

HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraportti

4/30/2014

HUS

Näätänen Petri

Työryhmän jäsenet

Markku Mäkijärvi, HUS:n johtajaylilääkäri (puheenjohtaja)
Grigori Joffe, Hyks psyk.toimialajohtaja (varapuheenjohtaja)

Sairaanhoitoalueiden edustajat:

Ritva Helin, vs. psykiatrian tulosyksikön johtaja, PoSHA
Henno Ligi, psykiatrian tulosyksikön johtaja, LUSA
Hannu Saloheimo, psykiatrian tulosyksikön johtaja, LoSHA
Asko Saari, sairaanhoitoalueen johtaja, HySHA
Risto Vataja, psykiatrian tulosyksikön johtaja, HySHA
Raija Kontio, psykiatrian tulosyksikön varajohtaja, HySHA

Hyks psykiatrian edustajat:

Martti Heikkinen, Jorvin klinikkaryhmän johtaja, Hyks
Sami Pirkola, H:gin ja vanhuspsykiatrian klinikkaryhmän johtaja, Hyks
Matti Holli, Peijaksen klinikkaryhmän johtaja, Hyks
Klaus Ranta, nuorisopsykiatrian klinikkaryhmän johtaja, Hyks
Taina Ala-Nikkola, psykiatrian tulosyksikön johtava ylihoitaja, Hyks

HUS:n alueiden kuntien edustajat ja muut työryhmään kutsutut

Ilpo Salminen, Nurmijärven johtaja lääkäri, HySHA:n kunnat
Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen, hallintoylilääkäri, LUSHA:n kunnat:
Mikko Purhonen, johtava lääkäri (varalla jyl Mira Uunimäki), LoSHA:n kunnat
Kati Liukko, johtava lääkäri (varalla jl. Anders Mickos), PoSHA:n kunnat
Hannu Juvonen, osastopäällikkö, terveys- ja päihdepalvelut, Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto,
Raija Meriläinen, HUS psykiatrian lautakunnan pj., Espoo/Jorvin kunnat
Lauri Kuosmanen, palvelupäällikkö, mielenterveyspalvelut, Vantaan/Peijaksen kunnat
Hannu Koponen, prof., Helsingin yliopisto:
Mikael Salakka, henkilöstöedustaja
Kalevi Kannisto, henkilöstöedustaja
Ari Ollinheimo, henkilöstöedustaja
Kaj Collin, Palvelujen käyttäjäedustaja, Mielenterveyden keskusliitto
Petri Näätänen, kehittämisspäällikkö, Hyks psykiatrian tulosyksikkö, asiantuntijasihteeri

Sisällysluettelo

Tiekarttatyöryhmän työskentely	3
Tiekarttatyöryhmän työskentelyn tausta.....	3
Tiekartta työryhmän kokoonpano	3
Työskentelyprosessi.....	4
Tiivistelmät tiekartta-alatyöryhmien tuotoksista	5
Tiekartta-alatyöryhmä 1: Alueelliset erot ja tarpeet näytön pohjalta (pj Sami Pirkola).....	5
Taustaa	5
Suosituslukuja.....	5
Tietoa suomalaisen järjestelmän ja HUS –piirin mielenterveyspalveluista.....	5
Sairaanhoitoalueiden sairaansijat 2011-2013	6
Yhteenvetoa:	8
Tiekartta alatyöryhmä 2 – Avohoidon ja päihdehuollon kehittämislinjaukset (pj Matti Holi)	9
Tehtävänanto ja tarkennukset:	9
Työstetyt teemat, argumentit ja suositukset: Psykiatrisen avohoidon toimintamallit.....	9
Mielenterveys- ja päihdetyön integraatio	10
Avo- ja osastohoidon yhteistyö	10
Tiekartta-alatyöryhmä 3: Osasto- ja päivystystoiminnot (pj Grigori Joffe)	11
Työskentelyn lähtökohdat	11
Työryhmän tuotokset	11
Työryhmän kannanotot.....	12
Tiekartta-alatyöryhmä 4: Palveluasumisen tulevaisuussuunnitelma (pj Martti Heikkinen)	14
Tehtävänanto ja työskentelyn lähtökohdat	14
Palveluasumisen tilanne HUS-alueella	14
Työryhmän suositukset	15
Tiekartta-alatyöryhmä 5: Psykiatrian tila- ja väistösuunnitelmat (pj Raija Kontio).....	17
Työryhmän tehtävät	17
Tilaratkaisut osastohoitomalleissa.....	17
Työryhmän kommentteja ja huomioita tilaratkaisuihin	18
Yhteenveto	19
Liite 1. HUS psykiatrian tiekarttatyön alueelliset suuntaviivat.....	22
Hyvinkään sairaanhoitoalue	22
Lohjan sairaanhoitoalue	23
Porvoon sairaanhoitoalue.....	24
Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue.....	24
Liite 2. Kommentit psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraporttiin	26
Liite 3. Sairaanhoitoaluekohtaiset Refinement-suositukset	28

Tiekarttatyöryhmän työskentely

Tiekarttatyöryhmän työskentelyn tausta

Tiekarttatyöryhmän työskentelyn taustana on HUS-hallituksen päätös (§123/ 2.9.2013) psykiatrisen sairaalahoidon alueellisesta tavoitemitoituksesta ja psykiatrian hallintomallista sekä tämän taustalla oleva ns. psykiatriatyöryhmän (Tj§180/18.12.2012):valmisteleva työ:

- Psykiatrian sairaalapaikkojen tavoitteellinen mitoitus HUS-alueella on 0,4 promillea eli 4 sairaalapaikkaa 10 000 asukasta kohti. Tämä tavoite toteutetaan vuoteen 2018 mennessä. Edellä mainittu tavoite ja aikataulu edellyttävät avohoidon voimakasta kehittämistä.
- Alueellisen avohoidon tukena toimii psykiatrisia sairaalapaikkoja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kuntia varten Raaseporissa, Lohjan sairaanhoitoalueen kuntia varten Lohjalla ja Porvoon sairaanhoitoalueen kuntia varten Porvoossa. Näissä alueellisissa yksiköissä on sairaalapaikkoja enintään puolet koko alueen sairaalapaikkatarpeesta muiden sairaalapaikkojen sijaitessa koko HUS-alueen keskitetyissä psykiatrian yksiköissä.
- Investointipäätöksiä tehtäessä arvioidaan sairaalapaikkojen määrä konkreettisesti edellä mainitun yleisen 0,4 promillen tavoitteen puitteissa alueellinen sairastavuus ja muut tarvetekijät huomioiden

Näiden tehtävien toteuttamiseksi toimitusjohtaja (tj § 116, 1.10.2013) nimesi työryhmän laatimaan ”tiekartan”, jolla em. sairaalapaikkojen määrälliset tavoitteet toteutetaan. Toteutussuunnitelma myös kattaa avohoidon resursoinnin eri alueilla ja se valmistellaan yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Myös Helsingin kaupungin edustus kutsutaan mukaan. Suunnitelman tulee turvata potilaiden laadukas ja tasa-arvoinen hoito rakennemuutoksen aikana. Työryhmässä on henkilöstön edustus ja sen tulokset käsitellään yt-menettelyin. sekä Helsingin kaupungin edustus ja sen tulee saada toteutussuunnitelma valmiiksi 28.2.2014. Työskentelyn ohessa ja työryhmän tuottaman materiaalin pohjalta psykiatrian rakennuskantasuunnitelmaa käsitellään suurten rakennushankkeiden työryhmässä.

Lohjan osalta HUS-hallitus linjasi 3.3.2014, että Lohjalle (LoSHA ja LuSHA) yhteensä 28 sairaansijaa. Nykyisiä ja rakennettavia tiloja jatkoselvitetään. Tiekarttatyöryhmän tulee saada loppuraportti valmiiksi 30.4.14 mennessä ja tiekarttatyö on päätösasiana 12.5. HUS hallituksessa. Tiekarttatyöryhmän puheenjohtaja antoi työryhmälle lisäaikaa 30.4.2014 saakka. Tämä lisäaika päätettiin hyödyntää tapaamiskierrokseen sairaanhoitoalueiden edustajien kanssa tiekarttatyöskentelyn alueellisten suunnitelmien eteenpäinviemiseksi. Tällä tavalla 28.2.2014 valmiina ollutta tiekarttaraporttia vielä tarkennetaan alueellisilla suunnitelmarungoilla avo- ja osastohoidon toteuttamisesta.

Tiekartta työryhmän kokoonpano

Tiekarttatyöryhmän puheenjohtajana toimii johtajaylilääkäri Markku Mäkijärvi ja varapuheenjohtajana toimialajohtaja Grigori Joffe. Sairaanhoitoalueiden edustajina toimivat tulosityksiköiden johtajat sekä HySHA:n sairaanhoitoalueen johtaja. HUS-alueiden kunnista on mahdollisuuksien mukaan terveystalouden johtohenkilöitä sekä heidän nimeämät varahenkilöt. Lisäksi edustettuna ovat Helsingin kaupunki, henkilöstö, palveluiden käyttäjä sekä yliopisto. Työryhmän kokoonpano on esitetty sivulla 2.

Työskentelyprosessi

Tiekarttatyöryhmän aloituskokous oli 21.10 ja työryhmä perusti viisi alatyöryhmää seuraavine tehtävineen:

Alueelliset erot ja tarpeet näytön pohjalta –alatyöryhmän tehtävä on tuottaa muille työryhmille työskentelyn pohjaksi tutkimustietoon perustuvia katsauksia mielenterveystyön resurssien ja tarpeen jakaumasta sekä niiden ennusteesta HUS-sairaanhoitoalueiden välillä sekä sairaanhoitoalueiden avo- ja sairaalahoidon voimavarojen keskinäisestä jakautumisesta.

Avohoidon ja päihdehuollon kehittämislinjaukset –alatyöryhmä pohtii minkälaisia toimintoja/toimintamalleja psykiatrisessa avohoidossa tulee olla 2018; miten kuntayhteistyö ja palveluketjujen toimivuus taataan potilasryhmittäin; millä hallinnollisella tasolla ja minkälaisilla toimintamalleilla mielenterveys- ja päihdetyön integraatio toteutetaan sekä mitkä ovat parhaat toimintamallit ja periaatteet avo- ja osastohoidon yhteistyön toimivuuden takaamiseksi.

Päivystyksen ja osastohoidon toimintaperiaatteet –alatyöryhmän tehtävänä on ottaa kantaa osastohoidon järjestämismalliin, jossa hallituksen päätöksen perusteella tulevat kysymykseen ns. osakeskitetty- ja osahajautettu ratkaisu. Työryhmä tuottaa toimintamallit ja kustannuslaskelmat näiden mallien etujen ja haasteiden konkretisoimiseksi. Keskeisenä tavoitteena on alueellisten palveluketjujen toimivuuden takaaminen sekä toimiva yhteistyö yli HUS-alueiden. Ratkaisuissa huomioidaan myös näiden uudistuva juridiikka.

Palveluasumisen tulevaisuussuunnitelma –alatyöryhmä tuottaa palveluasumisen tulevaisuuden (2018) toimintamallit huomioiden volyymit, optimaaliset hallinto- ja ohjausprosessit eri toimijoiden välillä (yksityiset, säätiöt, kunnat, esh) sekä yhteistyön avo- ja sairaalahoidon sekä sosiaali- ja asuntotoimen kesken.

Tila- ja väistösuunnitelmatyöryhmän tehtävänä ovat korjaustarpeiden ja investointien määrittely sekä konkreettiset mallit ja kustannuslaskelmat siirtymävaiheen osastohoidon tilaratkaisusta vuosina 2014-2018 yhteistyönä osaamiskeskustyöryhmän kanssa. Työryhmä tekee osastohoito ja päivystys –alatyöryhmän työn pohjalta laskelmia sekä osakeskitetyn että osahajautetun ratkaisun konkretisoimiseksi.

Alatyöryhmien syksyn työskentelyn tulos käsiteltiin tiekarttatyöryhmän väliseminaarissa 12.12.2013 (ks muistio liitteessä 6). Tiekarttatyöryhmä kokoontui vielä 21.1. ja 24.2.2014 käsitelläkseen alatyöryhmien työn tuloksia sekä linjatakseen yhteisiä suosituksia loppuraporttia varten. Tiekarttatyöryhmän puheenjohtaja Markku Mäkijärvi esitteli HUS-hallitukselle tiekarttatyöryhmän ajankohtaisimman työskentelytilanteen 27.1.2014. Tiekarttatyöryhmälle ja alatyöryhmille on perustettu interaktiivinen työtila HUS-ekstranettiin, jossa työryhmien tuottama materiaali on koko tiekarttatyöryhmän nähtävissä.

Alatyöryhmiin kutsuttiin tiekarttatyöryhmän ulkopuolisia asiantuntijoita ja kuntaedustajia. Jokaisessa alatyöryhmässä oli myös käyttäjän ja henkilöstön edustus. Seuraavassa esitellään alatyöryhmien työ tiivistelmien muodossa. Työryhmien loppuraportit löytyvät liitteistä 1-5. Yhteenvetokappale on sivulla 20.

Tiekarttatyöryhmän jatkotyöskentely 1.3.-30.4.2014 toteutettiin yhteistapaamiskierroksella HUS-sairaanhoitoalueiden johtajien ja psykiatrian tulosyksiköiden johtajien sekä tiekarttatyöryhmän varapuheenjohtajan, tulevan osaamiskeskusjohtajan, HySHA psykiatrian tulosyksikön varajohtajan, talouspäällikön sekä asiantuntijasihteerin kesken. Tapaamiset toteutettiin 19.3. (HySHA), 31.3. (LoSHA ja PoSHA) sekä 2.4.2014 (LUSHA). Näiden tapaamisten pohjalta syntyneet suuntaviivat käsitellään tiekarttatyöryhmän loppukokouksessa 23.4.2014. Tiekarttatyöryhmän loppuraportti jätetään 30.4.2014.

Tiivistelmät tiekartta-alatyöryhmien tuotoksista

Tiekartta-alatyöryhmä 1: Alueelliset erot ja tarpeet näytön pohjalta (pj Sami Pirkola)

Taustaa

Mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittämisen ajankohtainen suunta on kohti avohoitopainotteisempia ja monimuotoisempia palveluita. Tämä tarkoittaa nykyisten voimavarojen oikea käytön pohtimista ja erityisesti sairaalahoitojen kriittistä tarkastelua. Kansallisena psykiatrinen sairaansijojen määrällisenä tavoitteena pidetään tällä hetkellä 0,4 promillea eli 40 sairaansijaa 100 000 asukasta kohti koko väestössä.

Esitetyn sairaansijamäärän riittävyys ja koko mielenterveyspalvelujärjestelmän toimivuus nojaa ennen muuta mielenterveyspalveluiden laaja-alaiseen avopalveluiden saatavuuteen. Kriittisiä tekijöitä erityisesti sairaalahoitojen optimaalisen käytön kannalta ovat peruspalveluiden osaamis- ja voimavarakapasiteetti, erikoissairaanhoidon integroituminen perustasolle ja kaiken kaikkiaan varhainen ja oikea-aikainen mielenterveystyön aktiivisuus. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatioiden tavoitettavuus matalalla kynnyksellä, monipuolinen avohoido, akuuttisairaansijojen joustava käyttö, sekä ympärivuorokautinen liikkuva toiminta ovat kokonaisuuden kannalta kriittisiä osatekijöitä. Konkreettisimpia sairaalahoitojen pituuksiin vaikuttavia tekijöitä ovat sairaalasta uloskirjoitusten jälkeiset palvelut sekä erilaiset kuntouttavan (esim.työtoiminnan) - ja palveluasumisen muodot.

Suosituslukuja

Mielenterveyspalvelujärjestelmissä näyttää olevan kansainvälisissä vertailuissa merkittäviä eroja erityisesti laitoshoidon määrässä ja rakenteessa (Refinement).

Järjestelmien eroavuuksista huolimatta kansainvälinen Refinement –tutkijaryhmä on esittänyt eurooppalaiseksi viiteluvuksi 20 akuuttisairaansijan tarvetta 100 000 väestöpohjalle. Australialainen tutkijaryhmä toisaalla esittää kokonaisuudessaan 40 psykiatrisen laitospaikan riittävän vastaavalle väestöpohjalle, mikä vastaa nyt HUS piiriin tavoitteeksi asetettua 0,4 promillen tiheyttä (Harris, ym 2012). Kyseinen tutkijaryhmä jakaa suosituksensa 20 akuutti-, 10 jatkohoido-, 10 kuntoutuspaikkaan ja arvioi muuten tarvittavan 18 muita ”ei-kliinisiä” laitospaikkoja ja 70 tuetun asumisen ja palveluasumisen paikkoja sataa tuhatta asukasta kohden. Tämä sairaansijakokonaisuus asettaa tiettyjä suositusmääriä myös avohoidon lisääntyneelle tuelle. Tuettuun asumiseen riittävään järjestämiseen arvioidaan tarvittavan 33,6 henkilötyövuotta 100 000 väestöpohjaa kohden. Lisäksi itsenäistä asumista tukemaan arvioidaan tarvittavan 12,7 htv (Siskinds et al 2012).

Tietoa suomalaisen järjestelmän ja HUS –piirin mielenterveyspalveluista

HUS piirin sairaanhoitoalueet poikkeavat mielenterveyspalvelurakenteiltaan toisistaan jopa hämmästyttävän paljon. Erot liittyvät moniin paikallisiin historiallisiin, poliittisiin ja väestöllisiin eroihin ja näkyvät sekä laitospaikkarakenteessa että koko palveluvalikossa. (taulukko 1)

Taulukko 1. Sairaanhoitoalueiden aikuisväestöllisiä tunnuslukuja ja mielenterveyspalveluyksiköiden esiintyvyyksiä 2011-2012 taitteessa.

	Länsi- Uusimaa	Lohja	Hyvinkää	Porvoo	Helsinki	Jorvi	Peijas	Carea	Eksote	HYKS:n Erva	Harris ym.estim./ Ss/100
Väestö, yli 18v.	35316	70192	138973	74079	497814	227605	185984	141085	107612	1000	100000
MTI, ikävakioimaton	82	84,5	72,1	73,5	83,9	65,9	78	110,8	104,7		
Työttömyys	7,2	7,1	6	7,1	7,5	5,5	8	12,2	11,8		
Koul.v.pk.jälk. Miel.terv.pv.raha(24- 64v.)/1000	3	3,2	3,5	3,3	4,1	4,6	3,4	3	3		
Akuuttisairaalaos.ss:t	13,5	15,7	7,5	21,1	186	32,3	13,8	50	60	27	20
Ak ss/100 000	38,23	22,37	5,40	28,48	37,36	14,19	7,42	35,44	55,76		20
Ei-akuutti sairaalaos.	1,3	1,7	24	2,8	173,9	38,9	43,8	0	0	19,4	10
Vaikeahoit sairaalaos	0	0,6	15,6	1,7	17	7,8	10,3	0	0	3,6	
Sairaalan pitkäaikaisos	13,5	51,6	56,7	26,2	145,1	32,2	66,7	0	20	27,9	10
Lyhytaikainen hoito, muu kuin sairaala	16	0	0	0	56	101	15	24	30	16,4	18
Muu ei-akuutti ympäri vuorokautinen	0	14	20,7	0,6	199,5	178	19,1	56	67,5	37,6	
Asumispalvelu	29	59	110	52,6	417,3	116	342,1	259	95	100,1	70
Tehostettu asumispalvelu	63	146,5	227	164,3	778,4	29,2	235,8	58	314	136,4	70
Ss:t/ alue	28,3	69,5	103,8	51,8	522	111,2	134,7	50	80	77,9	40
Ss:t/alue/ 100 000	80,1	99	74,7	69,9	104,9	48,9	72,4	35,4	74,3	77,9	40
Asumispalveluyht.	92	205,5	337	216,8	1195,7	145,2	577,9	317	409	236,4	
Asumispalv./100000	260,5	292,8	242,5	292,7	240,2	63,8	310,7	224,7	380,1	236,4	140

Refinement –hankkeen kartoituksessa 2011 -2012 sairaanhoitoalueiden palveluiden monimuotoisuus oli merkittävässä määrin yhteydessä väestöpohjan suuruuteen.

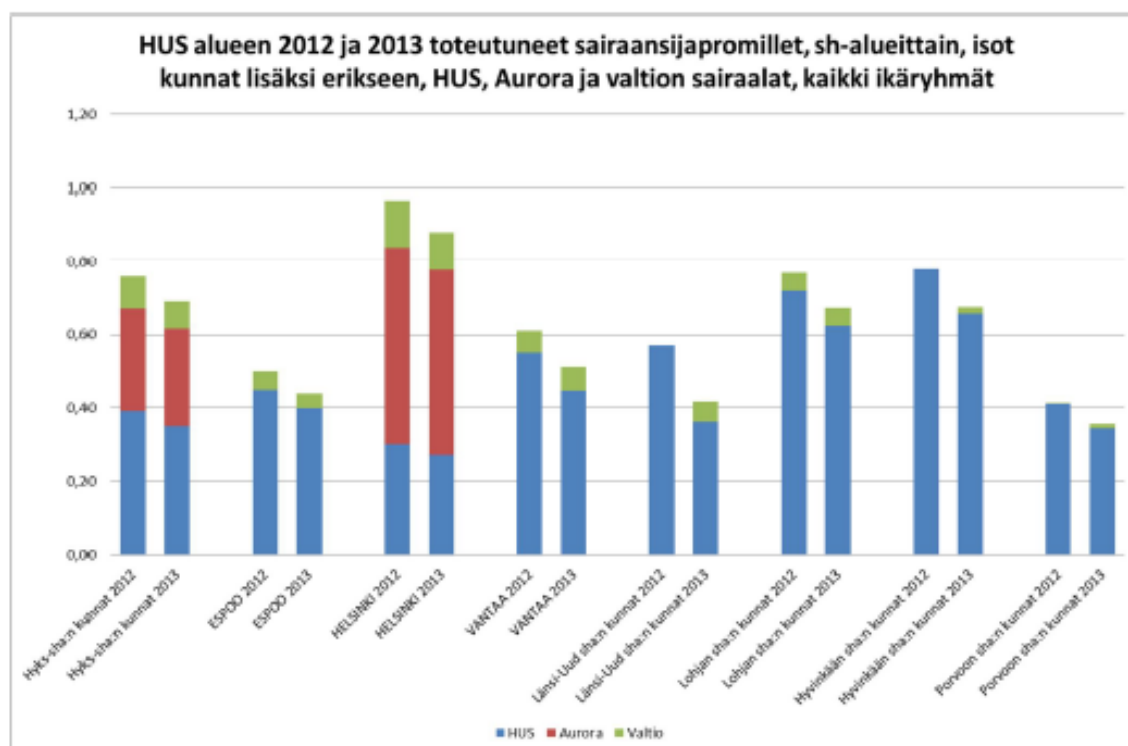
Sairaanhoitoalueiden sairaansijat 2011-2013

Tammiharjun sairaalan psykiatrinen laitoshoidon sopeutettiin vuosina 2011-2012 vastaamaan sairaanhoitoalueen potilaiden tarpeita ja keskittämällä HUS-tasoinen vaativa sairaalakuntoutus Kellokosken sairaalaan.

HYKS:n Jorvin alueen sairaansijojen muutos kompensoitiin muun muassa Jorvin alueen avohoidon vahvistamisella, perustamalla mm. niin sanottu aktiivisen yhteisöhoiton (ACT) tiimi. Tilastoissa Länsi-Uudenmaan sairaansijatiheys näyttäytyy korkeana vielä vuoden 2011 tilastoinnissa, mutta vuonna 2013 se on jo 0,4 promillen tavoitteessa.

Vuoden 2013 lopulla tehdyn ennusteen perusteella kaikilla sairaanhoitoalueilla oli nähtävissä sairaansijamäärien ajankohtaista laskua. (Kuvio 1.) Vuoden 2013 lopullisiin sairaansijamääriin on liitetty myös Helsingin kaupungin Auroran sairaalan hoitopäivien mukaiset sairaansija-arviot (85% täyttöasteen mukaan). (Kuvio 2.)

Kuvio 1. Sairaanhoitoalueiden sairaansijat vuonna 2012 ja 2013: vähenemää kaikilla alueilla:

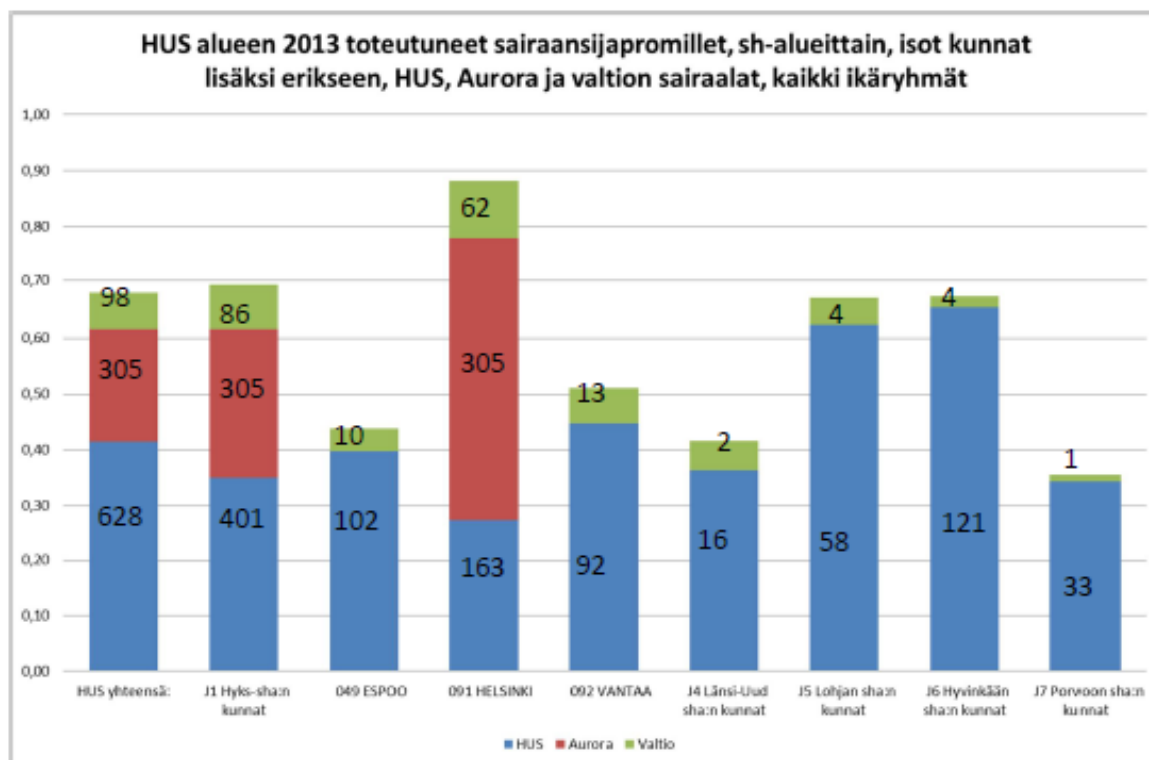


15.1.2014

Antti Hemmi

6

Kuvio 2. Vuonna 2013 toteutuneiden hoitopäivien mukaiset sairaansijat 85% käyttöasteen mukaisina arvioina



15.1.2014

Antti Hemmi

5

Yhteenvetoa:

- ☐ HUS -alueen sairaansijamäärät edelleen laskussa
- ☐ Sairaansijojen laskun sovitulle tasolle (0,4 promillea) pitäisi olla mahdollista:
 - ☐ Kehittämällä ja integroimalla monipuolista avohoitoa
 - ☐ Priorisoimalla toimivia, dynaamisia asumispalveluita
 - ☐ => Kohdistamalla erityishuomiota sairaalahoitojen alku- ja loppupäihin
 - ☐ Huomioimalla alueellisia erityisolosuhteita; mielenterveysindeksiä voidaan harkiten käyttää korjaamaan keskimääräisiä estimaatteja tarveperusteisiksi
- ☐ Kokonaisuus on kompleksinen ja kaikkien päätösten tueksi ei löydy luotettavia lukuja
 - ☐ Sairaanhoidoalueiden palvelurakenteiden eroja selittävät myös historialliset syyt
- ☐ Vanhuspsykiatrian estimaateissa väestön ikääntymisen vaikutusta vaikea arvioida

Alatyöryhmän 1 raportti kokonaisuudessaan tiekarttaryhmän työtilassa:

<http://extranet.hus.fi/teams/psyktiekarttatyoryhma/default.aspx>

Tiekartta alatyöryhmä 2 – Avohoidon ja päihdehuollon kehittämislinjaukset (pj Matti Holi)

Tehtävänanto ja tarkennukset:

- 1) Toimintamalleja psykiatrisessa avohoidossa 2018? -kuntayhteistyö ja palveluketjut potilasryhmittäin
- 2) Mielenterveys- ja päihdetyön integraatio -toiminnalliset ja hallinnolliset näkökulmat
- 3) Toimintamallit ja periaatteet avo- ja osastohoidon yhteistyön toimivuuden takaamiseksi

Työstetyt teemat, argumentit ja suositukset: Psykiatrisen avohoidon toimintamallit

Näyttää on siitä, että avohoitopalveluissa tulee pyrkiä laajaan kirjoon ja monipuolisuuteen. Eri alueiden kuntien erilaiset ratkaisut ovat johtaneet myös erilaisiin ratkaisuihin erikoissairaanhoidon avohoitopalveluissa, ja erilaisiin hoitoketjuihin. Runsaasti suositeltavia avohoidon toimintamalleja on jo olemassa. Kunkin alueen osalta puuttuvia elementtejä tulisi täydentää avohoitopalveluiden optimoimiseksi. Seuraavassa jaottelu avohoidon palveluille, joiden pohjalta raportissa on runsaasti suosituksia

a) Kolmannen sektorin toimintojen koordinointi

Suositus 1: Mielenterveystalo-palveluportaalin laajempi käyttö alueellisessa koordinoinnissa ja potilaiden itsehoidon tukena.

Suositus 2: Tiivis ja järjestelmällinen yhteydenpito ja yhteinen suunnittelutoiminta portaalissa listattujen 3 sektorin toimijoiden suuntaan.

b) Perustason toiminnan turvaaminen

Suositus 3: Kaikki alueet täydentävät raportissa esiteltyjen toimintamallien osalta ns. puuttuvat palikat.

Suositus 4: Vaikeasti hoidettavien tai runsaasti hoitopalveluja käyttävien potilaiden ympärille rakennetaan hoitoryhmiä, joissa on jäseniä eri organisaatioista.

Suositus 5: Yhteistyötapaamisten ja koordinoinnin ohella tulisi lisätä yhdessä tehtävää työtä. Tämä edellyttää liikkuvuutta, tuttuutta organisaatioissa ja tiettyjen ”suurkuluttajapotilaiden” osalta myös yhteisiä ja ennalta sovittuja kirjaamiskäytäntöjä.

c) Toimintamallit PTH-ESH rajapinnalla

Suositus 6: Näyttöön perustuvia varhaisvaiheen hoitoja tulisi kaikkialla lisätä. Näitä hoitoja tulisi järjestää ja niiden laatua valvoa ESH:n toimesta.

Suositus 7: Elinikäisistä sairauksista kärsiville tulee harkita ns. stabiilin vaiheen seurantapoliklinikoita

Suositus 8: Verkostoituvan työn ja ensipsykoosihoitojen mallit tulisi rakentaa kaikille alueille.

d) ESH:n tehostetun avohoidon mallit (Liikkuva toiminta, päivystävä avohoito, päiväosastot, adherensipkl:t)

Suositus 9: Alueet täydentävät itseltään puuttuvat tehostetun avohoidon mallit, ja etäällä olevat alueet käyvät läpi erilaisia somaattisten osastojen yhteydessä toimivia kriisiyöpymismahdollisuuksia.

e) ESH:n elektiivinen avohoito.

Suositus 10: HYKS Osaamiskeskuksen tertiääritoimintoja arvioidaan ja määritellään yhdessä kaikkien käyttäjien kanssa.

f) Kroonisten potilaiden kannattelu ESH-PTH-3. Sektori – yhteistyössä.

Suositus 11: Kattava, ja potilaan luvalla kaikki relevantit tahot huomioiva hoitosuunnitelma tulee ottaa käyttöön laajakirjoisesti palveluita käyttävillä potilasryhmillä. Tämä hoitosuunnitelma tulee kirjata siten, että se kattaa kaikki hoidon portaat ja se tulee saada näkymään kaikissa tietojärjestelmissä ja edelleen sen tulee olla potilaalla itsellään.

Mielenterveys- ja päihdetyön integraatio

Työryhmä pohti malleja hoitoketjuittain, ja totesi, että nykyistä suurempi resurssien ja hallinnon yhdistäminen alueellisessa päihde- ja mielenterveystyössä voisi luoda edellytykset nykyistä optimaalisempiin avohoidon ratkaisuihin. Toisaalta tällaiseen yhdistämiseen liittyvät porrastuskysymykset askarruttivat työryhmää. Kuinka päihde- ja mielenterveystyön yhdistävässä yksikössä voidaan säilyttää terveyskeskusten tarjoama yleislääketieteellinen viitekehys yleisimpien mielenterveydenhäiriöiden osalta?

Päihde ja mielenterveystyön Integraatioon on ideologista ja poliittista painetta. Työryhmä kävi läpi pääkaupunkiseudun erilaiset mallit, jossa oli joko perus- (Espoo) tai sekundaaritason (Helsinki) integraatio, tai päihdetyö ja mielenterveystyö olivat eri organisaatioissa (Vantaa). Työryhmä ei päässyt yksimielisyyteen hallinnollisen integraation välttämättömyydestä mutta se laati runsaasti toiminnalliseen integraatioon liittyviä suosituksia, jotka liittyivät tiloihin, sairaskertomusjärjestelmään ja käytäntöihin.

Suositus 12: Alueella tulisi olla käytäntöjä ja tiloja, jotka mahdollistaisivat eri toimijoiden ja eri organisaatioiden työntekijöiden yhteispalaverit potilaan asioissa luontevasti. Tietoteknisten ratkaisujen tulee tukea tällaista yhteistyötä.

Suositus 13: Palveluiden vahvempaa integrointia tiettyihin tärkeisiin kiinnekohtiin / ankkureihin, ainakin terveyskeskukseen ja kunnan sosiaalityöntekijään, joille tulisi taata helposti saatava tuki sekä mielen- terveys- että päihdeasioissa. Varsinkin päihdetyön osalta työryhmä suosittelee parempaa toiminnallista integraatiota.

Suositus 14: Toiminnallinen integraatio terveyskeskuksiin ei saa estää sitä, että ennaltaehkäisy ja perustason tukeminen tulee olla suunniteltua yhteistyössä psykiatrian ja päihdelääketieteen kanssa.

Avo- ja osastohoidon yhteistyö

Työryhmä näki tämän keskeisenä elementtinä toimivassa avohoitopainotteisessa järjestelmässä. Joustava osaston tuki parantaa avohoidon mahdollisuuksia selvittää kaikkien potilasryhmien hoidosta. Usealla alueella on yhteistyömuotoja, jotka ovat hyötyneet osastojen paikallisuudesta, ja työryhmä suositteli näitä toimintamalleja. Työryhmä teki ehdotuksen ns. avohoidon tukiosastomallista, joka toimii yhteistyössä somaattisen päivystyspisteen kanssa. Tukiosaston yhteyteen sijoittuisi valtaosa alueen poliklinisesta toiminnasta.

Suositus 15: Joustavaa ja nopeaa osaston käyttöä varten tarvitaan paikallista osastokapasiteettiä. Tämän kapasiteetin tulisi olla Yhteispäivystyspisteen läheisyydessä.

Suositus 16: Mikäli psykiatrasta päivystystä alueellisessa toiminnassa ei ole, tiivis yhteistyö TK-päivystykseen olisi elinehto.

Suositus 17: Potilaiden kuntoutussuunnitelmat tehdään pääosin avohoidossa

Suositus 18: Kehitetään välittömästi tilastointimenetelmiä, jotka mahdollistavat koko alueen potilasvirtauman seurannan.

Tiekartta-alatyöryhmän 2 loppuraportti on nähtävissä kokonaisuudessaan tiekarttatyöryhmän työtilassa:

<http://extranet.hus.fi/teams/psyktiekarttatyoryhma/default.aspx>

Tiekartta-alatyöryhmä 3: Osasto- ja päivystystoiminnot (pj Grigori Joffe)

Työskentelyn lähtökohdat

Työryhmän työskentelyn lähtökohtana oli HUS-hallituksen asettama tavoitteellinen mitoitus 0,4 promillea eli 4 sairaalapaikkaa 10 000 asukasta kohti HUS-alueella, joka toteutetaan vuoteen 2018 mennessä. Edellä mainittu tavoite ja aikataulu edellyttävät avohoidon voimakasta kehittämistä. Alueellisen avohoidon tukena toimii psykiatrisia sairaalapaikkoja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kuntia varten Raaseporissa, Lohjan sairaanhoitoalueen kuntia varten Lohjalla ja Porvoon sairaanhoitoaluetta varten Porvoossa. Näissä alueellisissa yksiköissä on sairaalapaikkoja enintään puolet koko alueen sairaalapaikkatarpeesta muiden sairaalapaikkojen sijaitessa koko HUS-alueen keskitetyissä psykiatrian yksiköissä.

Työryhmän tuotokset

Työryhmän arvioitavana ja jatkotyöstettävänä oli kaksi vaihtoehtoista osastohoitomallia: ns. osakeskitetty ja osahajautettu malli. Osakeskitetty malli perustuu alueella sijaitsevan psykiatrisen intensiivisen avohoitoyksikön sekä yhteispäivystyksen yhteydessä oleviin yöpymismoduulipaikkoihin, joiden turvin pystytään kattamaan psykiatrisen osastohoidon tarve lukuun ottamatta pakkotoimenpiteitä vaativaa osastohoittoa, jotka tarjotaan keskitetysti. Kyseessä on intensiivisen ja ympärivuorokautisen psykiatrisen avohoidon tukiosasto. Osahajautetussa mallissa HUS-alueilla toimivat psykiatriset osastot, joiden yhteydessä tarjotaan 24/7 psykiatripäivystys. Myös osahajautetussa mallissa hyödynnetään keskitettyjä paikkoja vaativassa osastohoidossa.

Työryhmä konkretisoi sairaansijojen ja resurssien osalta kaksi osakeskitettyä ja kaksi osahajautettua mallia. ”Aluepainotteisessa” osakeskitetyssä mallissa (a2) alueella sijaitsevien intensiivisten avohoitoyksiköiden koko sekä yöpymispaikkojen määrä on suurempi kuin osakeskitetyssä mallissa (a1). ”Lohja-painotteisessa” osahajautetussa mallissa (b2) Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan kaksi psykiatrista osastoa sekä Lohjan että Länsi-Uudenmaan osastohoitotarpeita varten. Osahajautettu malli (b1) pitää sisällään alueille jäävät osastot (Hyvinkää 2 ja muut 1).

Mallien sairaansijajakaumat ovat:

	LUSha	PoSha	LoSha	HySha	Hyks Jorvi ja Peijas	Keskit. ⁽¹⁾	Yht.
a1. Osakeskitetty	4	8	8	16	22	428	486
a2. Aluepainotteinen osakeskitetty	8	16	16	30	45	371	486
b1. Osahajautettu	8	16	16	30	107	309	486
b2. Lohja-painotteinen osahajautettu	8 ⁽²⁾	16	20	30	107	305	486

⁽¹⁾ Sisältää alueiden käytössä olevat nuoriso-, aikuis-, gero- ja oikeuspsykiatrian paikat sekä HUS:in Helsingille tuottamat paikat

⁽²⁾ Lohjan sairaalan yhteydessä olevia paikkoja

Vuotuisten toimintakustannusten osalta ilman investointikustannuksia edullisin malli oli osakeskitetty malli (a1). Sen avulla on osahajautettuihin malleihin verrattuna mahdollista siirtää HUS alueellisen mielenterveys-työn avohoidon tarpeisiin alueilla vuosittain n. 5.1 M€, mikä vastaa n. 102 avohoidon työntekijän panosta.

Työryhmä jätti kysymyksen valittavasta mallista avoimeksi. Seuraavassa on esitetty sairaanhoitoalueiden kannanotot malleihin (kannanotoissa alustava muotoilu, tarkemmat kommentit liitteessä 2):

- **Henno Ligi (LuSHA):** Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue kannattaa ”aluepainotteista osakeskitettyä mallia” (a2). Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella on jo saavutettu ja alitettu 0,4 promillen sairaalapaikkojen tavoite intensiivisen avohoidon ja joustavan sairaalahoidon avulla. Nykyinen sairaalaosasto tarjoaa intensiivisen avohoitoyksikön potilaille tarvittaessa lyhytaikaista yöpymistä ja kriisihoitoa osastolla. Tämä palvelu vastaa tulevaa yöpymismoduulin palvelua ja on täälläkin todettu joustavaksi ja tehokkaaksi. Länsi-Uudellamaalla ei tarvita 8-paikkaista yöpymismoduulia varten mitään uusia investointeja. Tilajärjestelyt voidaan toteuttaa olemassa olevissa tiloissa.
- **Hannu Saloheimo (LoSHA):** Lohjan sairaanhoitoalue pitää parhaimpana ratkaisuna (asia käsitelty kuntien valtuustoissa, sairaanhoitoalueen virkamiesjohdossa, sairaanhoitoalueen lautakunnassa seminaarimuodossa ja alueen terveydenhuollon johtoryhmässä) mallia b2, ”Lohja-painotteinen osahajautettu malli”, jossa 28 sairaansijaa (toiminnallinen ja taloudellinen näkökulma ja eri hoitomuotojen saavutettavuusnäkökulma), psykiatrinen paikallaolopäivystys (nykyisen järjestelmän muuttaminen, jossa ei tule esiin merkittäviä taloudellisia vaikutuksia) järjestetään lain ja asetusten mukaisesti.
- **Ritva Helin (PoSHA):** Porvoon sairaanhoitoalue pitää psykiatristen potilaiden hoidon kannalta parhaimpana osahajautettua mallia, joka Porvoon osalta on sama sekä vaihtoehdossa b1 että b2. Tämä tarkoittaa 16 sairaansijan psykiatrista osastoa Porvoon sairaalassa sekä ympärivuorokautista psykiatrian erikoisalan päivystystoimintaa.
- **Risto Vataja (HySHA):** Esitetyistä malleista voisi Hyvinkäällä parhaiten toimia ”aluepainotteinen osakeskitetty” malli b2, jossa olisi runsaahkosti (esim 14-18) yöpymispaikkoja ja aktiivinen päiväosasto. Pakkotoimia vaativat tilanteet keskitettäisiin, suurimmaksi osaksi Kellokoskelle. Hyvinkään alueella on huomiotava vielä Kellokosken sairaalan päivystystoiminnan jatkuminen kaikissa malleissa. Hyvinkään sairaalan viereen on suunnitteilla Hyvinkään terveyskeskuksen ja HUS:n yhteinen sairaalarakennus, johon vähintäänkin em. toiminnot mahtuisivat.
- **Grigori Joffe (HYKS):** Hyks-sairanhoitoalue kannattaa osakeskitettyä mallia (a tai b). Psykiatrisen hoitojärjestelmän strateginen kehittämissuunta on sairaalapaikkojen vähentäminen ja avohoidon vahvistaminen. Vaikka raportissa painotetaan sairaalapaikkojen lukumäärää ja keskittämistä, kyse on perustavanlaatuisesta palvelujärjestelmän muutoksesta ja uudenlaisen ”ekosysteemin” luomisesta. Osakeskitetty ratkaisu näyttää mahdollistavan vahvan alueellisen ympärivuorokautisen avohoidon vahvistamisen (koko HUS-alueella jopa 5.1 M€/vuosi) monipuoliseksi, joustavaksi ja helposti saavutettavaksi sekä potilasryhmäkohtaisesti erikoistuneiden osastopalveluiden kehittämisen. Raskaampaa osastohoitoa ja tahdosta riippumattomia toimenpiteitä (ja täten keskitettyjen osastojen palveluja) tarvitsevien potilaiden määrä pienenee merkittävästi. Näiden yhä harvempien potilaiden ambulanssimatkat pitenevät, mutta he saavat juuri heidän omaan kulloiseenkin tarpeeseen huippuosaamiseen erikoistuneita osastopalveluja. Nämäkin potilaat yhä lyhyempien sairaalahoidojaksojen jälkeen (ja usein näitä ennenkin) tarvitsevat ensisijaisesti hyviä, helposti saavutettavia ja monipuolisia avohoitopalveluja, joita pystytään rahoittamaan osakeskittämisen vapauttamien voimavarojen avulla. Malli vastaa parhaiten HUS:n strategiseen tuottavuustavoitteeseen. Syntyvä rationointihyöty tulee kohdistaa ensisijaisesti ESH:n ja perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Näin voittavat kokonaisuudessa KAIKKI potilaat.
- **Pia Rainio (käyttäjäedustaja, Mielenterveyden keskusliitto):** Hoidon jatkuvuuden kannalta tulisi kiinnittää erityistä huomiota sairaalahoidosta avohoitoon siirtymisen nivelkohtaa ja taata potilaalle hoitopolun

jatkuvuus. Psykiatrisille potilaille tulisi mahdollistaa erikoistunut psykiatrinen hoito. Potilaille helpottavinta ja edullisinta olisi aina taata mahdollisuus saada kevyintä mahdollista hoitoa lähellä kotoa kuitenkin niin että hoito on riittävää ja laadukasta. Jos erikoistunut psykiatrinen hoito kuitenkin vaatii hoidon keskittämistä, tulisi psykiatrisen sairaalan sijaita asutuskeskuksessa hyvien liikenneyhteyksien päässä.

- **Mirja Karhinen (henkilöstön edustaja):** Henkilöstö kannattaa intensiiviavohoidon lisäämistä ja kehittämistä, mutta sen lisäksi pitää olla riittävästi sairaalapaikkoja ja mieluummin lähellä. Yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä tulee olla joustavaa ja osastohoitoon pääsyn kitkatonta. Henkilöstörakenteen ja -määrän tulisi vastata alueiden tarpeita väestönkasvu huomioiden. Kaiken kaikkiaan on toivottavaa, että ratkaisut mahdollistavat joustavan ja tarpeenmukaisen henkilöstön sijoittelun ja tilojen käytön, koska tulevia tarpeita on vaikea tarkkaan ennustaa (osakeskitetyssä mallissa mietityttävät asiat liitteessä 1).
- **Jukka Kärkkäinen (THL):** Psykiatrinen avohoito ja vahva perustaso ovat psykiatrisen hoitojärjestelmän perusta. Alueiden erikoisosajaajat löytyvät erikoissairaanhoidon avohoidosta, jota on kehitettävä intensiivisempään suuntaan. Avohoidon tukena ovat yöpymismoduulit, joilla vältetään raskas sairaalahoito, tämä edellyttää myös helposti tavoitettavissa olevaa avohoitoa. Psykiatrinen sairaalahoito tulee keskittää Suomessa, tälle löytyy laatu-, säästö-, ja juridiikkaperusteita. Suomessa juridiikan osuus vahvenee koko ajan, tulossa on kiristyviä vaatimuksia potilaiden rajoittamisen edellytyksistä ja asiantuntijan (psykiatrin erikoislääkärin) tulee löytyä paikalta kun rajoituspäätös tehdään, mikä on keskeinen tahdonvastaisen hoidon laatuksiteeri. Myös pakon vähentäminen on helpompaa keskitetyssä ratkaisussa. Psykiatriassa osastohoidon keskeinen tehtävä on olla turvastrukturi ja suoriutua tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamisesta mutta osastohoidolla ei yleensä ole sisällöllisesti muuta erityistarjottavaa, mitä avohoidossa ei voisi hoitaa. Sairaala/laitoshoidon tarvitaan, mutta mahdollisimman minimaalisesti. HUS alueen koon takia keskittämisestä syntyy iso sairaala mutta tämä ei ole ongelma vaan pikemminkin etu. Tämä on eri asia verrattuna vanhoihin suuriin mielisairaaloihin jotka sijaitsivat kaukana asumiskeskuksista. Uusi moderni sairaala mahdollistaisi esim. mielialapotilaille, neuropsykiatrisille potilaille ja skitsofreniapotilaille omat häiriökohtaiset erikoistuneet osastonsa kuten somaattisissa sairauksissa. Sairaalan saavutettavuus alle kahdessa tunnissa on hyvä, keskeistä on se miten turvattu kuljettava yksikkö on, kuljetus ei yleensä ole ongelma vaikeissakaan tilanteissa. Keskittäminen tuo skaalaetua, kun taas alueilla lähellä oleva osasto saattaa jopa sinällään lisätä osastonhoitoa

Tiekartta-alatyöryhmän 3 loppuraportti on nähtävissä kokonaisuudessaan tiekarttatyöryhmän työtilassa:

<http://extranet.hus.fi/teams/psyktiekarttatyoryhma/default.aspx>

Tiekartta-alatyöryhmä 4: Palveluasumisen tulevaisuussuunnitelma (pj Martti Heikkinen)

Tehtävänanto ja työskentelyn lähtökohdat

Palveluasumisen tulevaisuussuunnitelmaa suunnittelevan työryhmän toimeksiantona oli luonnostella palveluasumisen tulevaisuuden (2018)

- volyymit
- ohjaus (alueellisen ja keskitetyn jakokulma)
- toimintamallit
- hallinto (yksityiset, säätiöt, kunnat, psykiatrinen esh)
- yhteistoiminta avo- ja sairaalahoidon sekä sosiaali- ja asuntotoimen kanssa

Työryhmä perehtyi palveluasumisen järjestelyihin Espoon, Helsingin, Hyvinkään, Järvenpään, Karviaisen (Karkkila ja Vihti), Lohjan, Mäntsälän, Nurmijärven, Siuntion, Tuusulan ja Vantaan alueilla.

Työryhmän työskentelyn pohjana oli myös STM:n valtakunnallinen palveluasumisen kehittämissuositus. Sen mukaan mielenterveyskuntoutuja asuu lähtökohtaisesti **omassa kodissaan**. Jos hänellä ei ole käytössään hänelle soveltuvaa asuntoa, häntä avustetaan hankkimaan sellainen. Tarvittaessa hänelle järjestetään tukiasunto tai palveluasuminen tarkoitukseen varatussa asumispalveluyksikössä. Asumismuodosta riippumatta mielenterveyskuntoutujalle järjestetään kuntouttavia palveluja, joilla tuetaan hänen kuntoutumistaan ja itsestä selviytymistään. STM:n kehittämissuositus koskee sekä julkisia että yksityisiä palveluja ja sen mukaan toiminnan tulee rakentua seuraaville periaatteille:

1. Palvelut järjestetään suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä
2. Asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut
3. Laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutumista
4. Henkilöstön määrä ja osaaminen määräytyvät kuntoutujien tarpeiden mukaan
5. Palvelujen arviointia ja valvontaa kehitetään
6. Kuntoutujalla ja hänen omaisillaan tulee olla tieto siitä, millaisia palvelukokonaisuuksia on tarjolla ja mitä niiltä voidaan vaatia
7. Kuntoutujalla ja hänen omaisillaan tulee olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa kuntoutuksen suunnitteluun ja palvelujen kehittämiseen

Palveluasumisen tilanne HUS-alueella

- Kunnilla on erilaisia toimintatapoja ja järjestämismalleja kunnan koosta ja toimintaperinteistä riippuen
- Hyksin ja ERVA:n alueella on 4400 päihde- ja mielenterveyskuntoutujille tarkoitettua palveluasumispaikkaa. Suurin osa resursseista kohdistuu laitospäivähoitoon ja palveluasumiseen, kotiin vietävän asumisen tuen osuus on ostopalveluista hyvin pieni. Palveluasumisen kokonaiskustannukset ylittävät 100 M€ vuodessa.
- Palveluasumisen toimijoita on HUS-alueella useita kymmeniä, koordinaatio on erittäin haasteellista. Palveluntuottajat käyttävät erilaisia ja kotikutoisia asukkaiden toimintakykyä osoittamaan toimintansa laatua.

- Suurimman osan palveluasumisesta tuottavat yksityiset yritykset (Mehiläinen, Attendo, lukuisat pienyritykset ym.) tai säätiöt (Y-säätiö, Lilinkotisäätiö [Hki], ASPA); kunnan oma tuotanto on olematonta tai melko vähäistä
- Yksityissektorin toiminta näyttää olevan keskittymässä: isot vakavaraiset kansainväliset toimijat ostavat pienyrityksiä
- Monin paikoin asumispalveluihin jonotetaan akuutti- tai kuntoutuspsykiatrisella sairaansijalla (esim. Auroran sairaalassa n=70-80 jonottajaa)
- Palveluasumisen kuntoutusketju kohti itsenäistä asumista ei vedä, koska toiminnan pääpaino on palveluasumisessa, ei niinkään itsenäisen asumisen tuessa tai kotiin vietävissä palveluissa
- Isoilla kunnilla on vakiintuneempia yhteistyömuotoja kuntien sosiaalitoimen ja asuntotoimen kanssa
- Esim. Espoossa on pitkät perinteet yhteistyöstä psykiatristen potilaiden palveluasuminen järjestelyissä
- Vantaalla psykiatrinen erikoissairaanhoito on aktiivisesti mukana asumispalveluiden kilpailutuksessa ja laadun valvonnassa

Työryhmän suositukset

Palvelukokonaisuuksia koskevien suositusten lähtökohdat ja tavoitteet

Mielenterveyskuntoutujien asumista ja palvelujen kokonaisuutta koskevien suositusten lähtökohdat ja tavoitteet voidaan kiteyttää seuraavasti:

- Hyvin hoidetut mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut parantavat kuntoutujien elämänlaatua ja vähentävät erikoissairaanhoidon kustannuksia.
- Ensisijaisena tavoitteena on turvata asuminen asiakkaan omassa kodissa. Paluu omaan kotiin varmistetaan myös hoitajaksojen jälkeen.
- Pitkäaikaisessa palveluasumisessa asumisen laadun on vastattava yleisiä asumisen standardeja.
- Riittävät ja tarkoituksenmukaiset kuntouttavat palvelut turvataan sekä omassa asunnossa että asumispalveluyksikössä asuville.

Palvelut tulee järjestää suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä

- Palveluasumisen kehittämisen haasteena on toimivan palvelukokonaisuuden luominen, koska toimijoita on paljon, ja ne sijaitsevat eri hallintokunnissa. Palvelujen tuottajia ovat pääsääntöisesti yksityiset yritykset tai säätiöt. Lisäksi yksittäisen palveluprosessin käynnistäjä ja lopullisen järjestämisvastuun kantaja voivat olla eri tahoja, esimerkiksi tilanteessa, jossa siirtyminen palvelujen piiriin tapahtuu mielenterveyspotilaan kotiutuessa sairaalasta.
- Sairaalahakson loppuvaiheessa erikoissairaanhoito usein aloittaa palvelujen tarjonnan kartoituksen, mutta sairaalahakson päättyessä vastuu niiden järjestämisestä siirtyy kunnan sosiaalitoimeen ja asuntotoimeen. Toimivien palvelukokonaisuuksien syntyminen edellyttää palvelujen suunnittelua yhteistyössä eri toimijoiden kesken niin kunta- kuin yksilötasollakin. Kriittisiä avaintekijöitä palveluasumisesta itsenäiseen asumiseen siirtymisessä ovat asuntotarjonta ja jalkautuva palvelujärjestelmä.
- Kunnan mielenterveystyön kokonaissuunnitelma on hyvä perusta suunniteltaessa mielenterveyskuntoutujien asumisen ja kuntouttavien palvelujen kokonaisuutta kuntatasolla. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen mukaan kokonaissuunnitelma tulisi olla kaikissa kunnissa.
- **Asiakaskohtaisen kuntoutussuunnitelman** avulla taas voidaan varmistaa, että jokainen kuntoutuja saa tarvitsemansa palvelukokonaisuuden silloinkin, kun palveluntuottajia on useita. Asiakas / potilaskohtaisen suunnitelman laatimisesta säädetään sosiaalihuollon asiakaslaissa (7 §) ja potilaslaissa (4 a §).

- Toiminnan, resursoinnin ja hankintojen painopiste tulee siirtää tavanomaisesta palveluasumisesta kohti itsenäistä asumista ja kotiin vietäviä palveluita. Kuntien tulee suosia palveluntuottajia, joilla on osaa- mista kuntouttaa asukkaita itsenäiseen asumiseen.
- Palveluasumisen potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita, psykiatriset oireet ovat vain osa hoidon ja hoivan tarpeesta, mikä painottaa hyvää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa.
- Tiedonkulkua tulee parantaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja kuntien asumispalveluista vastaavien viranomaisten välillä **Navitaksen** käyttöä tehostamalla: katseluoikeus tulee hakea myös muille kuin lää- käreille
- Palveluasumista tarvitsevat mielenterveyskuntoutujat tulee voida identifioida ajoissa Navitaksesta ja toi- miin tulee ryhtyä proaktiivisesti. Tarvitaan hyvä tiedonkulku potilaan palveluasumisen tarpeesta kuntiin, niin että yllätyksiltä ja kiireellisiltä sijoituksilta voidaan välttyä
- Palveluasumispaikkoja ja asumisen tukea tarvitaan myös muille potilasryhmille kuin psykoosipotilaille (esim. vaikeat mielialahäiriöt, vaikeat persoonallisuushäiriöt, kroonisesti itsetuhoiset potilaat)
- Normisuosituksen 140/100 000 asettaminen tavoitteeksi edellyttää vahvaa tahtotilaa tukea itsenäistä asumista. Tavoitteen mukainen tilanne tarkoittaa tehostetun- ja tavallisen palveluasumisen vähentä- mistä puoleen nykyisestä, ja resurssien siirtämistä jalkautuvaan itsenäisen asumisen tukemistyöhön. Tämä edellyttää riittävää ja monipuolista (yksiöt, kaksiot, soluasunnot) asuntojen tarjontaa kuntoutujille, kotiin vietäviä tarpeen mukaan räätälöityjä ja muuttuvia palveluita, asumisen monipuolista tukea, säh- köisten viestimien käyttöä, kuntouttavaa ryhmätoimintaa, mahdollisuutta mielekkääseen päivätoimin- taan sekä kolmannen sektorin ja vapaaehtoisten osallistumista.

Erikoissairaanhoidon tulee konsultoida ja tarvittaessa koordinoida

- Erikoissairaanhoidon kannattaa resursoida palveluasumisen laatuun, esim. antamalla asiantuntija-apua kilpailutuksessa, asukkaiden psykiatrisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisessä ja arvioimalla lää- kehoidon ja kuntoutussuunnitelman toteutumisen asianmukaisuus vuosittain
- Nopea ja joustava ja tarvittaessa jalkautuva konsultaatiotoiminta voi estää tilanteen kriisiytymisen sai- raalahoitoa vaativaksi. Asukkaiden päihteiden käyttö heikentää yleistä asumisviihtyvyyttä ja päihteiden käyttäjän kuntoutumisedellytyksiä. Vaarana on ajautua asunnottomuuteen. Päihdetyöntekijän konsul- taatiot ovat tarpeen päihdeongelmaisten asukkaiden ja henkilökunnan tukemiseksi
- Ylikäyttömaksu on tehokas työkalu, mutta yhteistyötä kannattaa tehdä proaktiivisesti ylikäyttömaksujen välttämiseksi
- Erikoissairaanhoidon tulisi aktiivisesti tarjoutua yhteistyökumppaniksi ja ottaa kuntien niin halutessa koordinoiva rooli palveluasumisen kokonaissuunnitelmassa
- Psykiatrian osaamiskeskuksessa voisi olla esim. 'Palvelu- ja tukiasumisen huippuyksikkö' joka voisi olla aktiivisesti mukana tukemassa kuntia ja luomassa yhteistyön malleja sosiaalitoimen, perusterveyden- huollon, kokemusasiantuntijoiden, muiden toimijoiden ja erikoissairaanhoidon välille
- Säätiöt joutuvat vastaamaan monenlaisten erityisryhmien asunnon tarpeesta. Mielenterveyskuntoutu- jien asemasta on pidettävä huolta korkean tason neuvotteluissa joissa kuntien asuntotoimi ja rakennut- tavat asuntoja hankkivat säätiöt ovat mukana

Tiekartta-alatyöryhmän 4 loppuraportti on nähtävissä kokonaisuudessaan tiekarttatyöryhmän työtilassa:

<http://extranet.hus.fi/teams/psyktiekarttatyoryhma/default.aspx>

Tiekartta-alatyöryhmä 5: Psykiatrian tila- ja väistösuunnitelmat (pj Raija Kontio)

Työryhmän tehtävät

Työryhmän tehtävänä oli määritellä psykiatrian tilojen korjaustarpeet ja investoinnit sekä laatia konkreettiset mallit ja kustannuslaskelmat siirtymävaiheen osastohoidon tilaratkaisuista vuosina 2014–18.

HUSissa on viisi psykiatrian tulosyksikköä ja seitsemän erillistä psykiatrasta sairaalaa. Useissa sairaaloissa on tilojen vakavista puutteista johtuen suuria peruskorjaus- ja uudisrakentamispaineita. Esimerkiksi Kellokosken sairaala vaatisi 95M€, Kevätkummun sairaala 11 M€ ja Hyks Jorvin aikuispsykiatrian rakennus 19 M€ investoinnit tulevina vuosina. Psykiatrian palvelurakennemuutos laitospainotteisesta mallista avohoitovetoiseen järjestelmään luo osaltaan uudenlaisia tilahaasteita.

HUS psykiatrian käytössä oleva kokonaispinta-ala oli 91 489 m² syyskuussa 2013. HUS psykiatrian tilakustannukset ovat vuositasolla 18M€. Näistä Hyksin osuus on 12M€ ja Hyvinkään alueen osuus reilut 4M€, muilla sairaanhoitoalueilla kustannukset ovat 660 000€ - 850 000€ välillä.

Tilaratkaisut osastohoitomalleissa

Mallit A1 ja A2. Osakeskitetty ratkaisu (yöpymismoduulit): Somaattisen sairaalan päivystyksen yhteyteen sijoittuva yöpymismoduuli toimii alueen muun psykiatrisen avohoitotoiminnan sekä alueellisten palveluketjujen tukena matalan kynnyksen periaatteella. Yöpymismoduulin potilaat tulevat päivystyksen tai alueen muiden psykiatristen yksiköiden kautta ja heidät hoidetaan virka-aikana esim. päiväosastolla tai muussa intensiivisen avohoidon yksikössä. Virka-ajan ulkopuolella he siirtyvät yöpymismoduuliin, joka koostuu potilashuoneista, oleskelutilasta sekä hoitajien kansliasta. On eduksi, jos intensiivisen avohoidon yksikkö sijaitsee päivystyksen ja yöpymismoduulin läheisyydessä.

Yöpymismoduuli voidaan sijoittaa esim. päiväosastotoiminnan yhteyteen, jonka sairaanhoitajat tekevät kolmivuorotyötä siten, että sairaanhoitajatyöpari pyörittää virka-ajan ulkopuolisen yöpymismoduulin toimintaa yleispäivystyksen tukemana sekä vastavuoroisesti tukevat yleispäivystystä psykiatrasta asiantuntemusta vaativissa tilanteissa. Tilasuunnittelussa on hyvä huomioida myös avohoidon tilakysymykset, koska avohoido- ja osastohoito linkittyvät tiiviisti yhteen. Sama henkilöstö toteuttaa potilaan hoidon päiväsaikaan avohoidon yksiköissä ja yöaikaan tarvittaessa yöpymismoduulissa.

Alueelliset yöpymismoduulipaikat:

Malli A1 (Osakeskitetty): LuSha 4, PoSha 8, LoSha 8, HySha 16, Hyks 22, loput keskitetty

Malli A2: (Aluepainotteinen osakeskitetty): LuSha 8, PoSha 16, LoSha 16, HySha 30, Hyks 45, loput keskitetty

Mallit B1 ja B2. Osahajautettu ratkaisu (ympäri vuorokautinen psykiatrian osasto): Alueelliset osastot toimivat alueen muun psykiatrisen avohoidon sekä alueellisten palveluketjujen tukena. Alueelliset osastot sijoittuvat somaattisen sairaalan yhteyteen ja voivat toiminnassaan hyödyntää yleispäivystyksen läheisyyttä sekä tukea sitä psykiatrasta asiantuntemusta vaativissa tilanteissa. Alueellisilla osastoilla voidaan hoitaa kaikki lyhytaikaista osastohoitoa vaativat potilaat. Tilarpeiltaan nämä osastot muistuttavat nykyisiä psykiatrian osastoja. Ne toimivat ympärivuorokautisesti 24/7.

Potilashuoneissa (sekä osakeskitetyssä että osahajautetussa mallissa) pyritään siihen, että ne ovat (HUS strategian mukaisesti) yhden hengen potilashuoneita. Kaikki potilashuoneet rakennetaan kahden hengen huoneiksi, jolloin ruuhkatilanteissa niihin voidaan sijoittaa kaksi potilasta. Kuitenkin pääasiallisesti potilaille pystytään tarjoamaan yhden hengen huoneet.

Alueelliset osastopaikat:

Malli B1 (osahajautettu): LuSha 8, PoSha 16, LoSha 16, HySha 30, Hyks 107, loput keskitetty

Malli B2 (Lohja-painotteinen osahajautettu): LuSha 8 (Lohjan sairaala), PoSha 16, LoSha 20, HySha 30, Hyks 107, loput keskitetty

Hyks psykiatrian osaamiskeskus käynnistyy 1.1.2015 ja se sisältää viisi linjaa. Nämä linjat sijoittuvat neljään keskukseseen: Hyks Psykiatriakeskus (nuorisopsykiatria, gero-, neuro- ja päihdepsykiatria, akuutti, mieliala, psykoosi); Peijas (akuutti, mieliala, psykoosi); Jorvi (akuutti, mieliala, psykoosi); ja Kellokoski (oikeuspsykiatria, psykoosi/tertiäärikuntoutus, osa nuorisopsykiatriaa, osa neuropsykiatriaa).

Hyks psykiatrian osaamiskeskuksella on paljon tiloja. Niiden suhteen on suunniteltava, miten klinikoita/tilaratkaisuja keskitetään ja mistä tiloista (erillisistä pienistä ulokkeista) luovutaan. Väistövuosina 2014–18 kaikkien alueiden potilaita kohdellaan tasa-arvoisesti ja pyritään jo näinä vuosina hyödyntämään osaamiskeskuksen isoja volyymeja ja erikoistuneita osastoja.

Hyks Keskitetty psykiatrinen sairaala tulevaa suunnitelmaa valmistellaan HUS Hallituslinjausten mukaan suurten rakennushankkeiden ryhmässä (vastuuhenkilöt Raija Malmström ja Anne Priha). Sen suunnittelun käynnistäminen riippuu HUS:n hallituksen tiekarttatyöryhmän ehdotusten perusteella tekemistä päätöksistä. HUSin ja Helsingin kaupungin aiekokous yhteissairaalasunnitelmaan liittyen on pidetty helmikuussa-14, jossa molemmilla osapuolilla on yhteinen tahtotila suunnitella yhteissairaala Laakso-Aurora-alueelle palvelemaan Uttamaata.

Työryhmän kommentteja ja huomioita tilaratkaisuihin

- **Länsi-Uusimaa:** Tilat yöpymismoduulille/psykiatrian ½ osastolle ja osalle avohoitoa (mm. mobiili psykiatria) on järjestettävissä Länsi-Uudenmaan sairaalan tai sen vieressä olevan katkaisuhuoltoaseman yhteyteen. Tällöin synergiahyötynä psykiatrian ja päihdehuollon toimintoja ja tiloja integroidaan yhteen. Tilasuunnittelussa huomioitava myös lasten ja nuorisopsykiatrian yhdysosasto, joka sijoittuisi Länsi-Uudenmaan sairaalan yhteyteen. Osastoa ei voi jättää yksinään Tammiharjun sairaalaan.
- **Lohja:** HUS-hallitus linjasi 3.3.2014 kokouksessaan, että Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan uudisrakennus psykiatialle. Tämä sisältää kaksi osastoa (28 ss) ja avohoidon tiloja. Osastot palvelevat Lohjan ja sen ympäristön lisäksi myös Hangon, Raaseporin ja Inkoon asukkaita. Lohjan investointipäätös oli kiireisin, koska Aluehallintoviraston (AVI) päätöksen mukaan Paloniemen sairaalaa voidaan käyttää vuodeosastotoimintaan 31.12.2014 asti. HUS Hallituksen kokouksen (3.3.2014) jälkeen Lohja on valmistellut selvityksen AVI:lle, miten tilaratkaisuissa edetään ja anoo lisää aikaa toimia Paloniemen sairaalassa. Mikäli Paloniemen sairaalasta joudutaan väistymään 1.1.2015 alkaen, väistötiloina voidaan käyttää esim. Hyks psykiatrian ja Tammiharjun sairaalan tiloja. Tilatyöryhmä selvitti muina vaihtoehtoina, että Lohjan sairaalan nykytiloissa on 1000 brm2 rakentamatonta raakatilaa sekä sairaalan vieressä päiväkotia, jota olisi voinut hyödyntää soveltuvien osien psykiatrian tarpeisiin.
- **Porvoo:** Tarvitaan uudisrakennus sekä isompaa yöpymismoduuliratkaisua (16 ss) että psykiatrian osastoa (16ss) ja avohoidon tiloja varten.
- **Hyvinkää:** HUSin ja Hyvinkään kaupungin yhteisrakentamishankesuunnitelma (Hyvinkään sairaalan uudisrakennushanke, Kiinteistö Oy Hyvinkään sairaalanmäki) on olemassa, johon sekä yöpymismoduulit (16–30 ss) tai psykiatrian osastot (2 osastoa, yht. 30 ss) ja osa avohoidosta voidaan sisällyttää. Uudisrakennus valmistuu 2018. Hyvinkään alueen osastojen siirtyminen Hyvinkäälle ja Hyks osaamiskeskuksen osastojen siirtyminen Kellokoskelta pitää aikatauluttaa samaan aikatauluun (mm. päivystysjärjestelyjen takia).
- **Hyks:** Peijakseen tulisi 10-20ss ja Jorviin 12-25ss yöpymismoduuli vankan avohoidon tueksi. Yöpymismoduulit sijoittuisivat sairaaloiden nykytiloihin ja osa psykiatrian osastotiloista vapautuisi muuhun käyttöön. Psykiatrian keskitetyn sairaalan suunnittelu käynnistyy HUS hallituslinjauksen mukaan.

Tiekartta-alatyöryhmän 5 loppuraportti on nähtävissä kokonaisuudessaan tiekarttatyöryhmän työtilassa:

- <http://extranet.hus.fi/teams/psyktiekarttatyoryhma/default.aspx>

TILARATKAISUT OSASTOHOITOMALLEISSA SAIRAANHOITOALUEITTAIN								
								22
Sairaanhoitoalue/ Osastohoitomallit	Sairaan- sijat	Yöpymismoduuli tai psykiatrian osasto /brm2	Avohoito/ brm2	Yhteensä brm2	Investointi- kust.	Tilakust. yöpymis- moduuli tai psyk.osasto vuodessa	Tilakust. avohoito vuodessa	Tilakust. vuodessa (22€/m2)
LÄNSI-UUSIMAA								
Malli A. Yöpymismoduuli								
tilat löytyy LUS tiloista tai katkon tiloista, tilojen modifiointi, ei uudisrakennusta								
pienet sairaansijat	4	135	500	635	0,4M€	35 640	132 000	167 640
isompi sairaansijamäärä	8	200	500	700	0,5M€	52 800	132 000	184 800
Malli B. Psykiatrian osasto								
LUS tai katkon tilat	8	365	500	865	0,6M€	96 360	132 000	228 360
Lohjan sairaalan yhteyteen (uusi suunnitelma 6.2.2014)	8	365	500	865		96 360	132 000	228 360
LOHJA								
Malli A. Yöpymismoduuli								
pienet sairaansijat, tilat Lohjan sairaalan nykytiloista (1000brm2 raakatilaa Lohjan sairaalassa)	8	200	730	930	3M€	52 800	192 720	245 520
isompi sairaansijamäärä (1000brm2 raakatilaa Lohjan sairaalassa + päiväkodin tilat)	16	400	730	1130	3-6 M€	105 600	192 720	298 320
Malli B. Psykiatrian osasto								
osasto Lohjalle	16	600	1200	1800	14M€	158 400	316 800	475 200
osastot Lohja+ Länsi-Uusimaa (6.2.suunnitelma)	24	900 (2*osasto)	1200	2100	23M€	237 600	316 800	554 400
	28	1000 (2*osasto)	1200	2200	24M€	264 000	316 800	580 800
PORVOO								
Malli A. Yöpymismoduuli								
pienet sairaansijat, tilat Porvoon sairaalan nykytiloihin (esim. päivystys)	8-10	200-240	0	200-240	2M€	52800 - 63360	0	52 800 - 63 360
uudisrakennus Porvoon sairaalan yhteyteen	16	400	1200	1600	14M€	105 600	316 800	422 400
Malli B. Psykiatrian osasto								
Porvoon sairaalan yhteyteen	16	600	1200	1800	14M€	158 400	316 800	475 200
HYVINKÄÄ								
Malli A. Yöpymismoduuli								
Uudisrakennus Hyvinkään sairaalan yhteyteen	16-18	400-440	800	1200-1240	14M€	105600 - 116160	211 200	316 800 - 327 360
Uudisrakennus Hyvinkään sairaalan yhteyteen	30	1200	800	2000	23 M€	316 800	211 200	528 000
Malli B. Psykiatrian osasto								
Uudisrakennus Hyvinkään sairaalan yhteyteen	30	1200 (2*osasto)	800	2000	23M€	316 800	211 200	528 000
4 sh-alueetta yhteensä								
Malli A. Yöpymismoduuli	36-70	935-2200	2030-3230	2965-5430	19,4-43,5 M€	0,25 - 0,58M€	0,54- 0,85M€	0,79 - 1,43 M€
Malli B. Psykiatrian osasto	70-82	2765-3165	2500-3700	6465-6865	51,6- 61,6M€	0,73 - 0,84M€	0,98M€	1,71 - 1,82 M€
HYKS PSYKIATRIAN OSAAMISKESKUS								
Keskitetty sairaala	400-486				140-170M€			

Yhteenveto

Asiantuntijoiden ja strategisten linjausten (esim. kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma) mukaan psykiatrinen avohoito ja vahva perustaso ovat psykiatrisen hoitojärjestelmän perusta ja hoidon painopistettä tulee siirtää perinteisestä osastohoidosta intensiivisiin avohoidon palveluihin. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman keskeisiin linjauksiin kuuluu mm. terveyttä edistävä ja ehkäisevä työ sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena, jossa painopisteet ovat perus- ja avohoitopalveluissa sekä tiiviisti yhteen sovitetussa mielenterveys- ja päihdetyössä. Myös päivystykselliset, kotiin vietävät ja liikkuvat palvelut tulee huomioida. Tavoitteena on että psykiatriset sairaansijat vähentyvät ja sairaalahoidossa tulee olla ongelmaerikoistunutta osaamista. Lisäksi painotetaan mm. vaikuttavien psykoterapiapalveluiden alueellisesti tasa-arvoista saatavuutta ja kunnan järjestämisvelvollisuutta.

HUS:in osalta avohoidon ja päihdetyön kehittämislinjauksia pohtinut työryhmä toteaa, että suositeltavia avohoidon toimintamalleja on jo olemassa mutta kunkin alueen osalta puuttuvia elementtejä tulisi täydentää avohoitopalveluiden optimoimiseksi. Tulevaisuuden kehittämishaasteet liittyvät kolmannen sektorin toimintojen koordinointiin, perustason toiminnan turvaamiseen ja tukemiseen, matalan kynnyksen toimintamallien luomiseen PTH-ESH rajapinnalle ja ESH:n tehostettujen avohoitomallien implementointiin (esim. liikkuva toiminta, päivystävä avohoito, päiväosastot, adherenssipoliklinikat). Lisäksi ESH:n elektiivistä avohoittoa sekä kroonisten potilaiden kannattelua ESH-PTH-3. sektori – yhteistyössä tulee edelleen kehittää.

Asumispalveluiden tulevaisuussuunnitelmaa pohtinut työryhmä toi esiin, että palveluasumisen kuntoutusketju kohti itsenäistä asumista ei vedä, koska toiminnan pääpaino on palveluasumisessa, ei niinkään itsenäisen asumisen tuessa tai kotiin vietävissä palveluissa. Riittävät ja tarkoituksenmukaiset kuntouttavat palvelut on turvattava sekä omassa asunnossa että asumispalveluyksikössä asuville. Myös erikoissairaanhoidon voisi olla aktiivisesti mukana tukemassa kuntia ja luomassa laatustandardeja sekä yhteistyön malleja sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, kokemusasiantuntijoiden, muiden toimijoiden ja erikoissairaanhoidon välille. palveluasumisen tulevaisuussuunnitelmassa on varmistettava että sairaalahoidon vähentäminen ei entisestään lisää kunnan vastuulla olevien mielenterveyskuntoutujien erilaisten asumisen tuen palveluiden kustannuksia.

Näiden kehittämishaasteiden lisäksi psykiatrisen hoitojärjestelmän pitkän tähtäimen haasteisiin kuuluvat mm. väestön ikääntyminen ja palvelutarpeen kasvu, kestävyysvaje ja työvoiman supistuminen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että psykiatrian on tuotettava laadukkaita palveluita entistä kustannustehokkaammilla ja vaikuttavammilla menetelmillä ja tarkkaan mietittävä, miten se rajalliset resurssinsa käyttää. Tähän suuntaan ohjaa myös HUS:n strategiset tuottavuustavoitteet. Näin HUS-psykiatria on valinnan edessä, minkälaisiin pitkälle tulevaisuuteen ulottuviin osastohoitotratkaisuihin se sitoo resurssinsa. Tiekarttatyöryhmän työn tuloksena valittavana on neljä osastohoitotratkaisuja ja tällä valinnalla on merkittävät taloudelliset ja hoitostrategiset seuraukset, ts. sijoitetaanko resursseja voittopuolisesti avo- vai osastohoitoon. Vaihtoehdot ovat tiivistetty alla olevaan yhteenvetotaulukkoon 4. Taulukon investointilaskelmat sisältävät avohoidon. Käyttökustannuslaskelmat perustuvat hypoteettisiin malleihin, joiden perusteet on kuvattu yksityiskohtaisesti tiekartta-alatyöryhmä 3:n loppuraportissa ja jotka ovat talousjohtaja Jari Finnilän läpikäymät mallin muodostuksen ja teknisen laskennan osalta. Todelliset mallikohtaiset kustannukset realisoituvat lähivuosina tiekarttatyön edetessä ja konkretisoituessa aluekohtaisesti. Tiekarttatyön pohjalta on mahdollista rakentaa lähivuo-

sina koko HUS aluetta hyödyttäviä yhteistoimintamalleja sekä psykiatrisen avo- että osastohoidon kehittämiseksi. On varmistettava, että osastohoitomalleista mahdollisesti saatava kustannussäästö konkreettisesti siirtyy avohoidon parantamiseen ja tehostamiseen.

Taulukko 3e. Yhteenvetotaulukko osastomallien kustannuksista, investoinnit (t€) ja käyttökustannukset (t€/vuosi)										
	LUSHA	LUSHA	LoSHA	LoSHA	HySHA	HySHA	PoSHA	PoSHA	Yhteensä	Yhteensä
	Invest.	Käyt.kust.	Invest.	Käyt.kust.	Invest.	Käyt.kust.	Invest.	Käyt.kust.	Invest.	Käyt.kust.
a) Osakeskitetty	400	2557	3000	5033	14000	7991	2000	4261	19400	19842
b) Aluepainott.osakeskit.	500	2652	4500	5078	23000	8207	14000	4306	42000	20243
c) Osahajautettu	600	2778	14000	5847	23000	9478	14000	4593	51600	22696
d) Lohjapainott.osahaj.	0	2778	24000	5847	23000	9478	14000	4593	61000	22696

Hyks sairaanhoitoalue mukaan lukien koko HUS alueen käyttökustannukset ovat osakeskitetylle mallille 58 400 t€, aluepainotteiselle osakeskitetylle mallille 59 624 t€ ja molemmille osahajautetuille malleille 63 524 t€.

Alatyöryhmien raportit ja tiekarttatyöryhmän ensimmäinen loppuraportti valmistuivat alkuperäisen aikataulun mukaan 28.2.2014 mennessä. HUS-hallitus linjasi 3.3.2014 että Lohjalle sijoitetaan Lohjan sairaanhoitoalueen käyttöön 20 ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen käyttöön 8 sairaansijaa. Sekä olemassa olevia että rakennettavia tilaratkaisuja jatko selvitetään. Tiekarttatyöryhmän loppuraportille annettiin lisäaikaa 30.4. saakka ja tiekarttatyö on päätösasiana 12.5. hallituksessa.

Tiekarttatyön loppuvaihe käytettiin yhteistyösuuntaviivojen konkretisoimiseksi sairaanhoitoalueiden kesken erityisesti osastohoidon toteuttamisen työnjaoista alueellisten osastojen ja yhteisten keskitettyjen paikkojen osalta (ks. liite 1). Keskittämisen aste jätettiin avoimeksi hallituksen aikaisemmin linjaaman 50% liikkumavaran osalta ja optimaalista yhteisten (keskitettyjen) osastopaikkojen määrää lähdetään hakemaan yhteistoimintamalleja kehittävien pilottien avulla Hyks ulkopuolisten sairaanhoitoalueiden ja Hyksin kesken. Myös psykiatrisen päivystyksen keskittämISRatkaisu jää avoimeksi odottamaan näistä piloteista saatavia kokemuksia.

Liite 1. HUS psykiatrian tiekarttatyön alueelliset suuntaviivat

Tiekarttatyöryhmän työskentelyn viimeisessä vaiheessa tavattiin sairaanhoitoalueiden johtajat sekä psykiatrian tulosyksiköiden johtajat. Tapaamisiin osallistuivat Hyvinkään osalta Asko Saari, Risto Vataja sekä Eila Saitas, Lohjan osalta Raimo Kekkonen ja Hannu Saloheimo, Porvoon osalta Sune Lang ja Ritva Helin ja Länsi-Uudenmaan osalta Marianne Gripenberg-Gahmberg ja Henno Ligi. Tiekarttatyöryhmän sekä Hyks psykiatrian edustajina toimivat Matti Holli (tapaamisten pj), Grigori Joffe, Raija Kontio, Niklas Grönlund ja Petri Näättä. Tapaamisten tavoitteena oli kuulla kunkin alueen ajankohtaisimmat näkemykset kehittymistarpeistaan sekä konkretisoida tiekarttatyön suuntaviivoja kullakin alueella. Seuraavassa on tiiviit yhteenvedot tapaamisilla käsitellyistä asioista. Lisäksi on mahdollista tutustua Refinement-hankkeen empiirisiin palvelukartoituksiin perustuviin aluekohtaisiin suosituksiin liitteessä 3.

Hyvinkään sairaanhoitoalue

Avohoito

Hyvinkään alueen avohoito on hyvin resursoitu ja monipuolinen. Jatkossa kehittämiskohteina voisivat olla nettiterapioiden ja varhaisen vaiheen ostopalveluterapioiden entistä vahvempi hyödyntäminen perusterveydenhuollosuhteiden ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rajapinnalla. Alueellinen avohoito tulisi organisoida kahden avohoitopisteen ympärille: JMT-poliklinikka Järvenpäässä ja Hyvinkään sairaalan yhteyteen muodostuvaan yksikköön, johon keskitetään HUS:n kaikki Hyvinkäällä sijaitsevat toiminnot, Nurmijärven avohoito (hallinnollisesti, osin myös fyysisesti) sekä Hyvinkään kaupungin oma psykososiaalinen yksikkö. Aivan keskeinen osa uudistusta on kaikkien alueen kuntien psykososiaalisten toimintojen mahdollisimman tiivis integrointi esh:n avohoidon kanssa, tavoitellen toiminnallista kokonaisuutta Eksotessa toteutetulla tavalla. Hallinnollinen järjestämistapa ratkeaa sote-ratkaisujen myötä, mutta toiminnallinen tavoite on alueellinen psykososiaalinen palvelukokonaisuus, jota johdetaan yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena. Investointilaskelmiin (työryhmä 5) tämä tilakokonaisuus on sisällytetty.

Osastohoito ja päivystys

Hyvinkään alue suunnittelee somaattisen sairaalan yhteyteen n 30 psykiatrista sairaansijaa, jotka siirtyisivät nykyisestä sijainnistaan Kellokosken sairaalasta. Hyvinkään kaupungin ja HUSin yhteisrakentamishankkeeseen on suunniteltu kaupungin tiloihin 8-10 paikkainen alueellinen psykososiaalinen yksikkö, osana akuuttilääketieteen ja yleislääketieteen akuuttipalveluja. Suunnitelmissa varaudutaan siihen, että yksikön koko kasvatetaan kokonaisinvestointisuunnitelmaa kasvattamatta 30 -paikkaiseksi alueelliseksi psykososiaalisesti ja psykiatrijohtoiseksi sairaansijakokonaisuudeksi siinä tilanteessa, jos HUS luopuu Kellokosken sairaalasta. tuleeko yksikköön tahdonvastaista/suljettua hoitoa, ratkaistaan HYKSin ja alueen vuonna 2015 käynnistyvän uuden työnjaon toimintamallien kokemusten pohjalta vuoteen 2018 mennessä. Alueellisen osastoyksikön tulevaan "toimintafilosofiaan" vaikuttaa luonnollisesti myös millaiseksi lopulta muodostuvat tahdonvastaista hoitoa ja psykiatrista päivystystä koskevat lait ja asetukset, sekä sote-järjestämislaki ja siitä mahdollisesti seuraavat palvelutuotannon organisaattiorakennemuutokset. Näistä monista epävarmuustekijöistä johtuen on tässä vaiheessa epätarkoituksenmukaista linjata tarkkoja sairaansijamääriä tai edes tehdä valintaa osakeskitetyn tai osahajautetun "filosofian" välillä.

HUS psykiatrialle yhteisten paikkojen osalta Hyvinkään käyttöön tarjotaan Psykiatriakeskukseen sijoitettavia vaativien mielialahäiriöpotilaiden suljettuja päivystyksellisiä osastopaikkoja, jotka on tarkoitettu pakkotoimenpiteitä vaativille tai pakkotoimenpideriskissä oleville potilaille. Tarkoituksena on helpottaa alueellisten

osastojen toimintaa tarjoamalla mahdollisuus hoidattaa osastoresursseja varaavat ja osaston ilmapiiriin kannalta haasteelliset potilaat keskitetysti HYKS psykiatrian yhteydessä olevilla yhteisillä osastopaikoilla. Lisäksi tarjotaan Kellokosken sairaalaan sijoittuvia akuutisti vaikeahoitoisten psykoosipotilaiden, Hyvinkään toive on nimenomaan sidontaa vaativien potilaiden hoidosta. Yhteisten osastopaikkojen käyttöä aletaan pilotoida syksyn 2014 aikana Kellokosken osalta ja Psykiatrikeskukseen sijoittuvien osastojen osalta 2015 alusta. Määrät ovat ensi alkuun muutamia potilaita ja yhteistyössä kehitettävän toimintamallin pohjalta yhteisten osastopaikkojen käyttöä voidaan laajentaa.

Lohjan sairaanhoitoalue

Avohoito

Lohjan alue on psykiatriatyöryhmän viitoitusten mukaan vahvistanut avohoitoa kahden viime vuoden aikana. Yksi psykiatrinen (avo)osasto on suljettu ja vapautuneilla resursseilla perustettiin akuuttiavohoidon poliklinikka. Myös vanhuspsykiatrian osastolla henkilökunnan työpanosta on suunnattu polikliniseen ja konsultativiseen toimintaan osastohoidon kysynnän vähentyessä. Perusterveydenhuollon päihde ja mielenterveys-työntekijöitä on koulutettu psykoterapiaan ja diagnostiikkaan. Alueelliset palveluketjuehdotukset ovat arvioitavina perusterveydenhuollossa. Nummelaan on suunniteltu päiväyksikön perustamista, joka palvelisi myös Karkkilaa. Lasten- ja nuorisopsykiatrian avohoidon muutosblokki on käynnissä.

Avohoidon eräinä kehittämiskohteina voisivat olla nettiterapioiden ja varhaisen vaiheen ostopalveluterapioiden entistä vahvempi hyödyntäminen perusterveydenhuollossa ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rajapinnalla. Lisäksi haasteena on resurssioiminen pitkän tähtäimen avokuntoutukseen, jossa kuntoutussuunnitelmat ja niiden toteutumisen seuranta ovat erikoissairaanhoidon käsissä.

Osastohoito ja päivystys

Lohjan osalta HUS-hallitus linjasi 3.3.2014, että Lohjalle sijoitetaan yhteensä 28 sairaansijaa sekä Lohjan että Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueiden käyttöön, nykyisiä ja rakennettavia tiloja jatkoselvitetään. Tavoitteena on uusi suunnitelma pienennetyllä psykiatrian mitoituksella HUS hallituksen käsiteltäväksi viimeistään tammikuussa 2015, rakentaminen 2016-17 sekä käyttöönotto 2018. Lohja pitää tärkeänä, että Länsi-Uudellemaalle jää matalan kynnyksen yöpymismoduulipaikkoja avohoidon käyttöön. Paloniemen osalta odotetaan AVI:n päätöstä kesään mennessä, minkä jälkeen arvioidaan väistösuunnitelman lopullinen tarve. Vanhusosastopotilaille (nyt 15 ss, myöhemmin 6-8 ss) tarvitaan oma paikka sekaosaston sijaan. Länsi-Uudenmaan lasten- ja nuorten osaston tulevaisuus on myös auki.

Keskeinen Lohjan nimeämä laitoshoidon kehittämishaaste on palveluasumisen laadun ja määrän valvonta sekä ammatillisuuden kohottaminen.

Päivystyksen osalta suunnitellaan Lohjan sairaalan yhteyteen yhteispäivystystä, jonka lähelle myös päihdehuollon yksikkö, sosiaalipäivystys sekä psykiatrian vuodeosastot ja avohoidon yksiköt sijoittuisivat.

HUS psykiatialle yhteisten paikkojen osalta Lohjan käyttöön tarjotaan Psykiatriakeskukseen sijoittuvia vaativien mielialahäiriöpotilaiden suljettuja päivystyksellisiä osastopaikkoja, jotka on tarkoitettu pakkotoimenpiteitä vaativille tai pakkotoimenpideriskissä oleville potilaille. Tarkoituksena on helpottaa alueellisten osastojen toimintaa tarjoamalla mahdollisuus hoidattaa osastoresursseja varaavat ja osaston ilmapiiriin kannalta

haasteelliset potilaat keskitetysti HYKS psykiatrian yhteydessä olevilla yhteisillä osastopaikoilla. Lisäksi tarjotaan Kellokosken sairaalaan sijoitettavia akuutisti vaikeahoitoisten psykoosipotilaiden paikkoja sekä ruotsinkielisten osastopaikkoja, joiden tarve Lohjan osalta jää nähtäväksi. Edellä mainittujen yhteisten osastopaikkojen käyttöä aletaan pilotoida syksyn 2014 aikana Kellokosken osalta ja Psykiatrikeskukseen sijoittuvien osastojen osalta 2015 alusta. Määrät ovat ensi alkuun muutamia potilaita ja yhteistyössä kehitettävän toimintamallin pohjalta yhteisten osastopaikkojen käyttöä voidaan laajentaa.

Porvoon sairaanhoitoalue

Avohoito

Avohoitoa on pitkäjänteisesti reformoitu, tavoitteena lyhyet hoidot mutta samalla kuitenkin varmistettu, että päivystyksen kautta pääsee matalalla kynnyksellä takaisin hoitoon tarvittaessa. Huomionarvoista on laadukkaan avohoidon toteuttaminen suhteellisesti pienimmillä resursseilla koko HUS alue huomioiden. Kuntoutuspoliklinikalla Porvoossa hoidetaan pitkäaikaista psykoosisairautta sairastavat potilaat. Sipoon, Loviisan ja Porvoon psykiatrian poliklinikoilla hoidetaan mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöpotilaat. Näiden yhteydessä sijaitsevat myös nuorisopsykiatrian poliklinikan toimipisteet. Akuutti-psykiatrian poliklinikka toimii sairaalan yhteydessä ympärivuorokautisesti. Erityisryhmien, kuten aikuisten ADHD-potilaiden osalta, on kehitetty arviointi- ja hoito-ohjelma. Epävakaiden potilaiden DKT-hoito-ohjelma ollaan käynnistämässä vuoden 2015 alussa. Tavoitteena ovat täyden palvelun poliklinikat etäpisteineen sekä koko hoitoketjun toteuttaminen molemmilla kotimaisilla kielillä. Yhteistyötä alueen kuntien perusterveydenhuollon kanssa tehdään konsultoinnin ja koulutuksen tarjoamisen muodossa.

Avohoidon tulevaisuuden kehittämismahdollisuuksia ovat nettiterapioiden käyttöönotto, varhaisen vaiheen ostopalveluterapioiden hyödyntäminen perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rajapinnalla. Kroonisten potilaiden seurantaloklinikoiden käyttö saattaisi vähentää palvelukodin käyttöä. Liikkuvia palveluita tulisi kehittää. Vanhuspsykiatriaa pystyisi tukemaan myös videokonsultaatiopalveluilla..

Osastohoito ja päivystys

Psykiatrian yksikössä on 38 osastopaikkaa (20+18) ja tulee olemaan 30 paikkaa (14+16). Hyks psykiatrian yhteyteen sijoittuvista yhteisistä osastopalveluista on mahdollista käyttää päivystyksellistä mielialahäiriöpotilaiden suljettua osastoa vuoden 2015 alusta lähtien. Lisäksi akuutisti vaikeahoitoisille (väkivalta ja pakkotoimintatarve/riski) psykoosipotilaille tulee olemaan tarjolla Kellokosken sairaalan yhteyteen sijoitettavia osastopalveluita, joilla pyritään ehkäisemään pakkotoimien tarve ja vapauttamaan alueella sijaitsevien osastojen resursseja muille potilaille. Psykiatriakeskuksessa on myös ruotsinkielisille psykoosipotilaille tarjolla osastopalveluja. Porvoon edustajat arvioivat potilaidensa palvelutarpeen näillä yhteisillä osastoilla olevan muutamissa potilaissa. Näiden palveluiden onnistunut käyttö vaatii alueellisten päivystäjien ja osastojen selkeää ohjeistusta ja yksinkertaisia lähettämiskriteerejä.

Lähtökohtana alueella on, että psykiatrinen lääkäripäivystys psykiatriset osastot säilyvät Porvoossa jatkossakin. Jos osastojen paikkaluku tulee psykiatrian uudistuksen myötä supistumaan, vapautuvat henkilöstöresurssit tulisi siirtää alueen avohoitoon. Psykiatriset osastopaikat tulevat sijaitsemaan Porvoon sairaalan yhteydessä. Päivystys tulee nivoutumaan yhteispäivystykseen, jonka kautta psykiatrisen hoitajan saa vähintään puhelimeen heti.

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

Avohoito

Länsi-Uudenmaan psykiatrian avohoitostruktuuri on vuosien varrella kehittynyt seuraavaksi: Akuuttitiimi, päivystys, jalkautuva kotipoliklinikkatoiminta sekä päiväosasto muodostavat akuuttitoiminnan ytimen. Ajanvarauspoliklinikalla hoidetaan mieliala- ja persoonallisuushäiriöitä sekä neuropsykiatrisia potilaita. Henkilökunta on koulutautunut IPT:n, kognitiivisanalyttisen, perheterapian ja psykodynaamisen lyhytterapian käyttöön. Tämän lisäksi toimii kuntoutustiimi, joka huolehtii psykoosipotilaista sekä vaikeista mielialahäiriöpotilaista. Vanhuspsykiatrian konsultoiva ja liikkuva tiimi toteuttaa lyhyitä poliklinikkajaksoja sekä perusterveydenhuollon yhteistyötä.

Avohoidon yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa toteutetaan mm. kertaviikkoisen psykiatrikonsultin avulla Hangon ja Inkoon kanssa. Haasteellista on muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, johon myös Raasepori kuuluu. Ostopalveluterapioita ei juurikaan käytetä, vaan ne tuotetaan itse ajanvarauspoliklinikalla. Harvittavaksi ehdotetaan varhaisen vaiheen nopeita ostopalveluterapioita perusterveydenhuollon rajapinnalle. Nettiterapioita on tarkoitus ottaa käyttöön ja niitä voidaan markkinoida konsultaatiotoiminnan avulla. Myös videovalmiuksia kehitetään.

Osastohoito ja päivystys

Alueella toimii 14-paikkainen ympärivuorokautinen osasto. Kellokosken keskitettyjä osastopalveluja ovat käyttäneet kerralla 1-3 potilasta. Lasten ja nuorten osastot ovat yhdistyneet 4+5 paikan yhteisosastoksi, jossa nuorilla on lisäksi käytössä 3 päiväosastopaikkaa. Ykkösvaihtoehtona Länsi-Uudenmaan edustajat tuovat esiin päivystävän psykiatrisen osaston. Vaihtoehtona olisi Länsi-Uudenmaan alueella sijaitseva 8 paikan yöpymismoduuli joka toimii tiiviissä yhteistyössä päiväosaston, akuuttitiimin ja yhteispäivystyksen sekä katkaisuhoidotyksikön kanssa. Yöpymismoduuli tarjoaa vapaaehtoisia, matalan kynnyksen osastohoitoa tilanteessa jossa akuutit osastopaikat siirtyvät joko HYKS psykiatriaan tai Lohjan sairaalan yhteyteen.

Hyks psykiatrian yhteydessä olevien yhteisten osastopaikkojen käyttötarvetta on vaikeille mielialahäiriö (mania) potilaille sekä niille masennuspotilaille, joiden hoidossa on ECT:n tarvetta. Lisäksi vakavasti itsetuhoiset vanhuspsykiatriset depressiopotilaat sekä käytöshäiriöiset dementiapotilaat voisi hoidattaa yhteisillä osastoilla. Ruotsinkieliset vanhuspotilaat tarvitsevat ehdottomasti hoitoa ruotsinkielisellä osastolla. Lisäksi perusterveydenhuollossa on asumispalveluihin sijoitettu vaikeita potilaita, joilla on pitkittynyt oireilu ja jotka synnyttävät levottomuutta sekä tarvetta konsultoida psykiatria. Näitä potilaita olisi mahdollisuus lähettää matalalla kynnyksellä yhteisille suljetuille osastoille, jotka ovat erikoistuneet vaativiin hoitoihin. Myös tahdosta riippumattomat pidempiaikaiset että akuutit vaikeahoitoiset psykoosipotilaat voidaan hoitaa Kellokosken yhteisillä osastopaikoilla. Tarkoitus on myös Länsi-Uudenmaan alueen kanssa kokeilemaan yhteisten suljettujen osastopaikkojen käyttöä alkuun muutamilla potilailla. Kokeilun ja yhteisten toimintamallien luomisen kautta toimintaa voidaan tarvittaessa laajentaa tai vastaavasti myös keskitettyjen osastopaikkojen osuutta vähentää. Kellokosken psykoosiosaston ja Psykiatriakeskuksen ruotsinkielisen osasto osalta kokeilu on mahdollista aloittaa syksyllä 2014 ja mielialapotilaiden osalta vuoden 2015 alusta.

Psykiatrinen päivystyksen tulevaisuus Länsi-Uudellamaalla on riippuvainen yhteispäivystyksen sijainnista alueella.

Liite 2. Kommentit psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraporttiin

Hannu Saloheimo, psykiatrian tulosyksikön johtaja, LoSHA

Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian edustaja Hannu Saloheimo painottaa Lohjan investointiratkaisun kii-reellisyyttä.

Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen, hallintoylilääkäri, LUSHA:n kunnat

Den bifogade Tiekartta slutrapporten ska presenteras i HUS styrelse 3.3.2014, så man fick bara en mycket kort tid att kommentera och påverka. Andra HUS kommuner fick lite mera tid att kommentera, men pga Lojo psykiatrin inte kan vänta pga AVI:s beslut (från och med 2015 ska inte Lojo sjukhus användas mera), ansågs det att Västra Nylands kommuner måste respondera preliminärt redan 25.2.2014, med tanke på eventuellt samarbete mellan Lojo och VNS.

Raseborg är benägen att gå med på de här planerna som gäller VNS område, men man vill betona följande punkter:

1) Sjukhusvård, frivillig vård:

Det ska finnas 4-8 övernattningsplatser för psykiatriska kris-och frivilliga patienter på område (VNS). Platserna kunde vara i samband med Raseborgs stads avvänjningsenheten. Ingen psykiaterjour, utan somatiska jourpoliklinikens läkare kunde hänvisa patienter till "yöpymismoduuli" vid behov. Två sjukskötare behövs för att ta hand om patienter under nattetid, men om den här psyk.enheten finns i samband med avvänjningsavdelningen, så kan man dra nytta av det här med tanke på bemanningen också.

Därtill behöver man ha tillräckligt med resursser i öppenvården.

2) Psykiatrisk vård oberoende av pat. vilja:

Psykotiska patienter eller pat. med allvarliga mentala symptom borde man sköta i en enhet som har tillräckligt med resursser och lämpliga utrymmen. Detta kunde ske tex. i renoverade Lojo sjukhus eller i det planerade nya sjukhuset i huvudstadsregionen. Det räknas med 10-12 platser för VNS område för tillfället.

Ekåsen sjukhus kan erbjuda tillfälliga utrymmen åt Lojo sjukvårdsdistrikt (2015-2020) för psykiatrin.

3) Kostnader:

Det blir billigare och effektivare att sköta pat. i öppenvård och begränsa sjukhusvård samt bäddplatsantal. Att ordna all psykiatrisk vård i Lojo, tycks vara dyrast av alla valmöjligheter.

HUS ledningen måste garantera att nuvarande kalkyleringar- som delvis var mycket oklara- (utrymmen, kostnader, prestationer) stämmer i framtiden också, dvs. kostnader får inte stiga orimligt

Vantaan kaupunki
Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala

31.3.2014

Kannanotto HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraporttiluonnokseen 17.2.2014

Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala on käsitellyt kokouksissaan 6.2. ja 1.4.2014 tiekarttatyöryhmän linjauksia. Vantaan kaupunki esittää loppuraporttiin seuraavia muutoksia:

1. Tiekarttatyöryhmän linjaamia psykiatrian uudelleenjärjestelyjä ei viedä päätöksentekoon HUS:n hallitukseen ennen kuin sote-ratkaisu ja siihen liittyvä lakiesitys on tehty.
2. Loppuraportissa on kuvattava miten valitun osastohoitomallin (osakeskitetty/aluepainoitteinen osakeskitetty/osahajautettu/Lohja-painoitteinen osahajautettu) tuoma kustannussäästö konkreettisesti siirtyy avohoidon parantamiseen ja tehostamiseen eikä ole vain HUS psykiatrian kokonaiskustannuksista tapahtuva säästö.
3. Vanhuspsykiatriaa ei ole syytä siirtää Vantaan osalta psykiatrian osaamiskeskukseen Helsinkiin, vaan se on siirrettävä Peijaksen sairaalan tiloihin. Vantaalla on nyt hyvät ja toimivat käytännöt, joissa pystytään yhdistämään hyvin geropsykiatrinen ja perustason geriatrinen hoito sekä sosiaalitoimen vanhuspalvelut. Lisäksi somaattisen erikoissairaanhoidon läheisyys Peijaksen sairaalassa mahdollistavat saumattoman sooman ja psyyken hoidon, jotka vanhusten hoidossa kulkeva aina käsi kädessä. Käytännössä Havukosken yksikön toiminta halutaan siirtää Peijaksen tiloihin. Lisäksi geropsykiatrian ratkaisuja HYKS-alueella ei tule tehdä ilman, että Helsingin geropsykiatrisen hoidon kokonaisuus huomioidaan ratkaisussa.
4. Loppuraportissa ja erityisesti palveluasumisen tulevaisuussuunnitelmassa on varmistettava että sairaalahoidon vähentäminen ei entisestään lisää kunnan vastuulla olevien mielenterveyskuntoutujien erilaisten asumisen tuen palveluiden kustannuksia.
5. Ennen loppuraportin viemistä HUS hallituksen päätettäväksi, on avattava keskustelu siitä, miten psykiatrisen osaamiskeskus käsitellään HUS:issa investointina (HUS:n olemassa olevista investoinneista vai uutena investointina). Vantaa ei ole valmis rahoittamaan uusinvestointia.
6. Lisäksi kuvattava miten osaamiskeskukset lisäävät psyykkisen ja somaattisen sairaanhoidon yhteistyötä ja potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa.

Liite 3. Sairaanhoidoaluekohtaiset Refinement-suositukset

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on päättänyt uuden strategiansa mukaisesti kerätä yhdessä omistajakuntiensa kanssa systemaattiset vertailukelpoiset tiedot oman Erva-alueensa mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelujärjestelmistä parhaiden järjestely- ja toimintamallien löytämiseksi. Kumppanina tässä on ollut Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) REFINEMENT-tutkimushankkeen kautta. Eurooppalainen vertaileva REFINEMENT (Research on Financing systems' effects on the quality of mental health care in Europe, 2011-2014) –tutkimus selvittää mielenterveyspalveluiden rahoitus- ja järjestämistapoja ja niiden yhteyttä mielenterveyspalveluiden laatuun eri maissa. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa vuodenvaihteessa 2011-2012 tehtiin HUS Erva-alueen kaikille kunnille aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän palvelukartoitus. Tämän ensimmäisen vaiheen tulosten pohjalta REFINEMENT hankkeen tutkimusryhmä hanketohtajan ja tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckin johdolla on antanut kullekin alueelle omat kehittämissuosituksensa, jotka tuodaan myös HUS psykiatrian tiekarttatyöhön arvioitaviksi.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti alueella tulee painottaa voimaperäisesti:

- 1) asiakkaan aseman vahvistamista - kokemusasiantuntijat mukaan aktiivisesti vaikuttamaan palvelujärjestelmän kehittämiseen ja toiminnan arvioimiseen
- 2) mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä
- 3) ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä
- 4) perus- ja avohoitopalveluja

Nämä tarkoittavat seuraavia asioita kunkin sairaanhoidoalueen kohdalla:

Lohjan sairaanhoidoalue

a) Avohoitotarjontaa tulee vahvistaa tarjoamalla myös akuutteja avohoitopalveluja väestölle. Avohoittoa tulee järjestää niin, että akuuteissa kriiseissä palvelua on saatavilla saman työpäivän aikana. Rakennushankkeeseen liittyen suunnitelmissa on alueen ympärivuorokautinen avohoidon päivystys yhdessä sosiaalipäivystyksen ja päihdehuollon ensilinjan kanssa. Tässä on hyvä huomioida yhteistyösopimukset muiden alueiden tai järjestöjen kanssa sekä viestintäteknologian mahdollisuudet.

b) Siuntiolaisten ja karjalohjalaisten pääsyä perustason mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi helpottaa tarjoamalla lähipalveluina terveysasemilla sairaanhoitajan tai psykologin antamaa mielenterveys- ja päihdehoitoa.

c) Alueen laitospainotteisuutta tulee purkaa siirtämällä henkilöstöresursseja laitoshoidosta avohoitoon sekä kehittämällä vaihtoehtoja psykiatriselle sairaalahoidolle. Palveluiden tulisi olla ihmisten arkeen integroituvia, kotiin vietävissä ja helposti saatavilla. Jalkautuva, kotiin suunnattu työmuoto tulee suunnata lasten ja nuorten sairausryhmien lisäksi myös aikuisväestölle.

d) Psykiatrisen palveluasumisen laatua ja tarvetta tulee tarkastella kriittisesti. Laitospainotteisuutta tulee purkaa myös tukemalla kuntoutujia itsenäiseen asumiseen pois palveluasumisen piiristä.

e) Lisäksi on tärkeää panostaa myös informaatiota, neuvontaa ja ohjausta tarjoaviin matalan kynnyksen palveluihin.

f) LoSHA:n kunnista osa on kaksikielisiä. Pienen väestöpohjan sairaanhoidoalueen tulee aktiivisesti etsiä ennakkoluulottomia ratkaisuja omakielisten palvelujen tarjoamiseksi käyttäen uusinta tietoteknologiaa. Nämä voivat monipuolistaa palveluja, mahdollistaa varhaisinterventioita ja vähentää laitoshoidon tarvetta sekä tuoda taloudellisia etuja tinkimättä palvelujen laadusta.

Hyvinkään sairaanhoitoalue

a) Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisi olla ihmisten arkeen integroituja ja helposti saatavilla. Koko alueelle tulee kehittää informaatiota, neuvontaa ja ohjausta tarjoavia matalan kynnyksen palveluja. Päivätoimintojen puute nousi selkeästi esiin kriittisenä kehittämisaikana. Tuusulan, Nurmijärven ja Hyvinkään perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluja tulee lisätä. Perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut tulee aidosti yhdistää, toimiminen samoissa tiloissa saman johdon alaisuudessa parantaa palvelujen laatua ja saatavuutta.

b) Psykiatrisen hoidon laitospainotteisuutta tulee edelleen purkaa. Etenkin tämä koskee nuoria skitsofreniapotilaita, joiden pitkät sairaalahoidot pitää saada lyhenemään. Laitospainotteisuutta tulee purkaa sekä vähentämällä sairaalapaikkoja että tukemalla kuntoutujia itsenäiseen asumiseen pois palveluasumisen piiristä.

c) Psykiatrisen avohoidon kriiseihin reagointinopeutta tulee lisätä tarkistamalla lähetekäytäntöjen toimivuutta ja parantamalla erikoissairaanhoidon perustasolle antamia konsultaatioita. Konsultaatiotoimintaa tulee kehittää moniammatilliseksi ja harkita myös lyhyitä interventioita tarvitsevien potilaiden erikoissairaanhoidon tasoisten tapaamisten järjestämistä perusterveydenhuollon toimipisteissä. Psykiatrisen kuntoutuksen, esim. psykoterapian saatavuutta tulee seurata ja yhteistyötä muiden toimijoiden, esim. Kansaneläkelaitoksen ja työterveyshuollon kanssa, nopeasti lisätä. Psykiatrisen avohoidon saatavuutta ilta-aikoihin ja ympärivuorokautista puhelin neuvontaa on lisättävä sekä tulee tarjota.

d) Psykiatrisen palveluasumisen laatua ja tarvetta tulee tarkastella kriittisesti. Kuntoutujille tulee tarjota tukea itsenäiseen asumiseen siirtymiseen esimerkiksi siirtämällä palveluasumisen ostamiseen suunnattuja resursseja kotikuntouttajien palkkaamiseen. Samalla perustasolla kunnan kotipalvelujen, kotisairaanhoidon ja psykiatristen palvelujen välistä yhteistyötä tulee lisätä. Nurmijärvi on toteuttanut tämän onnistuneesti ja sitä voidaan pitää esimerkkinä koko alueelle. Palveluasumisen valikko tulee saada monipuolisemmaksi esim. tarkentamalla yksiköiden kilpailuttamista ja pyrkimällä yhteiseen yksiköiden kilpailuttamiseen. Erikoissairaanhoidon ja HUS:n asiantuntijaroolin tulisi näkyä voimakkaammin hoitoketjujen loppupäätä (mm. tuettua palveluasumista) kehitettäessä. MATTI-projektin pilotin jälkeen voidaan arvioida tämän mallin toimivuutta itsenäiseen asumiseen tukemisessa.

e) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen henkilöstöresurssit ovat alueella tehokkaasti käytössä. Henkilöresursseja voidaan siirtää toimintoja yhdistämällä mielenterveyspalveluista päihdepalveluihin sekä purkamalla päällekkäistä toimintaa. Väestön kasvaessa mielenterveys- ja päihdetyöhön avohoidon peruspalveluihin tullaan tarvitsemaan lisää voimavaroja. Uusien liikkuvien työryhmien toiminta tulee integroida saman hallinnollisen sateenvarjon alle ja siirtää jatkossa myös hallinnollisesti avohoitoon. Palveluja tulee saada myös iltaisin ja viikonloppuisin. Toiminnan laajentaminen yöaikaan edellyttää isoa väestöpohjaa pienellä maantieteellisellä alueella. Siksi liikkuvien toimintojen yöpäivystys järjestetään jatkossakin sairaalaosastoilta käsin.

f) Paheneva työvoimapula kaikissa ammattiryhmissä edellyttää työnjaon tarkentamista edelleen. Sairaanhoitajien koulutus ja kokemus mahdollistaa heille nykyistä selvästi itsenäisemmän työnkuvan. Erityisesti erityistyöntekijöiden työnkuvia tulee arvioida ja miettiä myös, minkä ammattiryhmän palveluja eniten uusissa toiminnoissa tarvitaan. Kaikki päällekkäinen työ perus- ja erityissairaanhoidon välillä pitää poistaa ja sopia moniongelmaisten potilaiden hoidossa yhteisistä organisaatioarajat ylittävistä hoito- ja kuntoutussuunnitelmista. Kunnan oma sosiaalityö tulee sitoa aiempaa tiukemmin psykiatrisen kuntoutuksen tueksi.

g) Perustasolle tulee kehittää kolmannen sektorin tarjoamia päivätoimintapalveluja, kuten kerhotoimintaa ja vertaistukitoimintaa.

h) Suojatyötoiminnan resurssia pitää siirtää tuetun työllistymisen mallin rakentamiseen koko alueelle.

i) Kokemusasiantuntijat tulee saada aktiivisesti vaikuttamaan järjestelmän kehittämiseen ja toiminnan arvioimiseen. Esimerkiksi HySHA psykiatrian johtoryhmään on nimetty kaksi kokemusasiantuntijaa elokuusta 2012 alkaen. On tärkeää, että palvelujärjestelmän ja toiminnan kehittämistä koskevissa työ- ja ohjausryhmissä on nimetty kokemusasiantuntijat.

Porvoon sairaanhoitoalue

a) Joka kunnan terveyskeskuksessa olisi suositeltavaa olla täysipäiväinen psykiatrinen sairaanhoitaja/10 000-15 000 asukasta. Suurin vaje tässä suhteessa on Porvoossa. Porvoon perusterveydenhuollon olisikin suositeltavaa panostaa mielenterveyspalveluiden kehittämiseen ja lisäresursointiin.

b) Koska Kelan kuntoutuspsykoterapiaa käytetään alueella verrattain vähän, on suositeltavaa, että julkisessa terveydenhuollossa olisi tarjolla ainakin lyhytterapiainterventioita.

c) Koska alueella on lapsiperheitä paljon, on tärkeä verkostoitua lasten- ja nuortenpsykiatrian sekä perhepalveluita tuottavien yksiköiden kanssa. Lisäksi psyykkisten sairauksien hoidossa tulisi huomioida omaiset ja erityisesti lapsiomaiset. Tässä on eräs alueen erikoissairaanhoidon kehityshaaste.

d) Liikkuvia mielenterveyspalveluita ei ole juurikaan tarjolla alueella. Liikkuvien toimintojen lisääminen olisi suositeltavaa.

e) Alueella ei ole lainkaan päiväsairaalatoimintaa. Päiväsairaala voisi korvata osan ympärivuorokautisesta osastohoidosta.

f) Alueen erityispiirteenä on ruotsinkielisten palvelujen tarjoaminen. Tämä on eräs seikka, joka puoltaa psykiatristen osastojen säilyttämistä Porvoon sairaalan yhteydessä.

g) Psykiatrisen palveluasumisen laatua ja tarvetta tulee tarkastella kriittisesti. Laitospainotteisuutta tulee purkaa myös tukemalla kuntoutujia itsenäiseen asumiseen pois palveluasumisen piiristä.

h) Kokemusasiantuntijat eivät ole alueella käytössä erikoissairaanhoidossa. Kokemusasiantuntijat tulisi saada aktiivisesti vaikuttamaan järjestelmän kehittämiseen ja toiminnan arvioimiseen. Esimerkiksi HySHA psykiatrian johtoryhmään on nimetty kaksi kokemusasiantuntijaa elokuusta 2012 alkaen. On tärkeää, että palvelujärjestelmän ja toiminnan kehittämistä koskevissa työ- ja ohjausryhmissä on nimetty kokemusasiantuntijat.

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

a) Inkoolaisten pääsyä perustason mielenterveys- ja päihdepalveluihin tulisi helpottaa tarjoamalla lähipalveluna terveysasemilla sairaanhoitajan tai psykologin antamaa mielenterveys- ja päihdehoitoa.

b) Useaan pieneen yksikköön pirstoutunutta perustason avohoitoa tulisi tuoda yhteen. A-klinikan sekä Raaseporin ja Hangon terveyskeskusten mielenterveystoimintojen yhdistäminen vahvistaisi asiantuntemusta ja vähentäisi kunkin yksikön riippuvuutta muutamasta avainhenkilöstä.

c) Länsi-Uudenmaan alueella psykiatrian sairaalakäyttöä tulisi edelleen vähentää kehittämällä vaihtoehtoja psykiatriselle sairaalahoidolle, kuten akuuttia päiväosastotoimintaa ja intensiivistä avohoitoa.

d) Mikäli liikkuvan tiimin irrottaminen sairaalaympäristöstä ei ole mahdollista, on sekä kyseisen yksikön, että osastojen henkilöstön sitouduttava sairaalahoidon vähentämiseen ja työjohdon pidettävä tätä pyrkimystä jatkuvasti ja voimaperäisesti esillä..

e) Alueella ei ole väestöä riittävästi ympärivuorokautiselle psykiatrian avohoidon päivystyspisteelle. Yhteistyösopimuksin muiden alueiden tai järjestöjen kanssa tulisi huolehtia siitä että avohoidon palvelut ovat saatavilla päivystyksenä ympäri vuorokauden huomioimalla esim. viestintäteknologian mahdollisuudet.

f) Tammiharjun sairaala tulisi valtavirtaistaa osaksi Länsi-Uudenmaan aluesairaala.

g) Pienen väestöpohjan sairaanhoitoalue tulee aktiivisesti etsiä ennakoluulottomia ratkaisuja omakielisten palveluiden tarjoamiseksi käyttäen uusinta tietoteknologiaa. Nämä voivat monipuolistaa palveluja, mahdollistaa varhaisinterventioita ja vähentää laitoshoidon tarvetta sekä tuoda taloudellisia etuja tinkimättä palvelujen laadusta. Alueen tulisi aktiivisesti ottaa käyttöön kehitettyjä sovelluksia ja etsiä uusia yhteistyökumppaneita, varsinkin muiden ruotsinkielisiä palveluja tuottavien kanssa.

Hyks-sairaanhoitoalue

a) Alueen haasteena on peruspalvelujen vahvistaminen. Peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on viime vuosina kehittynyt. Säännöllisissä palveluneuvotteluissa on pyritty tarkastelemaan potilaiden hoitoketjuja kokonaisuuksina ja joillakin, esimerkiksi Jorvin ja Peijaksen alueilla siirtämään resursseja psykiatriseen avohoitoon ja perustason mielenterveystyöhön. Yhteistyötä tulee edelleen kehittää, hyödyntäen tämän palvelurakennekartoituksen tuloksia.

b) Erityisesti psykoosipotilaiden hoitoketjuun liittyvää palveluasumista tulee analysoida ja tutkia tarkemmin. Potilaiden tulee asua ensisijaisesti omassa kodissaan eikä laitospaikoissa palveluissa. Palveluasumiseen sitoutuu alueella runsaasti voimavaroja. Palveluasumisen resurssit, laatu ja kyky kuntouttaa potilaita itsenäisesti asuviksi vaihtelevat yksikkökohtaisesti eivätkä kunnat tai erikoissairaanhoito ohjaa kuntoutusketjua tältä osin riittävästi. Palveluasumisen määrää, laatuksia, taloudellisia kannustimia ja resursseja analysoidaan ehdotetaan perustettavaksi kuntien ja HUS:n yhteinen kehittämishanke.

c) Espoossa ja Vantaalla peruspalveluissa on kaikkien vähiten avohoidon resursseja. Perustason avohoidossa tulee olla monipuolisia toimintoja, kuten päiväkeskuksia, jotka tukevat potilaiden hoitoa perustasolla ja vähentävät erikoissairaanhoidon tarvetta.

d) Erikoissairaanhoidon avohoidon resursseja tulee kohdentaa entistä enemmän liikkuviin ja jalkautuviin palveluihin

e) Alueen muissa kunnissa kuin Helsingissä on vähän päihde- ja mielenterveystyön yhteisiä palveluja. Jatkossa tulee pohtia voidaanko mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdistää organisatorisesti, mitä tukisi samankaltaiset prosessit ja yhteisten palvelujen käyttömahdollisuudet.

f) Palveluohjausta ja neuvontapalveluita voidaan lisätä internet-avusteisilla palveluilla. ICT-teknologiaa voidaan hyödyntää myös ammattilaisten välisessä konsultoinnissa ja koulutuksessa.

g) Peijaksen alueen vanhusväestön sairaalahoidon käyttöä tulee analysoida ja tarkastella. Ovatko avohoidon toiminnot olleet riittävät tukemaan hoitoa potilaiden kodeissa ja/tai palveluasumisessa. Lisäksi tulee tarkastella lisääkö alueelle sijoittuva osasto sairaalahoidon käyttöä.

h) Potilastietojärjestelmiä ja niihin liitettäviä palveluluokituksia tulee myös mielenterveyspalveluiden osalta kehittää, jotta palvelurakenteen ja potilasvirtojen seuraaminen osana rutiininomaista laatu- ja kehittämistyötä mahdollistuisi.