietoa, ei pelkästään strategisesti muotoiltuja menestystarinoita.

8. Kannanotto mielenterveyspalveluiden kriisiin, hoitotakuun laiminlyöntiin ja itsemurhien ehkäisyyn perusterveydenhuollossa

Järjestämissuunnitelmassa on otettava huomioon Pohjois-Pohjanmaan poikkeuksellisen synkkä tilanne itsemurhakuolleisuudessa. Tilastojen valossa alueen riski kuolla itsemurhaan on selvästi korkeampi kuin maassa keskimäärin, ja tilanne heijastuu hälyttävästi erityisesti nuoriin ja nuoriin naisiin. Mieli ry:n tilastojen mukaan vuonna 2022

joka kymmenes aikuinen ja alle 50-vuotiaista jopa joka kahdeksas on kokenut itsemurha-ajatuksia. Suomalaisten huolet eivät ole vähentyneet, joten kehityksen kääntäminen vaatii strategisten visioiden sijaan välittömiä ja konkreettisia hoitoresursseja.

Mielenterveyspalveluiden järjestämistä ja resursseja on arvioitava uudelleen seuraavien kriittisten faktojen valossa:

- Kriittinen etsikkoaika perusterveydenhuollossa: Duodecim-lehdessä julkaistun laajan rekisteritutkimuksen mukaan erittäin suuri osa itsemurhaan päätyneistä henkilöistä asioi terveydenhuollossa vähän ennen kuolemaansa – usein epämääräisten somaattisten (fysisten) oireiden, eikä suoraan psyykkisen kriisin vuoksi. Itsemurhaan kuolleista 66 % on käynyt terveydenhuollossa viimeisen kuukauden aikana, 46 % viimeisen viikon aikana ja peräti 21 % samana päivänä, jona tekee itsemurhan. Tämä osoittaa, että perusterveydenhuollon vastaanotto on ratkaiseva etsikkoaika, jossa itsetuhoisuus tulisi tunnistaa. Se vaatii riittävästi aikaa ja pysyvää hoitohenkilöstöä, jotta ihmistä ei pelkästään ohjata digitaalisiin seurantajärjestelmiin tai lyhytkestoiseen lääkehoitoon.

- Digitaalisten työkalujen rajat ja laitton hoitovelka: Pohde korostaa viestinnässään onnistumistaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja Terapianavigaattorin kaltaisissa digitaalisissa työkaluissa. Nämä työkalut ja nopea ensikontakti ovat kuitenkin hyödyttömiä, jos niitä seuraa pitkä ja laitton hoitojono. Viralliset valvontatilastot osoittavat, että Pohde on ollut pitkään viranomaisten hampaissa hoitotakuun vakavasta rikkomisesta: tuhannet ihmiset ovat jonottaneet hoitoon laittoman pitkään. Järjestelmä epäonnistuu vakavasti nimenomaan psykososiaalisen tuen, kuten psykologikäyntien ja tosiasiallisen terapian tarjoamisessa silloin, kun avun tarve on akuutein. Digitaaliset terapiageneraattorit eivät pelasta ketään, jos ihminen ei pääse todellisen hoidon piiriin.

Johtopäätös ja vaatimus:

Pohteen on välittömästi purettava mielenterveyspalveluiden laitton hoitovelka kohdentamalla resursseja Terapianavigaattorin takana odottaviin todellisiin psykologin ja terapeutin hoitojaksoihin. Digitaaliset ratkaisut eivät saa toimia jonojen verhoilun välineenä. Perusterveydenhuollon ja sote-keskusten työntekijöille on taattava riittävä aika ja koulutus kohdata ja tunnistaa itsetuhoisuutta fyysisten oireiden takana, sillä jokainen kohtaaminen voi olla viimeinen mahdollisuus pelastaa ihmishenki.

Yhteenveto ja vaatimukset hyvinvointialueelle

Pohteen on tasapainotettava järjestämissuunnitelmaansa siten, että taloudelliset tavoitteet eivät aja lakisääteisen hoitotakuun, palvelujen saatavuuden ja perusoikeuksien edelle:

1. Palvelujen alasajo budjettikurin nimissä on lopetettava, ja sopeutustoimien sekä säästöjen vaikutukset asukkaiden terveyteen ja tosiasialliseen hoitoonpääsyyn on arvioitava puolueettomasti. Budjetin on joustettava lakisääteisen palvelutarpeen mukaan, ei päinvastoin.
2. Digitaalisia palveluita on kehitettävä fyysisiä palveluita täydentävänä, ei niitä korvaavana elementtinä.
3. Ympäri vuorokautisen hoidon paikkojen ja vuodeosastoverkon karsiminen on keskeytettävä tai sitä on hidastettava, kunnes kotihoitoon on osoitettu riittävästi pysyvää, koulutettua henkilöstöä sekä toimivat logistiset resurssit.
4. Vähähötyisten hoitojen karsiminen ja palveluprosessien arviointi on tehtävä sukupuolisensitiivisesti, tunnistuen naisten terveydenhuollon olemassa oleva alidiagnosoinnin riski ja naisten kantama hoivataakka.
5. Järjestämissuunnitelmaan on sisällytettävä selkeät omavalvonnan mekanismit sekä sitova velvoite teettää riippumaton ulkopuolinen arviointi hyvinvointialueen operatiivisesta johtamisesta, jotta varmistetaan, ettei talouden tasapainottamista tehdä tietoisesti lakia rikkomalla tai asiakkaan oikeuksia polkemalla.
6. Oulaskankaan sairaalan päiväkirurginen toiminta on säilytettävä ja sitä on edelleen kehitettävä takaamaan Oulun eteläisen alueen väestön palveluita. Oulaskangasta voidaan myös kehittää koko hyvinvointialueen jononpurkuyksikkönä.
7. Mielenterveyspalveluiden laitton hoitovelka on purettava välittömästi kohdentamalla resursseja Terapianavigaattorin takana odottaviin todellisiin hoitojaksoihin. Perusterveydenhuollossa on taattava riittävä aika ja resurssit itsetuhoisuuden tunnistamiseen ja kohtaamiseen jo fyysisten oireiden taustalla.
8. Hyvinvointialueen viestintäkulttuuria on uudistettava maineenhallinnasta kohti avointa, tasapainoista ja kaunistelematta tosiasiat myöntävää viranomaisviestintää, jotta asukkaille ja päättäjille välittyy aito kuva sote-palveluiden tilasta.

Sieivissä 8.10.2026

Airi Hakala

Sievi