



Kristian Wahlbeck, Marko Ekqvist,
Virpi Jäntti, Outi Mantere,
Veijo Nevalainen, Samuli Saarni,
Eija Stengård, Timo Tuori,
Erja Wiili-Peltola

Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi

Loppuraportti

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009

Yliopistopaino
Helsinki 2009

Tiivistelmä

Kristian Wahlbeck, Marko Ekqvist, Virpi Jäntti, Outi Mantere, Veijo Nevalainen, Samuli Saarni, Eija Stengård, Timo Tuori, Erja Wiili-Peltola. Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 23/2009. 58 sivua. Helsinki 2009

Tampereen kaupungin tilaajaryhmä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto toteuttivat 15.4.–15.8.2009 tamperelaisten mielenterveyspalveluiden auditoinnin. Auditointimenetelminä olivat tilastollinen vertailuanalyysi, nykytilan kartoitus ja sidosryhmien kuulemistilaisuudet, joiden perusteella auditoinnin suositukset muotoiltiin tilaajatoimen ja THL:n asiantuntijoiden yhteistyönä. Auditoinnin suositukset perustuvat myös kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, Mieli 2009 -suunnitelman, suosituksiin.

Tamperelaisten mielenterveyspalvelut järjestetään tilaaja-tuottajamallin mukaisesti. Vuonna 2009 mielenterveys- ja päihdepalveluja on tilattu noin 49 miljoonan euron edestä, mikä on noin 12 % Tampereen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisbudjetista. Tästä noin 22 miljoonaa kohdistuu erikoissairaanhoidon psykiatriaan, ja noin 27 miljoonaa Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen palvelutilaukseen. Tästä oman tuotannon osuus on suunniteltu olevan 10,6 M€. Avomielenterveyspalvelut-tuotantoyksikkö toimii avopalvelujen johtokunnan alaisuudessa ja vastaa psykiatrian avohoidon ja päiväsairaaloitoiminnan tuottamisesta 16:ssa palvelupisteessä. Lisäksi Tampereen kaupunki tuottaa perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja ja psykogeriatrian osasto- ja vastaanottopalveluja.

Useat väestötason mittarit viittaavat siihen että mielenterveyspalvelujen tarve saattaa sosiaalisista syistä olla Tampereella koko maata suurempi. 3% tamperelaisista on mielenterveysperusteisella työkyvyttömyyseläkkeellä ja noin 3% on vuosittain sairauspäivärahalta mielenterveyssyistä. 10 % tamperelaisista käyttää vuoden aikana masennuslääkkeitä. Vuonna 2007 0,64 % tamperelaisista oli psykiatrisessa osastohoidossa (koko maa: 0,59 %). Vaikuttavuusmittarina voidaan käyttää itsemurhien määrää, joka Tampereella on alle maan keskitason.

Tampereella mielenterveyspalvelut ovat monimuotoiset ja erikoispalveluissa pääsääntöisesti riittävän hyvin resursoituja. Silti mielenterveys- ja päihdepalvelujen osuus kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista ei vastaa ongelmien kuntalaisille aiheuttamaa sairaustaakkaa. Toiminnan kehittämistyötä on tehty pitkäjänteisesti mutta palvelut ovat kuitenkin edelleen pirstoutuneet ja vaativat asiakkaalta melkoista navigointikykyä. Asiakkaan näkökulmasta palveluiden saatavuuteen liittyy ongelmia. Kuntouttavan mielenterveystyön toiminnot ovat monipuoliset.

Resurssien painopiste tulisi siirtää erikoissairaanhoidon korjaavista palveluista lähipalveluihin perustasolla ja ehkäisevään työhön. Avohoidon tehostuessa on mahdollista vähentää sekä aikuis- että vanhusväestön psykiatrista sairaalakäyttöä. Päihdepalveluja ja mielenterveysavopalveluja tulisi yhdentää ohjattavuuden parantamiseksi, päällekkäisyyksien välttämiseksi sekä yhteistyön ja päihdepalvelujen saatavuuden parantamiseksi.

Tamperelaisten psykiatrian sairaalakäyttö ei merkittävästi eroa koko maan tasosta, mutta tamperelaista mielenterveyspalvelujärjestelmää ei voi pitää kovin avohoitokeskeisenä. Puutteita on varsinkin perusterveydenhuollossa, joissa tarvitaan matalan kynnyksen vastaanottoja ja panostusta kouluterveydenhuollon mielenterveystyöhön. Perustason mielenterveystyön johtaminen tulee organisoida. Terveysasemien resurssit hoitaa tavallisimpia mielenterveys- ja päihdeongelmia ovat niukat, mikä lisää paineita erikoistason palveluihin. Erityisesti psykiatrian sairaanhoitajia ja ryhmämuotoista toimintaa tarvitaan enemmän terveysasemille. Siirtyminen perustasolta erikoistuneisiin avomielenterveyspalveluihin tulee helpottaa ja nopeuttaa.

Benchmarking vertailukuntiin osoittaa että psykiatrian sairaalakäyttö on mahdollista vähentää kolmanneksella tai neljänneksellä avohoitotoiminnan kehittyessä. Psykiatrian osastohoidon

sijoittuminen Pitkäniemen sairaalaan haittaa kehitystä, ja kaupungin tulisi aktiivisesti pyrkiä vaikuttamaan sairaanhoitopiiriin Pitkäniemen toiminnan siirtämiseksi Keskussairaalan alueelle.

Psykiatrisessa päivystystoiminnassa on puutteita. Terveysasemilta puuttuvat matalan kynnyksen päivystykselliset hoitajavetoiset vastaanotot. Ensiapu Acutan erikoissairaanhoidon puolella ei ole psykiatrista päivystystä ja Acutan perusterveydenhuollon puolella ei ole mielenterveys- tai päihdetyöntekijöitä. Sosiaaliasema Paussin sijoittumista Acutan yhteyteen tulisi harkita. Sairaanhoitopiirin rajapintayöryhmä (Rapi) ja kaupungin kriisipsykiatrian poliklinikka sijaitsevat kaukana Acutasta. Rapi, kriisipsykiatrian poliklinikka ja päiväosasto 1 tulisi yhdistää volyymin kasvattamiseksi ja päällekkäisten toimintojen karsimiseksi. Nämä toiminnot tulisi sijoittaa Keskussairaalaan Acutan yhteyteen sujuvan yhteistyön mahdollistamiseksi.

Ikäihmisten psykiatrian palvelut ovat liian laitospainotteisia. Yli 65-vuotiaat tamperelaiset käyttävät psykiatrian hoitopäiviä lähes puolitoistakertaisesti koko maahan verrattuna.

Nuorten mielenterveyspalveluissa tulisi lisätä osaamista ja resursseja peruspalveluissa. Lisäresursseja tarvitaan kouluterveydenhuoltoon. Työnjako kaupungin ja sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian välillä on toimiva.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyspalvelut, peruspalvelut, erikoispalvelut, palvelujärjestelmä, arviointitutkimus

Sisällys

Tiivistelmä

1	SELVITYSTEHTÄVÄ.....	7
	Taustaa.....	7
	Toimeksianto.....	7
	Selvitystyön tavoite.....	8
2	SELVITYSTYÖN TOTEUTUS.....	9
	Selvitystyön organisointi.....	9
	Selvitystyön eteneminen.....	9
	Tilastollinen vertailuanalyysi.....	9
	Nykyisten palvelujen ja voimavarojen kartoitus.....	10
	KuulemistilaisuuDET.....	10
	Toimintamallin suunnittelu.....	11
3	KANSALLISET SUUNNITELMAT PALVELURAKENTEEN UUDISTAMISEKSI.....	12
	Kansalliset mielenterveystyön kehittämissuunnitelmat.....	12
	Mieli 2009 -suositukset.....	12
	Mielenterveyspalveluiden laatusuositus.....	13
	Mielenterveyskuntoutujan asumispalveluiden kehittämissuositus.....	13
	Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämissuunnitukset (mielenterveys-	
	palvelujen kannalta).....	14
	Terveydenhuoltolaki.....	14
	Kaste-ohjelma.....	15
	Toimiva terveyskeskus-ohjelma.....	15
4	MIELENTERVEYSPALVELUJEN TARVE, KÄYTTÖ JA KUSTANNUKSET	
	TAMPEREELLA.....	16
	Väestö ja väestökehitys.....	16
	Mielenterveyspalvelujen tarve.....	16
	Palvelujen sisältö ja käyttö.....	19
	Aikuispsykiatria.....	22
	Nuorisopsykiatrisen toiminta.....	29
	Vanhuspsykiatrisen toiminta.....	31
	Päihdepalvelut.....	34
	Kuntouttava hoito.....	34
	Akuuttitoiminta.....	37
	Kustannukset.....	39
5	HAVAINTOJA ASIAKKAAN POLUISTA.....	40
	Ei-kiireellisen asiakkaan polku.....	40
	Päivystysasiakkaan polku.....	41
	Pitkäaikaikuntoutujan polku.....	43
6	ANALYYSI.....	45
	Tampereen väestön mielenterveyspalveluiden johtaminen, resurssien jako ja	
	asiakasprosessien tarkoituksenmukaisuus.....	45
	Pohja toimiville mielenterveyspalveluille kansallisesta Mieli 2009 -suunnitelmasta.....	45
	Tampereen kaupungin avopalvelujen toimivuus.....	46
	Sairaansijojen tarve erikoissairaanhoidossa ja laitoshoidon tarvetta ylläpitävät	
	rakenteet.....	47

Kaupungin mielenterveyspalveluiden toimintamuotojen arviointi	47
Päiväosastot.....	47
Tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä	48
Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille	48
Hoitoprosessien toimivuus avohoidossa asiakasnäkökulmasta	48
Työnjako psykiatrian aluepoliikkien ja terveysasemien välillä.....	49
Hoito- ja kuntoutusprosessin jatkuvuuden takaaminen asumis- ja hoivapalveluissa sekä tuetussa asumisessa	50
Järjestöjen rooli mielenterveystyössä	50
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	51
8 SUOSITUKSET.....	52
Palveluiden kehittäminen	52
Hoidon laadun kehittäminen	55
Resurssien tehokkaampi käyttö.....	55
Ehkäisevän työn kehittäminen	55
Kirjallisuus	57

1 SELVITYSTEHTÄVÄ

Taustaa

Avomielenterveyspalvelut Tampereella siirtyivät Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä kaupungin omaksi toiminnaksi vuonna 2000. Tampereen kaupunki alkoi järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut tilaaja-tuottajamallin mukaisesti 1.1.2007 alkaen. Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen lautakunta toimii päihde- ja mielenterveyspalvelujen tilaajana. Vuonna 2009 suunniteltu palvelutilaus on suuruudeltaan noin 27 M€. Tästä oman tuotannon osuus on suunniteltu olevan 10,6 M€. Tilaaja ylläpitää päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakasohjausyksikkö Loistoa. Tilaaja seuraa oman tuotannon laatua ja vaikuttavuutta neljästä näkökulmasta: suorituskyky, asiakastyytyväisyys, prosessit ja yhteiskunnalliset tulokset.

Kaupungin omina tuottajina toimivat avopalvelujen ja laitoshoidojen johtokunnat. Avomielenterveyspalvelut-tuottantoyksikkö toimii avopalvelujen johtokunnan alaisuudessa ja vastaa psykiatrian avohoidon ja päiväsairaaloiminnan tuottamisesta 16:ssa palvelupisteessä. Lisäksi Tampere tuottaa perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja ja psykogeriatrian osasto- ja vastaanottopalveluita.

Päihde- ja mielenterveyspalveluja tilataan myös yksityisiltä yrityksiltä ja kolmannelta sektorilta (vuonna 2009 suunniteltu tilaus on suuruudeltaan 16,6 M€). Tähän sisältyy mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, jotka on kilpailutettu vuonna 2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä Tampereen kaupunki tilaa vuonna 2009 psykiatrian palveluita n. 22 M€ edestä. Sairaanhoitopiiriltä hankittavat psykiatrian vuodeosastohoidon palvelut on paljolti keskitetty keskussairaalaista erillään toimivaan Pitkänien sairaalaan.

Suurin osa päihdepalveluista ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Päihdehuollon avopalvelut ostetaan paljolti A-klinikkasäätiöltä, omaan tuotantoon kuuluu selviämisasema ja ensisuoja sekä laitospalvelua ja päihdekuntoutujien asumispalveluja.

Vuonna 2009 Tampereen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset, mukaan lukien ikäihmisten palvelut, on budjetoitu olevan noin 413 M€. Tähän suhteutettuna päihde- ja mielenterveyspalvelujen osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista on noin 12 %. Tähän prosenttilukuun eivät sisälly perusterveydenhuollon mielenterveystyö kuten ei myöskään kaupungin tuotantona toteutettava psykogeriatrinen toiminta.

Tampereen kaupungin terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ydinprosessin valtuustokauden strategiset tavoitteet ovat hoitotakuun toteutuminen ja väestön koetun terveydentilan paraneminen. Tämän mittaamiseksi Tampereella toteutetaan terveys- ja sosiaalikeskustelu yhteistyössä UKK-instituutin kanssa.

Aiemmin on toteutettu arviointeja päihdeongelmien hoidon toteuttamisesta: päihdepotilaan hoitopolkujen analyysi vuonna 2007 ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon arvio 2008.

Toimeksianto

Terveyttä ja toimintakykyä edistävien palveluiden lautakunnan ydinprosessin määrittelyssä on vuodelle 2009 suunniteltu mielenterveyspalvelujen hoitoketjujen auditointia josta on myös sovittu lautakunnan ja kaupungin omien tuottajien välisessä päihde- ja mielenterveyspalvelujen palvelusopimuksessa vuodelle 2009. Auditoinnin tavoitteeksi on määritelty hoitoketjujen toiminnan selvittely ja tarvittavien toimenpiteiden esittäminen.

Tampereen kaupungin tilaajaryhmä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos sopivat yhteistyöhankkeesta ajalla 15.4.–31.8.2009 mielenterveyspalvelujen auditoimiseksi. Yhteishankkeen kohteena oli Tampereen väestön nuorisopsykiatrian, aikuispsykiatrian ja geropsykiatrian palvelut. Lasten mielenterveyspalvelut eivät kuuluneet yhteishankkeen piiriin. Päihdepalvelut kuuluivat yhteishankkeen piiriin vain mielenterveyspalvelujen rajapintojen osalta.

Auditoinnin tavoitteena oli hoitoketjujen ja hoitoprosessien toimivuuden selvittäminen. Kohteena olivat erityisesti mielenterveyspalveluiden rajapinnat: erikoissairaanhoidon ja perustason palveluiden nivelvaihe, kaupungin oman toiminnan ja sairaanhoitopiirin toiminnan työnjako ja yhteensovittaminen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittaminen sekä asumispalveluiden nivominen kuntoutusprosesseihin.

Selvitystyön tavoite

- 1) Arvioida Tampereen väestön mielenterveyspalveluiden asiakasprosessien toimivuus ja resurssien jaon tarkoituksenomaisuus.
- 2) Luoda pohja toimiville mielenterveyspalveluille perustuen kansalliseen Mieli 2009 -suunnitelmaan.

Yksilöidysti auditoinnin tavoitteena oli vastata konkreettisesti mm. seuraaviin kysymyksiin:

- Mikä on Tampereen kaupungin avopalvelujen toimivuus?
- Mikä on sairaansijojen tarve erikoissairaanhoidossa ja mitä edellytyksiä tarvitaan osastoresurssien siirtämiseksi avohoitoon?
- Kaupungin mielenterveyspalveluiden toimintamuotojen arviointi?
- Hoitoprosessien toimivuus avohoidossa asiakasnäkökulmasta?
- Onko työnjako psykiatrian aluepoliklinikoiden ja terveyskeskuksen välillä optimaalinen?
- Miten taata hoito- ja kuntoutusprosessin jatkuvuus asumis- ja hoivapalveluissa ja tuetuissa asumismuodoissa?
- Mikä voisi olla kolmannen sektorin rooli alueen mielenterveystyössä?

2 SELVITYSTYÖN TOTEUTUS

Selvitystyön organisointi

Selvitystyön toteuttamiseksi THL:n asiantuntijat muodostivat työryhmän, johon kuuluivat Outi Mantere, Veijo Nevalainen, Samuli Saarni, Eija Stengård, Timo Tuori, Erja Wiili-Peltola ja Kristian Wahlbeck (pj). Asiantuntijaryhmän tilastovertailuista vastasi Marko Ekqvist. Tampereen kaupungin tilaajaryhmästä Virpi Jänntti ja Mika Vuori vastasivat tarvittavan materiaalin hankkimisesta ja kokoamisesta, sekä kuulemistilaisuuksien järjestämisestä ja muistioiden laatimisesta. Tilaajaryhmän auditoinnin yhdyshenkilö Maritta Närhi osallistui materiaalin syventävään analyysiin ja suositusten jalostamiseen.

Selvitystyön eteneminen

Selvitystyö toteutettiin kolmessa vaiheessa:

- 1) Lähtötilanteen kartoitus 15.4.–15.5.2009
 - Osa 1.1. Tampereen kaupungin psykiatrian ja siihen läheisesti liittyvien palvelujen tilastollinen vertailuanalyysi (toteuttaja: THL)
 - Osa 1.2. Nykyisten palvelujen ja voimavarojen kartoitus (toteuttaja: Tampereen kaupunki)
- 2) Aineiston analysointi ja kuulemistilaisuudet 15.5.–15.6.2009
 - Osa 2.1. Nykytilan analysointi (toteuttaja: THL)
 - Osa 2.2. Kuulemistilaisuudet (toteuttaja: Tampereen kaupunki)
- 3) Tampereen mielenterveyspalvelujen kuvauksen tuottaminen 15.6.–15.8.2009
 - Osa 3.1. Auditoinnin tuottamien suositusten viimeistely (Toteuttaja: THL ja Tampereen kaupunki)
 - Osa 3.2. Loppuraportointi

Tilastollinen vertailuanalyysi

Tampereen kaupungin psykiatrian ja mielenterveyspalvelujen nykytilan kartoittamiseksi analysoitiin kunnan väestön mielenterveyspalvelujen sekä muun muassa päihdepalvelujen tarvetta, käyttöä, kustannuksia ja saatavuutta koko maahan ja valittuihin vertailupaikkakuntiin verrattuna Stakesin ylläpitämän Hilmon, Sotka-vertailutietokannan ja sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuuden benchmarking-tietokannan tietojen avulla. Vertailukunniksi valittiin Espoo, Oulu, Turku ja Vantaa. Kukin osoitin verrattiin lisäksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja koko maan keskiarvoon.

Toimintaa arvioitiin lisäksi kansainvälisen vertailun ja tiedon perusteella siinä määrin kuin relevanttia ja ajankohtaista tietoa on saatavilla.

Analyyysin tavoitteena oli paikantaa Tampereen kaupungin merkittävimpiä ongelmia palvelujen saatavuudessa ja toiminnan taloudellisuudessa sekä osoittaa palveluja, jotka psykiatrisen hoidon suunnittelussa tulisi erityisesti ottaa huomioon.

Nykyisten palvelujen ja voimavarojen kartoitus

Tampereen kaupungin mielenterveyspalveluiden ja sairaanhoitopiirin psykiatrian käytössä olevat voimavarat (henkilöstö, hoitopaikat, toimipisteet, kustannukset) ja toimipisteiden maantieteellinen sijoittelu kartoitettiin realistisen kuvan saamiseksi käytössä olevasta kapasiteetista. Samassa yhteydessä kartoitettiin erilaiset asumis- ja hoivapalvelut sekä kolmannen sektorin rooli ja voimavarat palvelujen tuottajana.

Kartoitus toteutettiin kokoamalla tuottaja-, toimipiste- ja kuntakohtaista tietoa jo olemassa olevista tilastoista, rekistereistä sekä kyselemällä tietoja palvelutuottajilta strukturoidusti.

THL toteutti kerätyn aineiston perusteella analyysin. Analyysin tuloksena havaitut poikkeamat ja järjestelmän kipupisteet esiteltiin toimijoille kuulemistilaisuuksissa.

Kuulemistilaisuudet

Tampereen kaupungin ja palvelujen tuottajien kokemien nykytilaa leimaavien keskeisten ongelmien ja tulevaisuuden haasteiden kartoittamiseksi toteutettiin suppea kuulemiskierros. Tilaisuuksissa esiteltiin mielenterveyspalveluiden analyysin alustavia tuloksia ja selvitettiin eri tahojen näkemyksiä havaituista ongelmista, keskitetysti ja hajautetusti järjestettävistä palveluista sekä palveluihin kohdistuvista odotuksista.

Tampereen kaupungin tilaajaryhmä järjesti neljä kuulemistilaisuutta á 3 tuntia. Tilaisuuksissa THL:n edustajat esittelivät analyysin alustavia tuloksia ja alustavia toimenpide-ehdotuksia.

Pidetyt kuulemistilaisuudet:

1. Hoitoprosessit mielenterveyspalvelujen ja erikoissairaanhoidon rajapinnalla (avohoito, päiväsairaaloiminta, päihdehuollon avohoito, erikoissairaanhoido
2. Hoitoprosessit mielenterveyspalvelujen ja perusterveydenhuollon rajapinnalla
3. Kuntoutusprosessien jatkuvuus asumispalveluissa
4. Järjestöjen kuulemistilaisuus

3.6.2009 pidetyssä ensimmäisessä kuulemistilaisuudessa käsiteltiin hoitoprosesseja mielenterveyspalvelujen ja erikoissairaanhoidon rajapinnalla. Teemaa käsiteltiin siten, että mielenterveyspalveluiden toiminnot esiteltiin yksitellen niin Tampereen kaupungin kuin sairaanhoitopiirinkin vastaavan tuotannon osalta. Kuulemistilaisuudessa keskusteltiin asiakkaan hoitoketjusta avohoidon ja erikoissairaanhoidon välillä, sekä vielä erikseen vanhus- ja nuorisopsykiatrisista hoitoketjuista. Kustakin toiminnosta vastaavat lääkärit pitivät aiheesta alustukset.

Järjestöjen kuulemistilaisuus 5.6.2009 käsitteli asiakasnäkökulmaa hoito- ja kuntoutuspolkujen nivelkohdissa. Tilaisuudessa olivat edustettuina kaikki keskeisimmät Tampereen kaupungin kanssa mielenterveyspalveluissa yhteistyössä toimivat potilas- omais- ja kansalaisjärjestöt. Järjestöjen edustajat pitivät lyhyet puheenvuorot, joissa he esittelivät järjestön toimintaa ja asiakkaiden kulkua heidän palveluissaan. Keskustelussa kuultiin myös kokemusasiantuntijan näkemyksiä palveluketjuista. Mielenterveyspalveluita tarjoavat järjestöt tekevät paljon yhteistyötä sekä Tampereen kaupungin että toistensa kanssa. Keskustelussa nousi esiin järjestöjen näkemyksiä palveluiden yhteensovittamisesta niiden saatavuuden ja tarkoituksenmukaisuuden turvaamiseksi asiakkaille. Kaupungin ja järjestöjen välisen yhteistyön tulisi tilaisuudessa käydyn keskustelun perusteella olla nykyistä järjestelmällisempää.

Kolmannessa kuulemistilaisuudessa 5.6.2009 keskusteltiin kuntoutusprosessien jatkuvuudesta asumispalveluissa. Pitkäaikaiskuntoutujien asiakaspoluista keskusteltiin sekä tilaajan asiakasohjauksen että asumispalveluita Tampereen kaupungille tuottavien keskeisimpien tahojen näkökulmasta. Myös tässä tilaisuudessa oli edustettuna palveluja käyttäneitä kokemusasiantuntijoita.

Puheenvuoroissa korostettiin nimenomaan kuntoutumisnäkökulman ja hoidon tavoitteellisuuden keskeisyyttä asumispalveluissa. Myös hoitoketjun saumattomuus koettiin olennaiseksi etenkin siinä vaiheessa, kun asiakas siirtyy asumismuodosta toiseen. Yleisessä keskustelussa nousi lisäksi esiin sektoreiden välisen yhteistyön merkitys sekä kokemusasiantuntijuuden ja kuntoutujien rooli palveluiden suunnittelussa.

Neljäs kuulemistilaisuus järjestettiin 10.6.2009. Tilaisuudessa käsiteltiin hoitoprosesseja mielenterveyspalveluiden ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Tilaisuus eteni siten, että terveyskeskusasiakkaan polusta kertoivat Tampereen kaupungin terveyskeskuksen edustajat. Tämän jälkeen asiakkaan päivystyksellisestä polusta kertoi ensiapu Acutan edustaja. Näiden jälkeen käsiteltiin asiakasprosessia terveyskeskuksesta avomielenterveyspalveluihin ja takaisin. Teemaa tarkasteltiin sekä psykiatrian että kriisipsykiatrian poliklinikoiden osalta. Päihdeasiakkaan polusta palveluketjuissa kertoi Tampereen A-klinikan aluejohtaja. Keskusteluun nousivat muiden muassa kysymykset hoidon tasapuolisesta saatavuudesta sekä matalan kynnyksen ja akuuttien palveluiden tarpeesta. Tarpeelliseksi katsottiin myös hoitoketjujen kehittäminen siten, että hoitokokonaisuus voidaan toteuttaa monista toimijoista huolimatta sujuvasti ja suunnitellusti.

Kuulemistilaisuuksien lisäksi Timo Tuori vieraili 2.7.2009 Päiväsairaala 1 ja Päiväsairaala 3 sekä tehostetun psykiatrisen kotihoidon työryhmässä. Vierailun aikana kuultiin kaikkia työntekijöitä ja tutustuttiin yksiköiden toimintoihin. Päiväsairaala 2 ei voitu vieraillla, koska yksikkö oli suljettuna kesälomien vuoksi.

Toimintamallin suunnittelu

Selvitysten ja kuulemistilaisuudessa käydyn keskustelun perusteella muodostettiin alustava kuvaus uudesta tavasta järjestää aikuispsykiatrian ja mielenterveyspalvelut alueella.

Auditoinnin tulokset esiteltiin Tampereen kaupungin tilaajaryhmälle työkokouksessa 22.6.2009, jossa työstettiin yhteistä näkemystä aikuispsykiatrian ja mielenterveyspalvelujen järjestämisestä, toiminnan sisällöstä ja toimintaperiaatteista THL:n asiantuntijoiden ehdotusten pohjalta. Välittömästi tämän jälkeen auditoinnin suositukset esiteltiin avomielenterveyspalvelujen henkilökunnalle keskustelutilaisuudessa 22.6.2009. Lopuksi toimintamallin kuvausta täsmennettiin toteuttamisen mahdollistavaan muotoon.

3 KANSALLISET SUUNNITELMAT PALVELURAKENTEEEN UUDISTAMISEKSI

Tässä käsitellään lyhyesti keskeisiä kansallisia suunnitelmia palvelurakenteen kehittämiseksi, erityisesti niiltä osin kuin ne liittyvät käsillä olevan auditoinnin rajauksiin ja tavoitteisiin:

- Lasten mielenterveyspalvelut eivät kuulu hankkeen piiriin, ja päihdepalvelut vain mielenterveyspalvelujen rajapintojen osalta
- Auditoinnin tavoitteena on ensisijaisesti tarkastella ja kehittää hoitoketjujen ja hoitoprosessien toimivuutta, huomioiden erityisesti mielenterveyspalvelujen rajapinnat
- Tavoitteena on luoda pohjaa toimiville mielenterveyspalveluille erityisesti Mieli 2009 -suunnitelman pohjalta

Yleisellä tasolla keskeisiä valtakunnallisia linjauksia mielenterveys- ja päihdepalveluissa ovat ennaltaehkäisy, peruspalveluiden, avohoidon ja asiakkaan aseman korostaminen.

Kansalliset mielenterveystyön kehittämissuunnitelmat

Mieli 2009 -suositukset

Auditoinnin kannalta keskeisiä linjauksia kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa ovat mm.:

1. Mielenterveys- ja päihdestrategiat hyväksytään osana kunnan hyvinvointistrategiaa.
2. Kunnan rooli koordinoida julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi korostuu. Kuntien pitää ottaa selkeämpi vastuu palvelukokonaisuudesta myös muiden kuin omana tuotantona toteutettavien palvelujen osalta: kokonaispalvelutarpeen määrittämisestä, palveluverkoston määrittämisestä, tuotannon suunnittelusta ja laadun seuraamisesta.
3. Perus- ja avopalveluita tehostetaan. Tämä luo edellytyksiä laitoshoidon tarpeen vähenemiseksi. Keinoja ovat muun muassa:
 - Kunnan koordinaatiota avohoidon ja avohoitoa tukevien palveluiden välillä parannetaan, erityisesti huomioiden kolmannen ja yksityissektorin palveluiden hyödyntäminen.
 - Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät pääsevät peruspalveluihin yhdestä ovesta
 - Erityistason psykiatrinen ja päihdehuollon avohoitotoiminta yhdistetään samoihin yksiköihin.
 - Psykiatrinen sairaalahoito pyritään keskittämään yleissairaaloiden yhteyteen.
 - Kuntoutusprosessin tulee olla monimuotoista ja koordinoitu osa hoitoa.
 - Asumispalveluita kehitetään ja huolehditaan siitä, ettei laitoshoidon käyttöä asumisongelmien ratkaisemiseen.
 - Kokemusasiantuntijuuden käyttö palveluiden suunnittelun kaikilla tasoilla.
4. Yhdenvertainen kohtelu ja hoitoon pääsy. Tavoitteena on, että potilaat saavat Käypä hoito -suositusten mukaista hoitoa tarpeen mukaan, mukaan lukien suositusten mukainen psykoterapia.
5. Yhden oven periaate. Tavoitteena on, että mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivillä on mahdollisuus päästä saman oven kautta, matalalla kynnyksellä, lähipalveluiden piiriin. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi perustamalla terveyskeskukseen hoitajan tai sosiaalityöntekijän

matalan kynnyksen vastaanotto, jossa arvioidaan potilaan hoidon tarve ja ohjataan hänet tarpeita vastaaviin palveluihin.

6. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä panostetaan yhteisöllisyyden edistämiseen ja estämään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtymistä sukupolvelta toiselle. Tämä lisää (toimeksiannossa mainitsemattoman) opetustoimen ja mielenterveyspalveluiden rajapinnan tärkeyttä sekä vertaistoiminnan ja potilaiden lasten huomioonpainoarvoa.
7. Nuorten palvelujen kehittämisessä pyritään palvelujen järjestämiseen mahdollisimman pitkälle nuoren elinympäristössä, eli avohoitoa ja oppilashuoltoyhteistyötä korostaen.
8. Työterveyshuollon koordinaatoroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä vahvistetaan, jotta mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työssä jatkamista ja työhön paluuta tuetaan. (vrt. Masto - hanke). Kunnan on omalta osaltaan huolehdittava yhteistyön toimivuudesta.
9. Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdepalveluita kehitetään. Keinoja mm. ongelmien aikainen tunnistaminen ennaltaehkäisevien kotikäyntien avulla, ikääntyvien erityisongelmiin keskittyvillä palveluilla sekä koordinoimalla yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, omaisten, seurakuntien ja erikoissairaanhoidon välillä.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2001 julkaisemissa mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa painotetaan yleisiä mielenterveystyön kehittämisen periaatteita. Suositus korostaa mielenterveysongelmien kehittymistä prosessina. Palveluiden kehittämisen lähtökohtana tulisi olla tavoite vaikuttaa tuon prosessin kaikkiin eri vaiheisiin. Laatusuosituksen ehdotuksissa on eroteltu 1) kuntalaisen näkökulma, 2) ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen näkökulma sekä 3) hallinnon näkökulma. Laatusuosituksen perustana on ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen, sekä kaikkien yhtäläinen oikeus ja esteetön pääsy tarpeenmukaiseen hoitoon.

Suositus kannustaa kuntia laatimaan mielenterveystyön alueellisen strategian ja korostaa peruspalveluiden ja avohoidon ensisijaisuutta ja esteetöntä hoitoon pääsyä, henkilöstön jaksamisen tukemista ja psykiatriseen sairaalahoitoon pääsyä tarvittaessa. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus on valtakunnallinen ja tarkoitettu monenlaisiin olosuhteisiin. Suositus ei sisällä konkreettisia, yksittäisiä ehdotuksia, vaan pyrkii toimimaan arvoja sisältävänä pohja-asiakirjana ja mielenterveyspalveluiden kehittämistyön ”tarkistuslistana”.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen jälkeen julkaistiin myös Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton yhteiset päihdepalveluiden laatusuositukset joissa korostettiin päihdehaittojen ehkäisyn ja päihdepalveluiden kehittämisen liittyvän laajasti lähes kaikkeen kunnalliseen toimintaan yli sektorirajojen. Suosituksissa erityisesti päihdehuollon erikoispalveluiden järjestämisen katsottiin edellyttävän ylikunnallisia rakenteita. Erityiskysymyksinä nostettiin esiin mm. monien erityisryhmien tarpeet, päihdekuntoutuksen tarpeellisuus ja asiakaslähtöisyys.

Mielenterveyskuntoutujan asumispalveluiden kehittämissuositus

Kehittämissuosituksen tarkoituksena on parantaa mielenterveyskuntoutujien asumisen ja kuntouttavien palvelujen laatua. Tavoitteena on kuntoutujien asuminen omassa kodissaan tai muuten mahdollisimman kodinomaisesti, sekä riittävien kuntoutuspalveluiden saaminen niin omassa asunnossaan kuin asumispalveluissa asuville.

Suositukset palvelujen laadun kehittämiseksi kohdistuvat viiteen aiheeseen. Näistä auditointin kannalta keskeisiä ovat mm.

- 1) Palvelut järjestetään suunnitelmallisesti eri toimijoiden yhteistyönä
 - Kunnat ja kuntayhtymät sopivat yhdessä eri yhteistyötahojen kanssa siitä, miten yhteistyökysymykset järjestetään eri organisaatioiden kesken.
 - kunta nimeää kuntoutujan palvelukokonaisuudesta vastaavan sosiaalityöntekijän
 - mielenterveyskeskukset ja psykiatrian poliklinikat osallistuvat mielenterveyskuntoutujien psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun, järjestämiseen ja toteuttamisen seurantaan.
- 2) Asumispalveluihin liitetään kuntouttavat palvelut
 - Huolehditaan kuntoutujien sijoittumisesta kuntoutumisen kannalta tarkoituksenmukaisimpaan asumismuotoon ja palvelujen käyttöön.
 - Turvataan myös omassa kodissa asuville kuntoutujille riittävien asumista tukevien palvelujen ohella mahdollisuus osallistua kuntouttaviin palveluihin.
 - Kuntoutujille tarjotaan mahdollisuus osallistua kuntouttavaan työtoimintaan, vammaisten henkilöiden työtoimintaan taikka päivätoimintaan edellytystensä mukaan.
- 3) Laadukkaalla asumisella edistetään kuntoutusta
 - Asumispalveluyksiköt ovat kodinomaisia ja soveltuvat myös pitkäaikaiseen asumiseen. Suosituksessa on määritelty vähimmäisvaatimukset asumisen laadulle.
 - Kunnat seuraavat kaikkien sijoittamiensa asiakkaiden kuntoutumista.
- 4) Henkilöstön määrä ja osaaminen määräytyvät kuntoutujien tarpeiden mukaan
- 5) Palvelujen arviointia ja valvontaa kehitetään.
 - Osana mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa kuntiin luodaan asumispalvelujen arviointijärjestelmä.
 - Palveluita, toimintatapoja ja hoitokäytäntöjä sekä toiminnan edellytyksiä arvioidaan järjestelmällisesti.
 - Jokaisella asumispalveluyksiköllä on oma laadunhallintajärjestelmänsä. Asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti. Kuntoutujat, omaiset ja moniammatilliset tiimit arvioivat yhdessä kuntoutusta ja sen kuntoutujalähtöisyyttä määrääjain.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämissuunnaukset (mielenterveyspalvelujen kannalta)

Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolakiehdotuksen sisältö tai aikataulu ei ole tällä hetkellä varmasti tiedossa. Lakiuudistuksen keskeisenä tavoitteena ovat olleet mm.

- vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja tarpeenmukaisuutta,
- edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä
- luoda edellytykset toimivalle ja eheälle palvelurakenteelle vahvistamalla perusterveydenhuoltoa ja edistämällä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon saumatonta ja alueellista yhteistyötä.

Aiemmassa lakiehdotuksessa ehdotettiin yhdeksi järjestämismalliksi ns. terveystiimi-mallia, jossa perusterveydenhuolto ja perustason erikoissairaanhoidon järjestettäisiin saman organisaation toimesta. Terveydenhuoltolakiuudistukseen varautumisen kannalta keskeistä on toimiva yhteistyö perusterveydenhuollon ja kunnan oman sekä sairaanhoitopiirin tuottaman erikoissairaanhoidon välillä. Palvelujen tulisi täydentää eikä kilpailla keskenään. Erikoissairaanhoidon roolia perusterveydenhuollon tukemisessa tulisi korostaa.

Kaste-ohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman 2008-11 (Kaste) keskeiset yleista-voitteet ovat:

- osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen
- hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, hyvinvointi- ja terveyserojen väheneminen
- palvelujen laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähenevät.

Auditointiprojektin kannalta keskeisiä Kaste-ohjelman toimenpiteitä ovat muun muassa:

- Varhaisen puuttumisen otteen korostaminen
- Nuorten palveluiden uudistaminen peruspalveluja korostavaan suuntaan
- Kuntouttavan työtoiminnan kehittäminen
- Kuntien ja järjestöjen välisen yhteistyön kehittäminen kansalaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämiseksi
- Palvelusetelin käytön laajentaminen ja yksityissektorin kunnallisia palveluja täydentävän roolin vahvistaminen
- Vahvistetaan asiakaslähtöisiä toimintamalleja: palvelujen käyttäjän näkökulmasta perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tulisi muodostaa eheä kokonaisuus.

Toimiva terveyskeskus -ohjelma

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma korostaa perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten merkitystä palvelujärjestelmän matalan kynnyksen ensikontaktin paikkana ja palveluiden koordinaattorina.

4 MIELENTERVEYSPALVELUJEN TARVE, KÄYTTÖ JA KUSTANNUKSET TAMPEREELLA

Toimeksiannon mukaisesti tässä ei käsitellä lasten mielenterveyspalveluiden tarvetta ja käyttöä.

Väestö ja väestökehitys

Tampereen asukasmäärä oli vuonna 2007 noin 204 000. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan Tampereen väestö kasvaa 11 % vuoteen 2025 mennessä. Alueellisesti tarkasteltuna väestö vähenee keskustan alueella 9 %, samoin ennusteen mukaan eteläisellä palvelualueella tapahtuu vähenemistä 4,5% vertailuvuoteen nähden. Vastaavasti koillisella alueella väestö lisääntyy 27 % ja kaakkoisella alueella 29 %. Yli 65-vuotiaiden vanhusten määrä kasvaa eniten kaakkoisella palvelualueella.

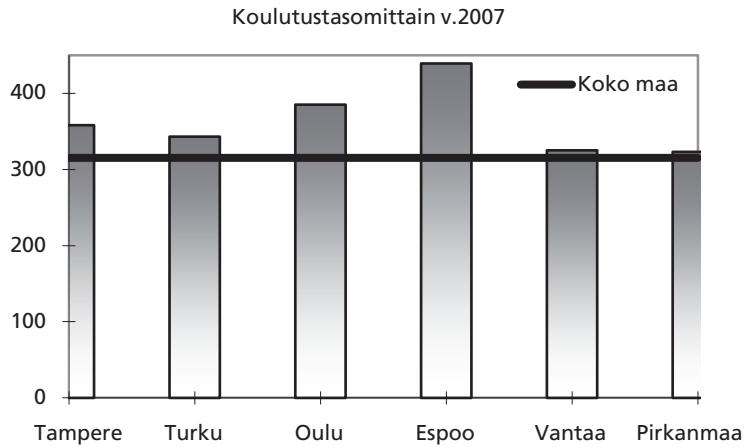
TAULUKKO 1. Väestömäärät Tampereen palvelualueilla 2007 ja 2025

Palvelualue	2007	Osuus (%)	2025	Osuus(%)	Muutos (%) 2007–2025
Keskustan palvelualue	59 074	28,937	54 070	23,5	-9,3
Koillinen palvelualue	37 134	18,190	50 920	22,2	27,1
Kaakkoinen palvelualue	38 576	18,896	54 180	23,6	28,8
Eteläinen palvelualue	30 284	14,834	28 970	12,6	-4,5
Läntinen palvelualue	39 082	19,144	41 500	18,1	5,8
	204 150	100,0	229 640	100,0	11,1

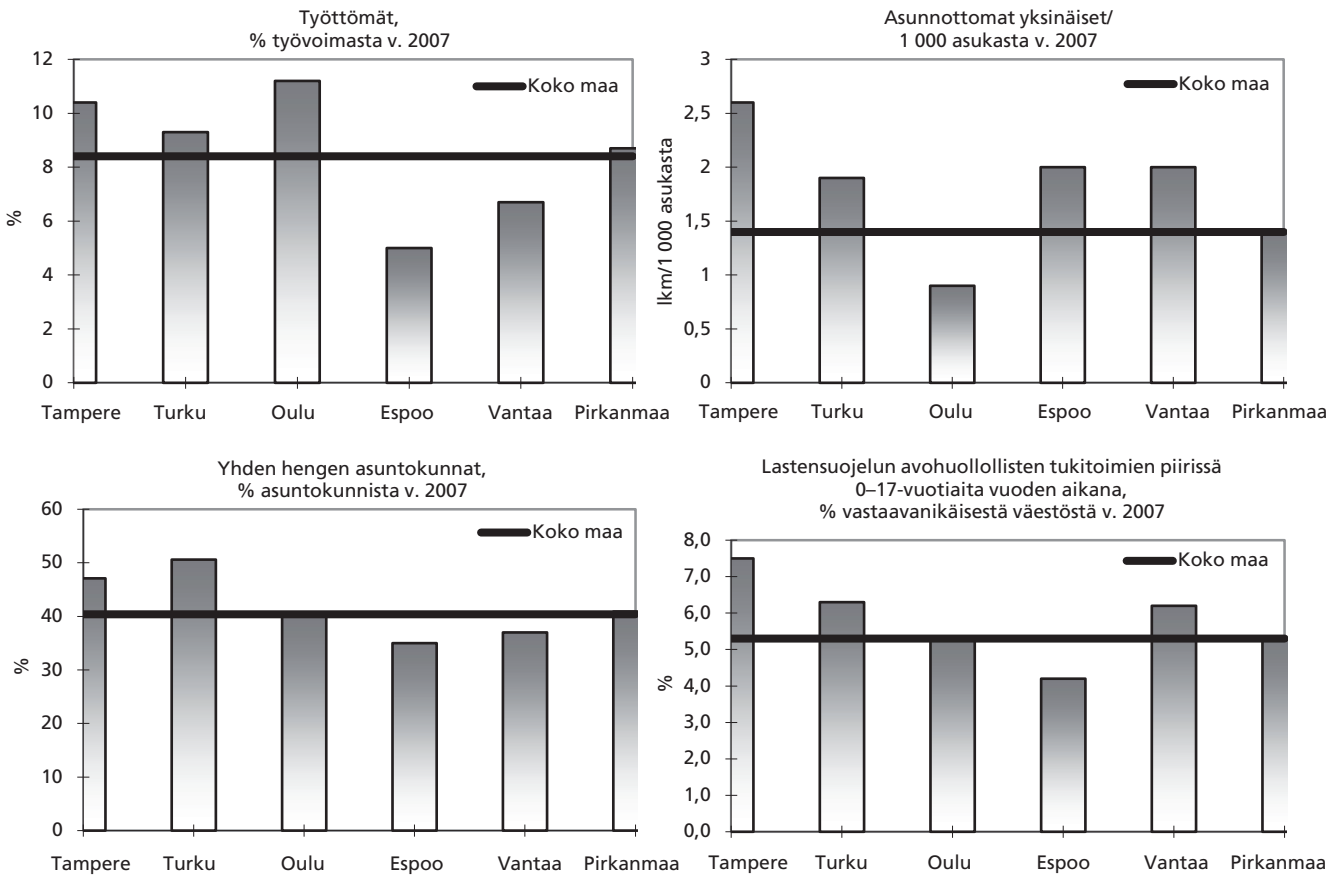
Mielenterveyspalvelujen tarve

Koulutustasoltaan tamperelaiset ovat keskimäärin, kuten myös vertailukaupunkien väestö, yli koko maan keskitason. Mielenterveyspalveluiden suurempi tarve on katsottu liittyvän alhaiseen koulutustasoon. (Kuvio 1.)

Useat muut sosioekonomiset osoittimet viittaavat siihen että Tampereella mielenterveyspalveluiden tarve on koko maata suurempaa. Tampereella on koko maan keskiarvoa enemmän työttömiä, toimeentulotuen saajia, asunnottomia, yksinhuoltajaperheitä, alkoholin myyntiä, yhden hengen asuntokuntia, ja lastensuojelun tukitoimia. Vertailukaupunkeihin nähden sosioekonomiset osoittimet viittaavat siihen että mielenterveyspalveluiden tarve näiltä osin on suurempi kuin Espoossa tai Vantaalla, ja suunnilleen samaa tasoa kuin Oulussa ja Turussa. (Kuvio 2.)

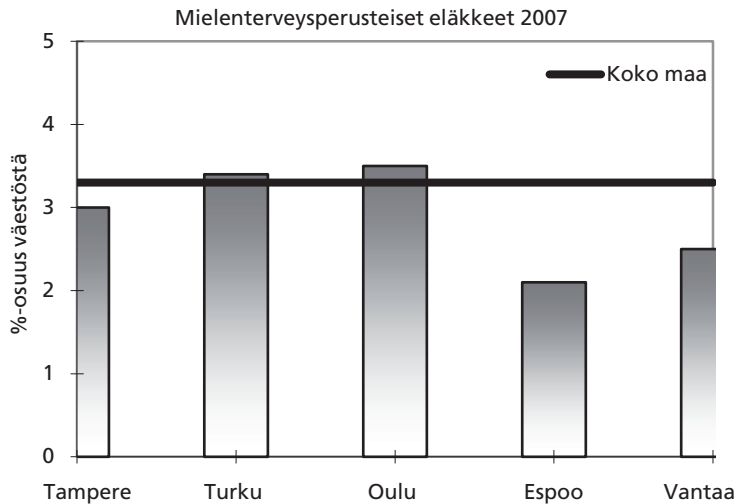


KUVIO 1. Koulutustasomittain (lähde: Sotkanet)



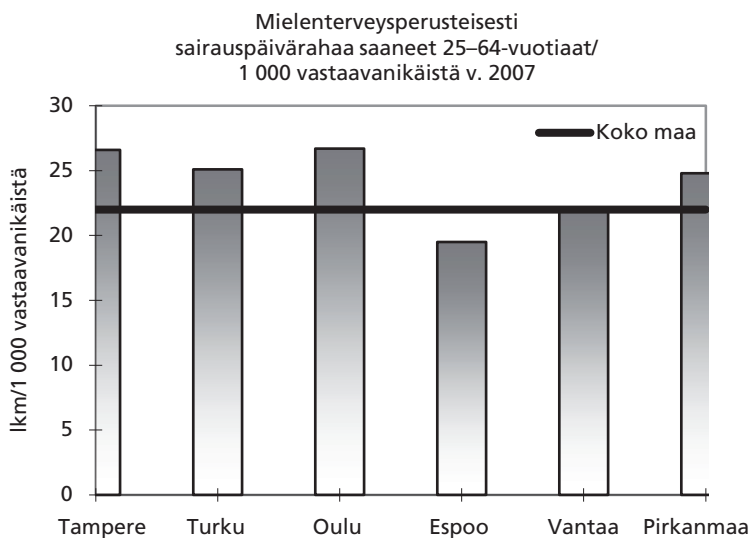
KUVIO 2. Mielenterveyspalveluiden tarpeeseen liittyvät sosiaaliset tekijät 2007 (lähde: Sotkanet)

Noin 3,0 % tamperelaisista oli mielenterveysperusteisella työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2007. Tämä alittaa koko maan vastaavan luvun (3,3 %). Sekä Oulu että Turku ylittävät maan keskimääräisen ja Espoo ja Vantaa selvästi alittavat. Luku kertonee erityisesti vaikeiden mielen-terveyshäiriöiden määrästä Tampereella. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet v. 2007 (lähde: Sotkanet)

Noin 2,7 % työikäisistä tamperelaisista oli vuonna 2007 mielenterveysperusteisella sairauspäivärahalta. Tämä ylittää koko maan vastaavan luvun (2,2 %) mutta on samaa luokkaa kuin vertailukohteina olevissa muissa maakuntakeskuksissa Turussa ja Oulussa. Sen sijaan pääkaupunkiseudun vertailukaupungeissa Espoossa ja Vantaalla esiintyy noin 10–15 % vähemmän mielenterveysongelmista johtuvaa sairauslomaa. Luku kertonee sekä mielenterveyspalvelujen tarpeesta että niiden käytöstä, mutta myös näiden lukujen perusteella voidaan arvioida että Tampereella mielenterveyspalvelujen tarve saattaa olla suurempaa kuin pääkaupunkiseudun kunnissa Espoossa ja Vantaalla. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Sairauspäivärahaa saaneet 25–64-vuotiaat v. 2007 (lähde: Sotkanet)

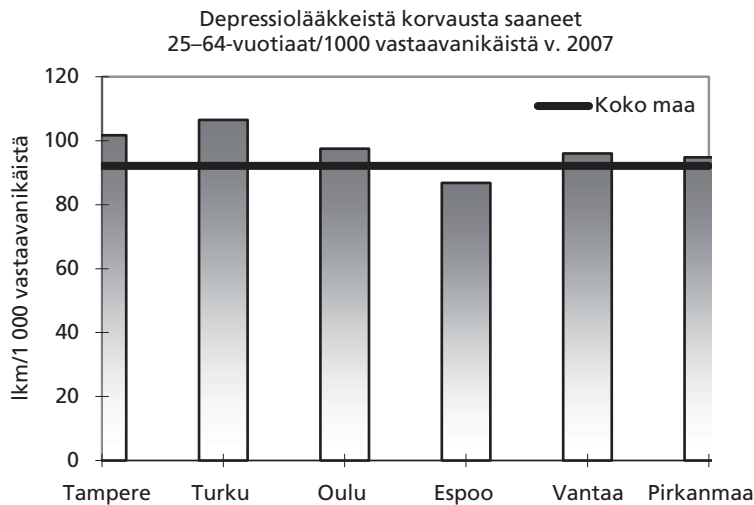
Tarvelähtöisesti mielenterveyspalveluja vertailtaessa sosioekonomisesti lähin vertailukohde tässä raportissa analysoiduista kaupungeista näyttäisivät olevan Oulu ja Turku. Voidaan myös päätellä että mielenterveyspalveluiden tarve on Tampereella suurempi kuin Suomessa keskimäärin.

Mielenterveyspalveluiden tulevaa tarvetta arvioitaessa on syytä olettaa että mielenterveys- ja päihdeongelmien suhteellinen osuus kuntalaisten terveysongelmista tulee entisestään korostumaan. Elintason ja väestön fyysisen terveyden parantuessa kuntalaisten tarpeet tulevat liittymään yhä enemmän psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen, ylläpitoon ja korjaamiseen. Yhteiskunnalliset trendit, kuten siirtyminen tietoyhteiskuntaan ja väestön liikkuvuuden lisääntyminen, lisäävät psykososiaalista stressiä ja tulevat korostamaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarvetta.

Palvelujen sisältö ja käyttö

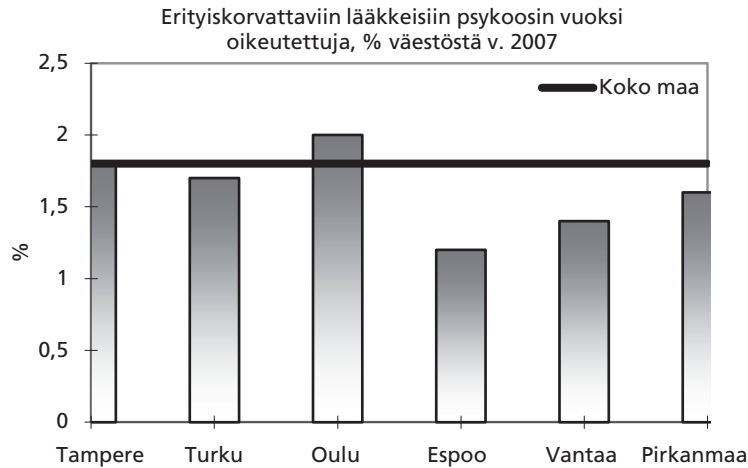
Verrattuna koko maahan, tamperelaiset saavat enemmän psykiatrisia lääkkeitä, ovat useammin mielenterveysperusteisesti sairauslomalla ja muita suomalaisia useammin psykiatrisessa sairaalahoitossa.

Noin 10 % työikäisistä tamperelaisista on saanut masennuslääkkeitä vuonna 2007. Tämä on noin 10 % koko maan keskiarvoa enemmän, mutta myös verrokkikaupungeissa, Espoosta lukuun ottamatta, masennuslääkkeitä käytetään hieman enemmän kuin maassa keskimäärin. Enemmän kuin masennuslääkkeiden ylikäyttöä tämä kuvastanee hoidon tarvetta ja sen parempaa saatavuutta kaupungeissa. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Masennuslääkkeiden käyttö vuonna 2007 (lähde: Sotkanet)

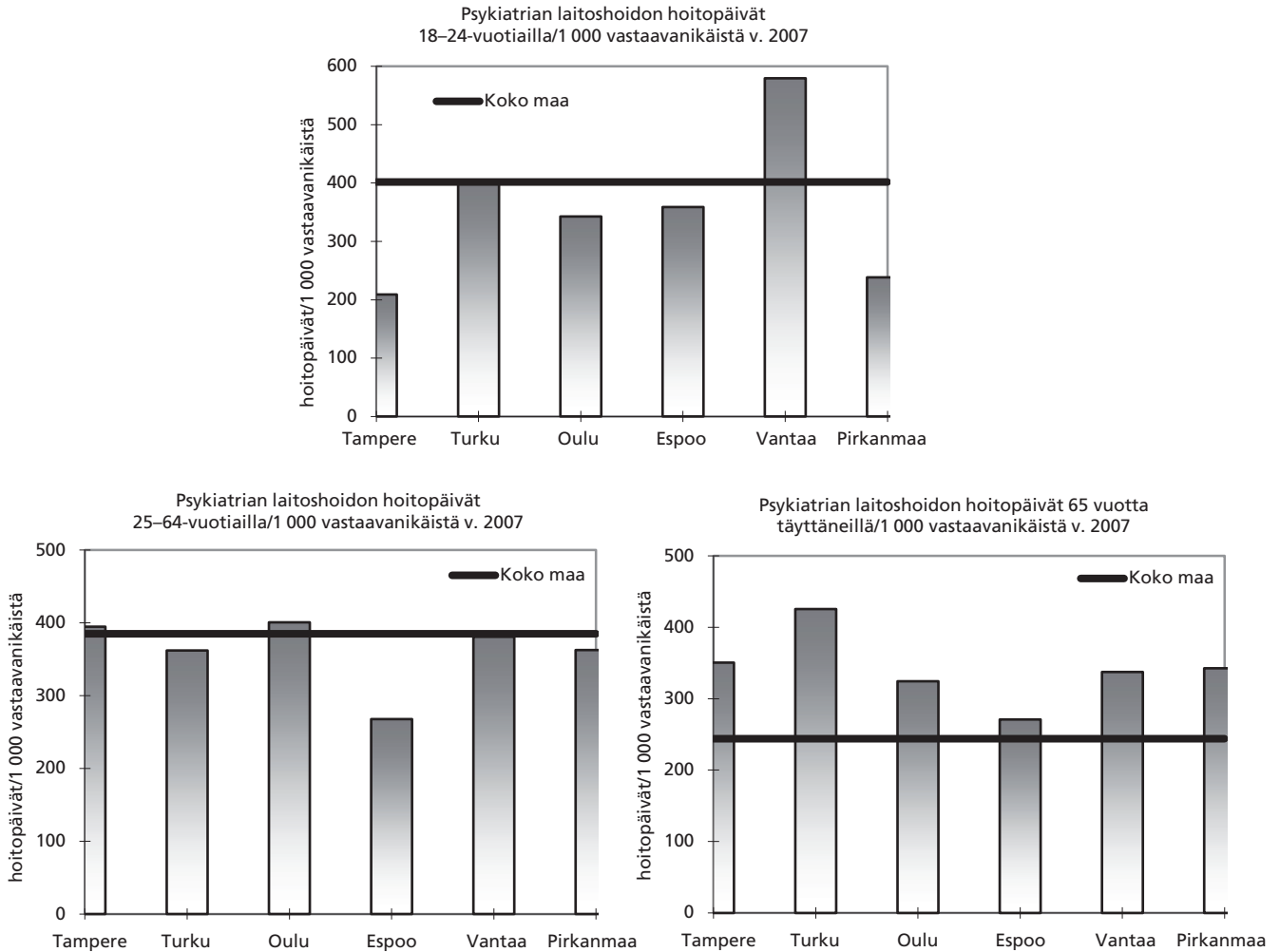
Noin 1,8 % tamperelaisista oli vuonna 2007 oikeutettu erityiskorvattaviin psykoosilääkkeisiin. Luku on osoitin pitkä-aikaisten psykoosien esiintymisestä väestössä, ja on maan keskitasoa. Oulua lukuun ottamatta luku oli alempi verrokkikaupungeissa. Luvun perusteella on mahdollista olettaa että psykoosiasiakkaille kohdennettuja palveluita tarvitaan Tampereella 20–30 % enemmän kuin Espoossa tai Vantaalla. (Kuvio 6.)



KUVIO 6. Oikeus erityiskorvattaviin psykoosilääkkeisiin vuonna 2007 (lähde: Sotkanet)

Tamperealaisten psykiatrian avohoitokäynnit sairaanhoitopiirin yksiköissä ovat kasvusuunnassa. Viiden vuoden sisällä käyntien määrä on lisääntynyt kolmanneksella.

Psykiatrian sairaalapalvelujen kokonaiskäyttöä tarkasteltaessa Tampereen tilanne ei merkittävästi eroa verrokkikaupungeista, Espoota lukuun ottamatta. Ikäryhmittäin tarkasteltuna yli 65-vuotiaiden psykiatrian hoitopäivät painottuvat enemmän kuin maassa keskimäärin. Nuorten aikuisten psykiatrian laitoshoidon käyttöä on maan mittakaavassa vähäistä. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät ikäryhmittäin 2007/1000 as (lähde: Sotkanet)

Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuus

Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden mittaaminen on haasteellista. Perinteinen, mutta epäherkkä, mittari on itsemurhakuolleisuus. Itsemurhalukujen valossa tamperelaiset mielenterveyspalvelut näyttävät olevan vaikuttavia. Palveluiden lisäksi itsemurhamääriin vaikuttavat myös sosioekonomiset tekijät, kuten työttömyys, alkoholin kulutus ja köyhyys. Sosioekonomisten tekijöiden puolesta on oletettavissa, että itsemurhakuolleisuus Tampereella olisi hieman koko maata suurempi, mutta näin ei kuitenkaan ole. (Taulukko 2, s. 22.)

Tutkimustiedon (Salokangas ym., 2008) mukaan skitsofreniapotilaiden kokonaiskuolleisuus on Pirkanmaalla koko maan tasolla. Pirkanmaalla skitsofreniapotilaiden itsemurhakuolleisuus on alle maan keskiarvon, mikä tukee havaintoa paikallisten mielenterveyspalveluiden toimivuudesta. Toisaalta skitsofreniapotilaiden kuolleisuus tauteihin (ns. luonnolliset kuolemat) on koholla verrattuna koko maan lukuihin. Tämä ongelma saattaa liittyä psykiatrian eriytyneisyyteen, muun muassa aluepsykiatrian poliklinikoiden ja Pitkäniemen sairaalan sijoittumiseen erilleen muusta terveydenhuollosta.

TAULUKKO 2. Itsemurhien määrä keskimäärin 10 000 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti vuosina 2003–2007

Alue	Itsemurhat/10 000 as.
Tampere	2,2
Turku	2,3
Oulu	2,7
Espoo	1,7
Vantaa	2,0
Pirkanmaan shp	2,4
Koko maa	2,4

Yhteenvetona on todettavissa että suuria poikkeamia psykiatrisessa sairaalakäytössä ei ole, mutta Tampereen mielenterveyspalvelujärjestelmää ei voi pitää avohoitokeskeisenä. Merkittävä ero Espooseen ei ole pelkästään selitettävissä sillä että väestön mielenterveyttä määrittävät sosioekonomiset tekijät ovat selkeästi suotuisimmat kuin Tampereella, vaan ovat myös osoitus avohoidon kehittymättömyydestä Tampereella.

Mielenterveysjärjestöjen yhteisen näkemyksen mukaan Tampereella on puutteita hoidon saatavuudessa. Järjestöjen ja kaupungin palvelujen välistä yhteistyötä haluttaisiin tiivistää, jotta asiakkaiden palveluohjaus toimisi nykyistä paremmin. Asiakkaan näkökulmasta hoitojärjestelmä on vaikeasti hahmotettava, pirstaleinen, ja palveluiden saatavuus ei toteudu riittävän hyvin. Tämä näkyy järjestöjen mukaan esimerkiksi tahdosta riippumattomien läheteiden suurena määränä.

Aikuispsykiatria

Avohoitopalvelut

Perusterveydenhuolto

Perustason mielenterveystyö toteutuu osana terveyskeskuksen normaalitoimintaa. Tampereella on 11 kaupungin omaa terveysasemaa, jotka vastaavat alueellisesti asukkaiden perusterveydenhuollon palveluista. Osa omalääkäripalveluista ja vastaanoton sairaanhoitajapalveluista ostetaan yksityisiltä lääkäriasemilta, Hervannan lääkäriasema Medonelta ja Pihlajalinnan lääkäriasemalta. Terveysasemat vastaavat päivystystyöstä arkisin klo 8–15. Muina aikoina perusterveydenhuollon päivystyksestä vastaa Ensiapu Acuta Taysissa.

Terveysasemilla on toiminut kahden vuoden ajan kuusi psykologi/depressiohoitaja-työparia, jotka hoitavat tk-lääkärin lähettämänä lähinnä masennuspotilaita. Määrä vastaa esim. Vantaalta saatua kokemusta depressiohoitajien tarvittavasta määrästä (1/20 000 as.), mutta on alimitoitettu jos tehtäväkenttänä on myös muu toiminta kuin depression hoito.

Psykologi/depressiohoitaja-työparien tarjoama hoito käsittää tyyllisesti 15–20 hoitokertaa. Jatkohoitoon työparit lähettävät 10–15 % potilaista aluepsykiatrian poliklinikoille. Perusterveydenhuollossa ei ole omaa konsultoivaa psykiatria, joten psykiatrin konsultaatiot tapahtuvat psykiatrian aluepoliklinikoilla, joita myös psykologi/depressiohoitaja-työparit käyttävät. Konsultaatioajan saaminen saattaa kestää ei-kiireellisessä tapauksessa jopa kaksi kuukautta.

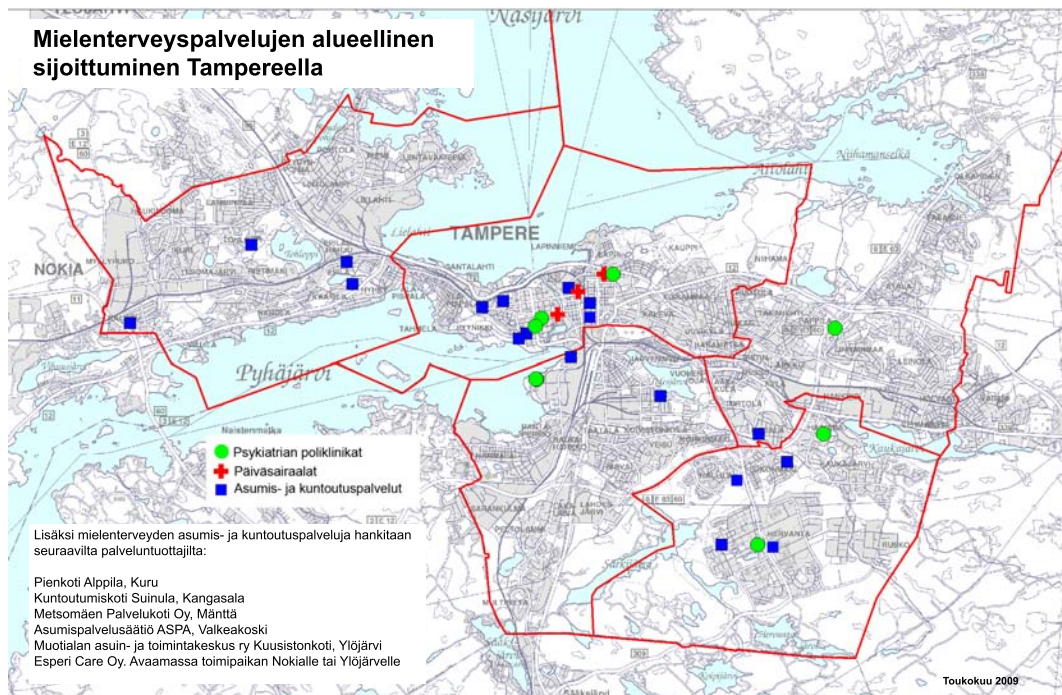
Perusterveydenhuollossa työskentelee yhteensä 21 psykologia (7 äitiys- ja lastenneuvoissa, 4 oppilashuollossa, 6 terveysasemilla, 1 nuorisoneuvolassa, 2 neuropsykologiassa, 1 hallinnossa).

Perustason mielenterveystyöllä ei ole omaa johtoa.

Kuulemisten perusteella on alueellisia eroja siinä, kuinka hyvin konsultaatiomahdollisuus psykiatrille toteutuu, samoin kuin käytännön tason kriteereissä psykiatrian aluepoliikkien pääsyyllä.

Avomielenterveyspalvelut

Avomielenterveyspalvelut on psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikkö, jonka sisällä on useita erikoistuneita toimia. Avopalveluja tuottaa väestövastuuperiaatteella 9 aluepsykiatrian poliklinikkaa, kriisipsykiatrian poliklinikka, maahanmuuttajien psykiatrian poliklinikka, nuorisopsykiatrian poliklinikka ja tehostettu psykiatrinen kotityöryhmä. Henkilöstö näissä yksiköissä yhteensä on seuraava: 27 lääkäriä, 12 psykologia, 12 sosiaalityöntekijää, 35 hoitajaa ja 16 muuta työntekijää, enimmäkseen toimistosiheteerejä (yhteensä 102 työntekijää). Aluepsykiatrian poliklinikoista kolme sijaitsee omalla alueellaan ja loput Hallituskadulla.



KARTTA. Avomielenterveyspalveluiden sijainti

Avomielenterveyspalveluiden henkilöstön keskimääräinen tuotos oli vuonna 700 käyntiä. Aluepoliikkien tuottavuus vaihteli, ollessa korkeimmillaan Keski-Tampere 1 -poliikkialalla (987 käyntiä/työntekijä) ja Kaukajärvellä (966 käyntiä/työntekijä) ja alimmillaan Etelä-Tampereen psykiatrian aluepoliikkialalla (632 käyntiä/työntekijä). Tuottavuuserojen syitä on syytä selvittää. (Taulukko 3, s. 24.)

Avomielenterveyspalveluihin tarvitaan lääkärin lähete, useimmiten joko terveyskeskuksesta, työterveyshuollosta tai yksityislääkäriltä. Lähetteen perusteella asiakas kutsutaan vastaanotolle puhelimitse tai kirjeitse. Hoidon alussa laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä potilaan, häntä hoitavien työntekijöiden ja läheisten kanssa. Suunnitelmassa sovitaan hoidon tavoitteista, hoitomuodoista ja hoitajakson pituudesta. Suunnitelma tarkistetaan määräajoin. Perheenjäsenien

TAULUKKO 3. Tampereen avomielenterveyspalveluiden käyntiluvut v. 2008

Toimipiste	Henkilöstö	Käyntien lkm	Tuottavuus	Asiakkaiden lkm	Käyntiä/asiakas
MIELENTERVEYS-PALVELUT		1 333		307	4,3
PSYKIATR. PKL ETELÄ-TAMPERE	8	5 060	632	727	7,0
PSYKIATR. PKL HERVANTA	7	5 624	803	696	8,1
PSYKIATR. PKL ITÄ-TAMPERE	5	3 933	787	554	7,1
PSYKIATR. PKL KESKI-TAMPERE 1	6	5 920	987	864	6,9
PSYKIATR. PKL KESKI-TAMPERE 2	6	5 165	861	741	7,0
PSYKIATR. PKL LÄNSI-TAMPERE	10	7 050	705	872	8,1
PSYKIATR. PKL LINNAINMAA	6	4 612	769	555	8,3
PSYKIATR. PKL KAUKAJÄRVI	4	3 864	966	461	8,4
TEHOSTETTU PSYKIATR. KOTI-SAIRAANHOITO	18	7 404	411	487	15,2
KRIISIPSYKIATRIAN POLIKLINIKKA	5	2 670	534	813	3,3
PSYKIATRIAN PKL MAAHANMUUTTA-JILLE	3	1 935	645	157	12,3
YHTEENSÄ	78	54 570	700	5 970	9,1
<i>Nuorisopsykiatrian poliklinikka</i>	9	4357	484	518	8,4

Taulukosta puuttuu Tesoman psykiatrian poliklinikka, joka on aloittanut toimintansa v. 2009.

Henkilöstöluvuissa ei ole mukana avustava henkilöstö

Tuottavuus on käyntien määrä vuositason työntekijää kohti

mukana oloa pidetään tärkeänä hoidon onnistumiselle. Asiakas käy vastaanotoilla sovitun työntekijän luona. Potilaiden hoidosta vastaa työryhmä, johon kuuluu psykiatrian erikoislääkäri, yksi tai kaksi sairaanhoitajaa, psykologi sekä yksi tai kaksi sosiaalityöntekijää. Työryhmään kuuluu myös erikoistumassa oleva apulaislääkäri.

Tampereen avomielenterveyspalvelujen asiantuntijatyöryhmä on vuodesta 2000 lähtien selvittänyt hoidon sisältöä. Ensisijaisena päämääränä on ollut oman työn mallintaminen. Tässä yhteydessä on laadittu hoidon priorisointiohjelma, joka sisältää myös suosituksia hoidon porrastamiseksi perustason ja avomielenterveyspalvelujen kesken. Priorisointiohjelmassa mielenterveyden häiriöt on jaoteltu kuuteen eri ryhmään, joille kullekin on oma suosituksensa: 1. Ahdistuneisuus- ja sopeutumishäiriöt sekä reaktiot vaikeaan stressiin 2. Depressio ja itsetuhoisuus 3. Skitsofrenia ja muut psykoosit 4. Päihdeongelmat 5. Somatisoivat potilaat 6. Vaikeat persoonallisuushäiriöt.

Näitä koskevat ohjeet hoidon porrastamiseksi ovat saatavissa kaupungin internet-sivuilta www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/priorisointi.html.

Psykiatristen palveluiden sisältöä on myös kuvattu prosesseina. Aiheet ovat seuraavat:

- avomielenterveyspalveluiden ydin- ja osaprosessit
- psykiatrinen intensiivinen hoito päiväsairaloissa 1, 2 ja 3
- tehostettu psykiatrinen kotisairaanhoido ja kuntoutus, masennuspotilaan hoito, psykoosipotilaan hoito
- vaikeasti traumatisoituneen maahanmuuttajapotilaan hoito
- psyykkisen työ- ja toimintakyvyn arviointi
- psykoosipotilaan kriisipsykiatrinen hoito
- masennuspotilaan kriisipsykiatrinen hoito.

Sen sijaan potilaan kokonaispolkuja eri toimijat huomioiden ei ole kuvattu muualla kuin päihdepsykiatriassa. Erityisesti tämä on puute psykogeriatrian kohdalla.

Avomielenterveyspalveluita on viime vuosina kehitetty akuutimpaan suuntaan. Hoitoajat ovat kuitenkin edelleen melko pitkät: vuosittain vaihtuu vain noin kolmannes potilaista. Palvelusopimuksen mukainen avohoitokäyntien tilaus vuodelle 2009 on yhteensä 58 352 käyntiä (6,0 M€), mukaan lukien nuorisopsykiatrian poliklinikka. Näistä 5 302 on puhelinkäyntejä. Kotikäyntejä on 5 800 ja ryhmäkäyntejä 2 250. Asukasta kohden tuotetaan 0,25 mielenterveysavokäyntiä (poislukien puhelinkäynnit) omana toimintana. Palvelusopimuksen vuoden 2009 tavoitteena on parantaa mielenterveyspalvelujen saatavuutta. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Vuoden 2009 palvelusopimuksen mukaan asetetut tavoitteet

Suorituskyky	Tavoite	Arviointikriteeri	Arviointimittari
Saatavuus	Mielenterveyspalveluiden saatavuus paranee	Hoidon tarpeen arviointi tehdään kiireellisissä tapauksissa 1–2 vrk:n kuluessa ja saatava tarpeenmukainen hoito 2 kk:n kuluessa	Mielenterveyspotilaiden keskimääräinen jonotusaika/toimipiste
Palvelu	Masennuspotilaiden hoidon vaikuttavuus paranee	Beck-mittaus hoidon alkaessa ja päättyessä	Beck-mittarin tulokset otannalla
Asiakastyytyväisyys	Asiakastarpeet otetaan huomioon palvelujen kehittämisessä	Asiakaspalautekäytäntöjä toteutetaan, niitä kehitetään ja niiden tuloksia seurataan	Raportit palautteiden sisällöstä

Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille

Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille Pohjolankadulla tarjoaa palveluja erityisesti turvapaikanhakijoille ja äskettäin maahan muuttaneille pakolaisille. Työryhmässä arvioidaan vaikeasti traumatisoituneiden pakolaispotilaiden (kidutus- ja sotatraumat) hoidon tarvetta. Työryhmään kuuluvat psykiatrian erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Vuonna 2008 asiakkaita oli 157, joilla oli 1 935 käyntiä. Hoitoonohjauksessa tarvitaan lääkärin lähete. Kliinisen työn lisäksi työryhmä järjestää työhohjausta ja koulutusta pakolaisten kanssa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaisille, opiskelijoille ja tulkeille.

Tehostettu psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä

Toiminta kuvataan luvussa Kuntouttava hoito.

Kriisipsykiatrian poliklinikka

Toiminta kuvataan luvussa Akuuttitoiminta.

Sairaanhoidopiirin avopalvelut

Taysin toimintana Pitkäniemessä aikuispsykiatrian vastuualueella on akuuttipsykiatrian alainen poliklinikka ja Rapi-ryhmä ja vanhuspsykiatrian alainen poliklinikka. Keskussairaalassa on yleissairaalapsykiatrian alainen poliklinikka ja katastrofivalmius. Taysin psykiatrian toimiala tuotti vuonna 2008 25 400 avohoitokäyntiä.

Päiväsairaalat

Päiväsairaalatoiminta jakaantuu kolmeen päiväosastoon, joissa toimii yhteensä 3 lääkäriä, 3 psykologia, 2 sosiaalityöntekijää, 15 hoitajaa ja 7 muuta työntekijää. Päiväsairaalaan hakeudutaan lääkärin läheteellä.

Päiväsairaalat ovat profiloituneet. Päiväsairaala 1 antaa akuuttihoitoa työikäisille ja on keskittynyt lievien psykoosisairauksien ja vakavan masennuksen hoitoon. Hoitoaika on yleensä noin 6 viikkoa ja hoito on hyvin strukturoitua. Päiväsairaala 2 hoitaa persoonallisuushäiriöisiä potilaita, erityisesti epävakasta persoonallisuudesta kärsiviä potilaita. Hoitoaika on puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Päiväsairaala 3 hoitaa ja kuntouttaa 18–28-vuotiaita nuoria aikuisia, joilla on vakava mielenterveyden häiriö. Hoitoaika kestää kuukaudesta puoleen vuoteen ja siihen voi liittyä myös polikliinista hoitoa sekä ennen että jälkeen osastohoidon.

Vuonna 2008 päiväsaaraloissa oli 213 asiakkaalla 7 480 käyntiä. Päiväsairaalatoiminnan tilaus vuodelle 2009 on palvelusopimuksen mukaan 7 800 hoitopäivää (1,6 M€).

Sairaalapalvelut

Tamperelaisten psykiatrisesta sairaalahoidosta huolehtii Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiirin psykiatrian osastot sijaitsevat Nokialla Pitkäniemmen sairaalassa, Keskussairaalassa ja Valkeakosken aluesairaalan alaisessa Kaivannon sairaalassa. Pääosa psykiatrisista sairaalahoitopalveluista ostetaan Tampereen yliopistollisesta sairaalasta (Tays), eli käytännössä Pitkäniemmen sairaalasta.

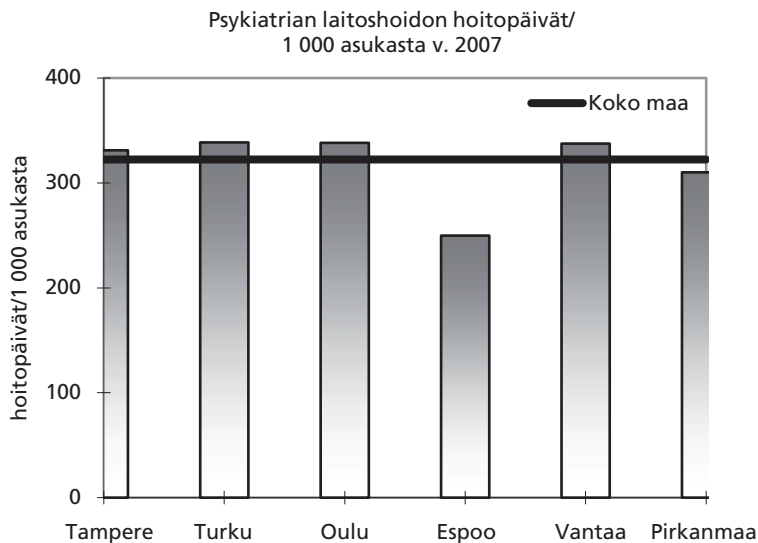
Tamperelaisten hoitopäivät sairaanhoitopiirin sairaaloissa ovat hitaasti laskeneet. Vuonna 2008 hoitopäiviä oli yhteensä 58 103 ja sairaanhoitopiirin laskutus yhteensä 22,3 M€ (taulukko 2). Tampereen kaupungin käyttö muodostaa noin 60 % Taysin psykiatrian toimintatuotoista. (Taulukko 5.)

Vuoden 2000 jälkeen hoitopäivien lasku on johtunut suurelta osin Pitkäniemmen sairaalan psykogeriatrian ja Kaivannon sairaalan vähentyneestä käytöstä. Vastaavana ajanjaksona sairaanhoitopiirin laskutus psykiatriasta (mukaan lukien polikliininen toiminta) on kuitenkin kasvanut runsaat 40 % (ilman inflatio- tai muuta korjausta).

TAULUKKO 5. Tampereen kaupungin hankkimat hoitopäivät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa

Hoitopäivät	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TAYS Akuuttipsykiatria	31 677	32 435	30 958	33 029	31 464	32 000	31 045	30 079	29 073
TAYS Nuorisopsykiatria +EVA	3 037	2 405	1 990	1 934	2 837	2 543	1 887	2 477	2 605
TAYS Oikeuspsykiatria	8 770	8 780	6 765	5 807	5 977	5 742	7 474	8 226	6 041
TAYS Psykogeriatia	18 444	15 524	16 325	13 715	12 338	13 113	13 615	12 027	11 805
TAYS yhteensä	61 928	58 844	55 948	54 485	52 616	53 398	54 021	52 809	49 524
Kaivanto	15 237	15 564	15 476	13 236	9 062	9 432	8 597	7 247	8 579
Kaikki yhteensä	77 165	74 408	71 424	67 721	61 678	62 830	62 618	60 109	58 103

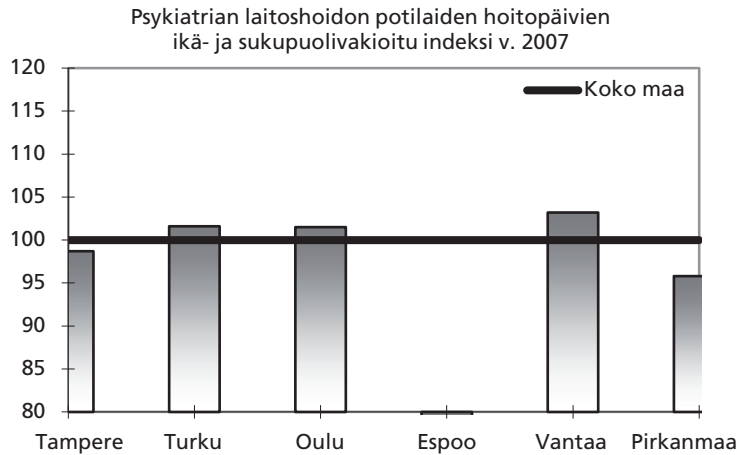
Tamperelaisten psykiatrian hoitopäivien kokonaiskäyttö (330 päivää 1 000 asukasta kohti) ei vuonna 2007 merkittävästi eronnut koko maan keskiarvosta (320 päivää) ja oli Espoota lukuunottamatta samalla tasolla kuin tämän selvityksen verrokkikaupungeissa. (Kuvio 8.)



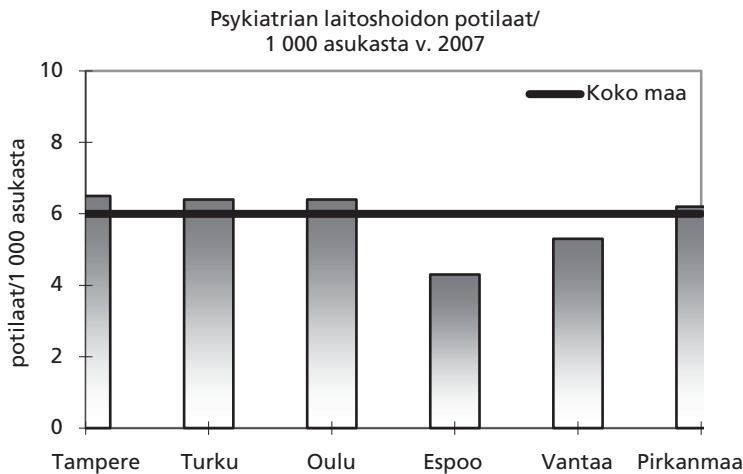
KUVIO 8. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät/1 000 as. 2007 (lähde: Sotkanet)

Ikä- ja sukupuolivakioidussa vertailussa tamperelaisten psykiatrian hoitopäivien määrä on n. 98 % koko maan hoitopäivien määrästä, ja on näin tarkasteltuna jopa hieman alla verrokki-kaupunkien lukuja, poikkeuksellista Espoota lukuun ottamatta. (Kuvio 9, s. 28.)

Hoitopäivien laskevasta suunnasta huolimatta tamperelaiset ovat psykiatrisessa osastohoidossa hieman useammin kuin keskimääräisesti koko maassa. Vuonna 2007 psykiatrisessa osastohoidossa oli 0,64 % tamperelaisista, kun vastaava luku koko maassa on 0,59 %. Kaupunkeja vertaillaessa psykiatrisessa sairaalahoidossa olleiden määrä oli vähäisempi varsinkin Espoossa mutta myös Vantaalla. Ero liittyy ainakin osittain mielenterveyteen vaikuttaviin sosioekonomisiin tekijöihin, mutta saattaa liittyä myös palvelujärjestelmään: päihdehäiriöiden, varsinkin opiaattikäyttöön liittyvien häiriöiden, takia on tamperelaisia psykiatrisessa sairaalahoidossa lähes puolitoista kertaa enemmän kuin Suomessa keskimäärin. Tämä johtunee Pitkäniemen sairaalan



KUVIO 9. Psykiatrian laitoshoidon potilaiden hoitopäivien ikä- ja sukupuolivakioitu indeksi v. 2007 (lähde: Sotkanet)



KUVIO 10. Psykiatrian laitoshoidon potilaat/1 000 as v. 2007 (lähde: Sotkanet)

päihdepsykiatrian osastohoitotarjonnasta. Muitten psykiatristen diagnostisten ryhmien suhteen hoidettujen tamperelaisten määrä ei merkittävästi eroa muusta maasta. (Kuvio 10.)

Tamperelaisia lähetettiin psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta useammin kuin suomalaisia keskimäärin: vuoden 2007 aikana 0,23 % tamperelaisista tuli hoitoon tahdostaan riippumatta kun vastaava luku koko maassa on 0,20 % eli kaksi tuhannesta suomalaisesta. Huomioiden sosioekonomisesti määräytyvää hoidon tarvetta luku ei ole koko maahan verrattuna suhteettoman korkea, ja samaa tasoa kuin Oulussa (0,22 %). Kuitenkin pääkaupunkiseudun kunnissa Espoossa (0,12 %) ja Vantaalla (0,17 %) luku oli selvästi alhaisempi.

Tamperelaisten kaksinkertainen riski joutua tahdosta riippumattomaan hoitoon on verrattuna espoolaisten riskiin kaupunkien sosioekonomiset erotkin huomioiden suhteettoman suuri, ja antaa viitteitä siitä että osa tamperelaisten tahdosta riippumattomasta hoidosta olisi ehkäistävissä avohoidon toimia tehostamalla. Pitkäniemen sairaalan potilaista suurin osa (80 %) tulee päivystyksenä, ja 35 % tahdosta riippumatta.

Tays

Taysin psykiatrian toimialueella oli 241 sairaansijaa vuonna 2008, jotka jakaantuivat 15 osastolle, joista 3 kuuluvat nuorisopsykiatrian vastuualueelle. Aikuispsykiatrian osastot ovat akuuttipsykiatria (6 osastoa, 98 sairaansijaa), neuro- ja vanhuspsykiatria (3 osastoa, 51 sairaansijaa), oikeuspsykiatria (2 osastoa, 36 sairaansijaa) ja yleissairaалapsykiatria (1 osasto, 12 sairaansijaa). Akuuttipsykiatrian osastoista yksi toimii 14-paikkaisena päihdepsykiatrian osastona ja yksi vaikeahoitoisten osastona.

Keskimääräinen hoitoaika psykiatrian osastoilla on ollut 30 vrk (akuuttipsykiatriassa 21 vrk). Hoitoaika on lyhentynyt 15 vuodessa 70 %, ja lyheneminen on jatkunut myös vuosina 2006–2007.

Toimialan toimintakulut olivat 35,9 M€ vuonna 2008, joista noin 60 % tulivat Tampereen kaupungilta. Toimintakuluista noin 70 % oli henkilöstökuluja. Henkilöstön määrä on 492 (lääkäreitä 51, hoitohenkilöstöä 386, tutkimushenkilöstöä 31, muut 24).

Tays Keskussairaalassa sijaitsee yleissairaалapsykiatrian poliklinikka ja somatopsykiatrian osasto. Osaston tehtäväkuvaan kuuluu syömishäiriön hoito (kiireellinen hoito sisätautiosastolla), kipupotilaan psykiatrisen tutkimus- ja hoitajakso, unihäiriötutkimus, äidin psykiatrisen hoito vauvan kanssa, neuropsykiatrisen tutkimusjakso, elimellisoireisen häiriön tutkimus ja hoito, erikoisalojen yhteistyöhön perustuva työkyvyn arviointi ja yleissairauksiin liittyvä psykiatrisen hoito. Keskimääräinen hoitajakson pituus osastolla on melko pitkä, eli noin 19 vrk. Acutan erikoissairaanhoidon päivystys konsultoi yleissairaалapsykiatrian päivystäjää, mutta yleissairaалapsykiatria ei tarjoa konsultaatiopalveluita Acutan terveystieteiden päivystykselle.

Kaivannon sairaala

Kangasalla sijaitseva Kaivannon psykiatrisen sairaala tuottaa palveluja ensisijaisesti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eteläisen alueen kunnille. Hallinnollisesti sairaala kuuluu Valkeakosken alue-sairaalaan. Sairaalassa on 124 sairaansijaa vuonna 2009, ja henkilöstön määrä on 172 (lääkärit 6, hoitohenkilöstö 107, hallinto- ja huoltohenkilöstöä 40, muut 19). Vuonna 2008 sairaalan kuudella osastolla hoidettiin 697 potilasta. Sairaalassa on kaksi akuuttipsykiatrian osastoa, vaativan pitkäaikaishoidon osasto, pitkäaikais/kuntoutushoidon osasto, päihdepsykiatrian yksikkö ja psykogeriatrisen osasto.

Huomioita

Kaiken kaikkiaan viime vuosien laskusuuntainen kehitys sairaanhoitopiirin psykiatrian osastohoidon käytössä on ollut oikeansuuntainen. Kuten maassa keskimäärin, myös tamperelaisten mielenterveysongelmat hoituvat enenävässä määrin avohoidossa. Kehittämisprojektien ja uusien toimintojen avulla on vahvistettu avohoitoa. Hyvin alkanutta kehitystä on syytä pitää yllä. Merkkejä siitä että sairaalahoidon vähentäminen olisi merkinnyt potilaiden suoranaista heitteillejättöä ei ole. Laitoshoidon korvaavia avohoidon muotoja on syytä edelleen vahvistaa.

Nuorisopsykiatrisen toiminta

Kaupungin toiminta

Perustason mielenterveyspalveluja alle 22-vuotialle tamperelaisille tarjoaa opiskeluterveydenhuollon (4 psykologin vakanssia) lisäksi nuorisoneuvolan psykologipalvelut (1 vakanssi). Tarpeeseen nähden tämä on liian vähäinen resurssi. Ehkäisevässä mielenterveystyön resursseihin kuuluvat oppilashuollon koulupsykologi- ja kuraattoriparit, joita perusopetuksessa on yhteensä 17 työparia ja lukioissa 2 työparia sekä muu oppilashuollon henkilökunta.

Kaupunki tuottaa nuorisopsykiatrian avopalveluja sosiaalivirastotalossa Koulukadulla nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Henkilökuntaan kuuluu 2 lääkäriä, 3 psykologia, 2 sosiaalityöntekijää ja 2 sairaanhoitajaa. Vuonna 2008 nuorisopsykiatrian poliklinikalla oli 518 potilasta ja 4 357 käyntiä (8,4 käyntiä/potilas). Nuorisopsykiatrian poliklinikka tekee perhekeskeistä nuorisopsykiatrista työtä 13–19-vuotiaiden nuorten kanssa. Hoitoon tuloon ei vaadita lääkärin lähetystä, mutta hoito-ohjauksen tulee tapahtua viranomaisen tahosta. Poliklinikka tarjoaa nuorisopsykiatrista tutkimusta (3–5 yksilökäyntiä, perheen tapaaminen) ja polikliinista nuorisopsykiatrista hoitoa (yksilöhoidot pääsääntöisesti 10–25 käyntiä). Pidempää psykoterapiahoitoa varten alle 16-vuotiaat nuoret ohjataan sairaanhoitopiiriin nuorisopsykiatrian poliklinikan psykoterapiatiimiin ja yli 16-vuotiaat Kelan tuella yksityisille psykoterapeuteille. Mahdollisuus löytää terapeutti pitkään terapiaan on ollut rajoittunutta yksityissektorikin huomioiden.

Nuorisopsykiatrian poliklinikan työnjaosta perusterveydenhuollon ja oppilashuollon kanssa on sovittu. Perustason osaamisvajetta on pyritty korjaamaan konsultaatioilla.

Kuulemisissa toivottiin pitkäjänteisyyttä sairastuneen nuoren kuntoutussuunnitelman tekemiseen ja yhteistyön parantamista aikuispsykiatriaan siirtymisen yhteydessä. Käynnissä on hanke nuorisopsykiatrian ja päihdehuollon ja jatkossa oppilashuollon yhteistyön kehittämiseksi.

Päiväsairaala 3 on tarkoitettu 18–28-vuotiaiden vakavasta mielenterveydenhäiriöstä kärsivien intensiiviseksi hoito- ja kuntoutusyksiköksi.

Nuorisopsykiatrista toimintaa täydentää Tampereen A-klinikkatoimen nuorisoasema. Nuorisoasemalla on päivystysvastaanotto arkisin klo 10–13. Sosiaaliasema Paussi toimii viikonloppuisin nuorten selviämisasemana. Huumeita käyttäviä kaksoisdiagnoosinuria ei ole riittävästi huomioitu palveluntarjonnassa.

Nuorisoneuvola on alle 22-vuotiaiden tamperelaisten ehkäisyneuvola, joka pääasiallisesti tarjoaa seksuaaliterveyteen liittyviä palveluita. Sieltä saa terveydenhoitajien, lääkärin ja psykologin palveluita, jos on alle 22-vuotias eikä kuulu työ- tai opiskeluhuollon piiriin. Tampereen aikuislukuion oppilaiden terveydenhuolto kuuluu myös Nuorisoneuvolan toimenkuvaan. Nuorisoneuvola toimii samoissa tiloissa Nuorisopsykiatrian poliklinikan kanssa.

Lisäksi kaupungilla on 16–25-vuotialle tarkoitettu, Etsivän työn ylläpitämä matalan kynnyksen kohtaamispaikka ”Ylilyönti”, joka tarjoaa tukea elämänhallintaan ja jolla pyritään tehostamaan nuorten palveluja. Ylilyönti on auki pari kertaa viikossa. Kaupungin hankintana Settlementti Naapuri tarjoaa lastensuojelun jälkihoitona tukipalveluja itsenäiseen asumiseen alle 25-vuotiaille. Järjestö ylläpitää myös Tampereella ”Tytöjen talon” 12–28-vuotialle tytöille ja naisille Tampereen kaupungin osittaisella tuella.

Lastensuojelun piirissä olevien nuorten osastohoito toteutuu Kuusikon, Leinolan, Metsolan ja Raholan perhetukikeskuksissa, joiden henkilökuntaan kuuluu psykiatrian erikoissairaanhoitajia.

Korkeakouluopiskelijat ovat YTHS:n mielenterveyspalvelujen piirissä. YHTS:ssä on 4 psykiatria ja 7 psykologia, joista osa on töissä osa-aikaisesti.

Sairaanhoitopiirin toiminta

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ylläpitää EVA-osastoa vaikeahoitoisille alaikäisille ja kaksi muuta nuorisopsykiatrian vastuualueeseen kuuluvaa osastoa. Lisäksi sairaanhoitopiiri ylläpitää nuorisopsykiatrista tehostetun avohoidon yksikköä (ns. intensiiviosastoa) ja keskustassa Itsenäisydenkadulla sijaitsevaa nuorisopsykiatrian poliklinikkaa. Poliklinikalla on kaksi tutkimustiimiä

ja neuropsykiatrinen tiimi. Lisäksi poliklinikalla toimii psykoterapiatiimi, joka on nähty välttämättömäksi koska nuorten kohdalla tarvitaan lisäksi perhetyöskentelyä ja moniammatillista tiimiä. Yksityiset terapiapalvelut ovat niukkoja kysyntään nähden, ja omalla palveluntarjonnalla varmistetaan myös tarpeen ja hyödyn huomioiminen terapian kohdentamisessa.

Nuorisopsykiatrin vastuuyksikköön kuuluu 10-paikkainen kriisi- ja tutkimusosasto ja 10-paikkainen viikko-osasto. Nuorista vain puolet tulee osastolle päivystyksenä, mikä on selvästi vähemmän kuin aikuisilla ja kuvannee hoidon parempaa saatavuutta. Vastuualueeseen kuuluu myös EVA, joka on valtakunnallinen 12-paikkainen tutkimus- ja hoitoyksikkö alaikäisille vaikeahoitoisille potilaille.

Tamperelaisten hoitopäivät Taysin nuorisopsykiatriassa ovat 2000-luvulla vuosittain vaihdelleet tarpeen mukaan, mutta selvää lasku- tai nousutrendiä käytössä ei ole. Tampere käyttää EVA:n palveluita tarpeen mukaan.

Vuonna 2008 tamperelaisille tuotettiin 2 605 hoitopäivää Taysin nuorisopsykiatrin osastoilla. Nuorisopsykiatrista sairaalahoitoa saaneiden tamperelaisten määrä (0,3 henkilöä tuhatta asukasta kohden) ei vuonna 2007 eronnut koko maan keskiarvosta tai määrästä verrokka kaupungeissa.

Hoitoon tulon kriteerit on hyvin kuvattu ja informaatio lähetäville tahoille selkeää. Nuoren hoitojakso alkaa systemaattisella oirekartoituksella ja hoidon sisältö on strukturoitu. Nuorten päihdeikäikäytön yleisyyden vuoksi yksiköissä on käytössä systemaattinen päihdeongelman kartoitus.

Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten verkosto- ja perhekeskeisen hoitomallin kehittämistä harkitaan. Osastolla on käytössä myös verkoston kanssa sovitut intervallijaksot. ADHD:n tutkimuksen ja hoidon peruslinjauksia ollaan miettimässä.

Nuorisopsykiatrinen työ pitää jokaisen nuoren kohdalla sisällään perhetyötä, jossa sairaanhoitopiiri on järjestänyt omaa koulutusta. Kognitiivista terapiaa on hyvin saatavilla. Psykodynaamisen terapian saantimahdollisuus on parantunut ja pitkien terapioiden toteutuminen on turvattu erillisellä psykoterapiatiimillä, joka samalla huolehtii hoidon kohdentamisesta. Ryhmäterapiain käytössä olisi lisäämisen varaa. Psykoedukatiota käytetään paljon.

Kuulemistilaisuudessa nousi esille tarve yhdenmukaistaa psykoterapiaan ohjautuminen sairaanhoitopiirin alueella, mahdollisesti keskittämällä psykoterapia-arvioinnit Taysin nuorisopsykiatrin poliklinikalle.

Vanhuspsykiatrinen toiminta

Avohoitopalvelut

Psykiatrian avopalveluita tuotetaan kaupungin omana toimintana Hatanpään puistosairaalan psykiatrian poliklinikalla ja sairaanhoitopiirin toimintana Pitkämäen sairaalan psykiatrian poliklinikalla. Hatanpään psykiatrian poliklinikka tukee myös kaupungin kotihoitotoimintaa.

Hatanpään puistosairaalan psykiatrian poliklinikka on tarkoitettu tamperelaisille ikäihmisille, joiden on lähetteen perusteella arvioitu tarvitsevan psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Poliklinikalla tarjotaan psykiatrista tutkimusta ja hoitoa sekä konsultaatioita perusterveydenhuollon ja Hatanpään kantasairaalan potilaille, joilla on esim. vaikeahoitoinen masennussairaus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, dementiaan liittyviä vaikeita käytösoireita, äkillinen sekavuusoireyhtymä tai skitsofreniasairaus. Poliklinikan toiminnalla pyritään tehostamaan vanhusten diagnostiikkaa, hoitoa ja kotona selviytymistä.

Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveysongelma - hankkeessa kehitetään toimintamallia päihdeongelmista ja/tai mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten tukemiseksi avopalveluissa yhteistyötahojen kanssa. Hankkeeseen sisältyi myös koulutusta.

Taysin Neuro- ja vanhuspsykiatrian poliklinikka sekä Hatanpään puistosairaalan poliklinikka ovat tehneet yhteistyössä ns. prioriteettiohjelman Tampereen kaupungille. Siinä määritellään hoidon porrastus. Hatanpää on pääsääntöisesti ensimmäinen konsultaatio- ja jatkohoitopaikka, Tays vastaa kiireellisistä ja komplisoituneista potilaista sekä kaikista tahdosta riippumattomassa hoidossa olevista potilaista. Taysin poliklinikalle keskitetään neuropsykiatrista hoitoa ja arviota vaativat potilaat sekä psykiatrista sähköhoitoa saavat potilaat.

Huomioiden Tampereen väestön ikärakenne, jonka takia tarve psykogeriatrisille palveluille on valtakunnallista tasoa suurempi, avohoito on alimitoitettu. Kuulemistilaisuuksien annin perusteella Hatanpään ja sairaanhoitopiirin Pitkäniemen sairaalan vanhuspsykiatrian poliklinikoiden työnjako on osaksi selkiytymätön. Tuottajan mukaan konsultaatioiden kynnyks Hatanpään sairaalan ja perusterveydenhuollon kesken on matala ja konsultaatiot helposti saatavilla. Myös kotipalvelun, kotisairaanhoidon, vanhainkotien ja palvelutalojen henkilökunnalla tulisi olla konsultaatiomahdollisuus tai työnohjausta psykogeriatrisiin ilmiöihin.

Laitospalvelut

Kaupungin omana toimintana psykogeriatrian laitospalveluja tuotetaan Hatanpään sairaalan viidellä osastolla. Henkilökuntaan kuuluu 7 lääkäriä, 43 sairaanhoitajaa, 56 mielenterveyshoitajaa, 31 lähi- ja perushoitajaa, 21 sairaalahuoltajaa, 7 sihteeriä, 2 sosiaalityöntekijää, 2 fysioterapeuttia, 7 muuta (yhteensä 176 vakanssia).

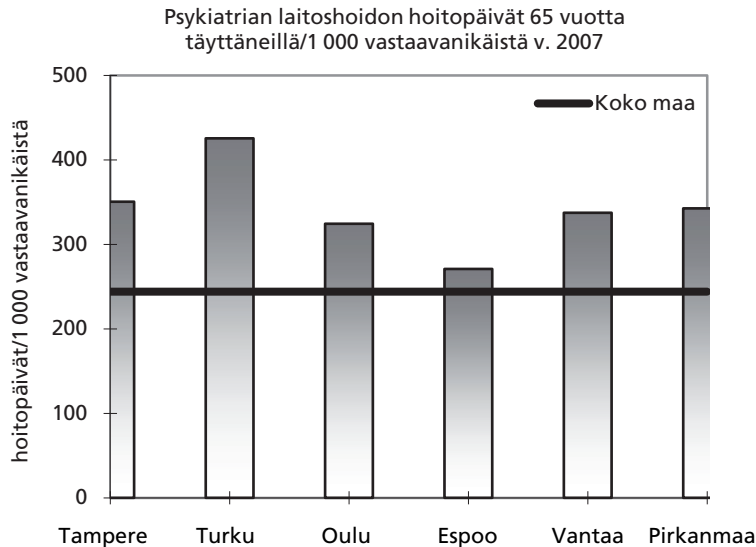
Osastot ovat

- 32-paikkainen psykogeriatrinen osasto iäkkäille mielialahäiriöpotilaille (depressio-osasto)
- 36-paikkainen psykogeriatrinen osasto dementiapotilaille, joilla vaikeita käytösoireita
- 36-paikkainen psykogeriatrinen osasto dementiapotilaille, joilla käytösoireita, päihdeongelmat
- 36-paikkainen psykogeriatrinen osasto iäkkäille vanhuspsykiatrisille potilaille sekä lyhyt- että pitkäaikaisille mielenterveyskuntoutujille
- 36-paikkainen psykogeriatrinen osasto iäkkäille vanhuspsykiatrisille potilaille (mm. skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö) sekä lyhyt- että pitkäaikaisille mielenterveyskuntoutujille.

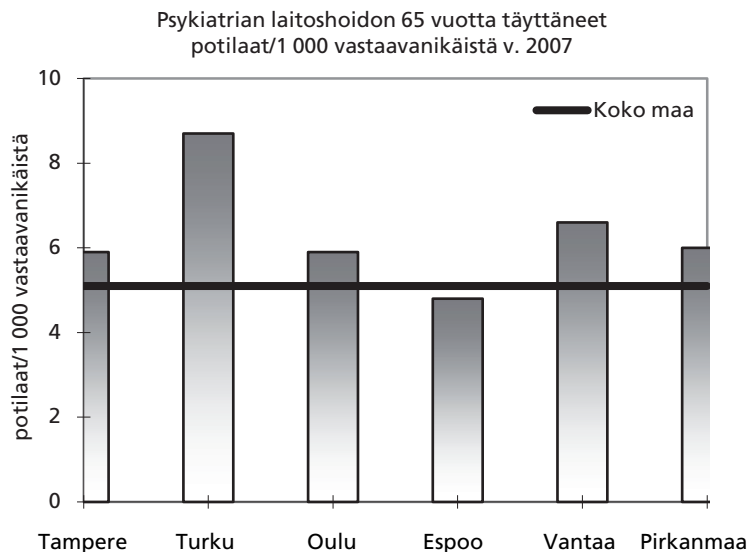
Asiakkaat tulevat kotihoidosta, kaupungin erikoissairaanhoidon osastoilta, geriatrian osastoilta (Kaupin sairaala ja Hatanpään geriatrian osasto), vanhainkodeista, avomielenterveyspalveluista (kotityöryhmä), päihdehuollon laitoksista (Palhoniemi), Taysin psykogeriatrialta ja muilta osastoilta, Kaivannon sairaalasta ja yksityislääkäreiltä.

Sairaanhoitopiirin toimintana psykogeriatrian osastopalveluja tuotetaan Pitkäniemen sairaalan kolmella osastolla. Toiminnallisesti osastot jakautuvat akuuttiosastoon, vaikeahoitoisten osastoon ja neuropsykiatriseen osastoon. Vuonna 2008 keskimääräinen hoitoaika osastoilla oli 29 vrk. Tamperelaisille tuotettiin 11 805 hoitopäivää näillä osastoilla. Osa neuropsykiatrisella osastolla hoidetuista henkilöistä sairastaa neurologisia tauteja, kuten Parkinsonin tautia tai MS-tautia, joihin liittyy psyykkisiä oireita.

Psykiatrian hoitopäiviä tamperelaisilla yli 65-vuotiailla oli erikoissairaanhoidossa lähes puolitoistakertainen määrä maan keskiarvoon nähden (kuvio 11). Verrokkikaupungeissa yli 65-vuotiaiden hoitopäivien määrä oli vielä Tamperetta korkeampi Turussa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettujen yli 65-vuotiaitten määrällä tarkasteltuna Tampere ja Pirkanmaa ylittävät maan keskiarvon noin 15 %:lla (kuvio 13). Tampereen luvut osoittavat erikoissairaanhoidon osastopalveluiden tarjonnan yli 65-vuotiaille olevan keskimääräisesti suurempi paikallisessa palvelujärjestelmässä. Luvut osoittavat myös että vuonna 2007 yli 65-vuotiaitten tamperelaisten hoitajaksot ovat koko maan ja usean verrokkikaupungin keskimääräisiä hoitajaksota pidemmät.



KUVIO 11. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 65 vuotta täyttäneillä (lähde: Sotkanet)



KUVIO 12. Psykiatrisessa hoidossa olleiden yli 65-vuotiaiden määrä (lähde: Sotkanet)

Luvuista ei selviä aiheutuuko tamperelaisten yli 65-vuotiaitten erikoissairaanhoidon psykiatrian runsas käyttö vanhuspsykiatrian käytöstä, vai onko taustalla esimerkiksi kuntoutus-, oikeus- tai akuuttipsykiatrian runsas käyttö. Luvuista on kuitenkin vedettävissä johtopäätös että Tampereella hoideaan psykiatrialla potilaita joita muualla ehkä hoidettaisiin ja tutkittaisiin avohoidossa tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Diagnoosijakauma on myös muuhun maahan verrattuna hieman poikkeava -tamperelaisia yli 65-vuotiaita hoidetaan psykiatrian vuodeosastoilla myös dementiadiagnoseilla ja neurologisilla diagnoseilla. Tämä voi kuvastaa korkeata diagnostista tasoa, mutta tulisi arvoida onko erikoissairaanhoidon psykiatria näille potilaille oikea hoitopaikka. Joka tapauksessa, arviomme mukaan Tampereen olisi syytä vähentää yli 65-vuotiaitten psykiatrian osastokäyttö ikääntyneiden avohoitopalveluita kehittämällä.

Kuulemistilaisuuden perusteella psykogeriatrian palveluissa on prosessivirheiden aiheuttamaa turhaa resurssien käyttöä. Taysin vanhuspsykiatriasta joudutaan kierrättämään potilaita

Hatanpään vanhuspsykiatrian osastojen kautta, jotta potilas pääsisi ikäihmisten asiakasohjauksen kautta tarvitsemaansa jatkohoitoon asumispalveluihin.

Päihdepalvelut

Suurin osa Tampereen päihdepalveluista ostetaan ulkopuolisilta palvelutuottajilta. Erikoistason päihdepalvelut tuottaa Tampereen kaupungille A-klinikkasäätiön Tampereen A-klinikkatoimi, joka ylläpitää A-klinikan lisäksi myös nuorisoaseman, kuntoutumiskeskuksen laitoshoidossa toteutettavia katkaisuhoidoja varten, päiväosaston avokatkaisuhoidoja varten, huumepotilaille tarkoitetun Matala-vastaanoton, K-klinikan korvaushoidoja varten, ja matalan kynnyksen huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteen ”Nervin”.

A-klinikkasäätiön palvelut ovat suunnattuja 17 kunnan asukkaille, mutta toimipisteissä 75–90 % asiakkaista ovat tamperelaisia. Tampereen A-klinikkatoimen henkilökuntavahvuus on 80 henkilöä (joista 5 on lääkäreitä). A-klinikka ylläpitää arkisin klo 8.15–11.00 matalan kynnyksen päivystysvastaanottoa.

Päihdehuollossa kaupungin omana tuotantona toimivat avohoitoa ja asumispalveluita tarjoava Tampereen Ensisuoja ja kuntoutumiskoti sekä laitoshuoltoa tuottava Palhoniemen huoltokoti.

Tampere on omana tuotantona käynnistämässä syksyllä 2009 katkaisuhoidoaseman 10-paikkaisen seutukunnallisen selviämishoidoaseman yhteyteen. Hatanpään terveysaseman yhteydessä toimiva selviämis- ja katkaisuhoidoasema tulee olemaan yhteensä 20-paikkainen.

Sairaanhoitopiiri tuottaa päihdepsykiatrian vuodeosastohoitoa Pitkänien sairaalassa ja Kaivannon sairaalassa.

Päihdehoidossa olevien potilaiden hoitopolusta on tehty oma raportti vuonna 2007 ja kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta raportti valmistui 2008. Hoito on hajaantunut lukuisiin eri toimipisteisiin. Käytännössä päihdeongelmainen ja mielenterveysongelmainen perhe on esimerkki kohderyhmästä, joka joutuu asioimaan lukuisten eri psykiatristen, päihdehuollon ja sosiaalitoimen toimipisteissä. Osastohoidossa integraatio psykiatriseen hoitoon näyttäisi toteutuvan nykyisen suosituksen mukaisesti helpommin, avohoidossa organisatorista integrointia ei ole toteutettu. Päihdehoidon arviointiin on kuitenkin satsattu viime vuosina paljon ja kuulemisten perusteella yhteistyö on nopeutunut ja muuttunut aiempaa joustavammaksi. Kuulemistilaisuuksien antina voidaan kuitenkin todeta että avohoidossa mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtaminen ja suunnittelu ovat liiaksi eriytyneet.

Mielenterveys ja päihheet - yksi ihminen, yksi hoito - projektin myötä on kehitetty kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Tämän myötä päihdekonsultatioiden tekeminen käy nopeasti ja yhteistyö joustavasti. Huumeita käyttävien nuorten integroitu hoito koetaan vielä kehittämistä kaipaavaksi.

Kuntouttava hoito

Tampereella on mielenterveyskuntoutuksessa pitkäaikainen ja ansiokas historia. Itse asiassa 1980-luvulla toteutetussa valtakunnallisen skitsofreniaprojektin toisessa päähankkeessa pitkäaikaisen skitsofreniapotilaan kuntoutuksen kehittämisessä silloinen Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiiri oli koordinoiva alue toimien ensisijaisena mielenterveyskuntoutuksen kehittäjänä maassamme. Keskeisessä roolissa tuolloin olivat Pitkänien sairaala ja Sopimusvuori ry.

Nyt käsillä olevassa arvioinnissa todettiin että mielenterveyskuntoutujien hoito ja kuntoutus on monimuotoista ja usean tuottajan ja toimijan toteuttamaa ja yleisesti riittävästi resursoitua. Tamperelaisen mielenterveyskuntoutujan hoito-, kuntoutus- ja asumispalveluina ”raskaimmasta kevyempään” siirryttäessä toimivat Pitkänien ja Kaivannon sairaalat, asumispalvelut alkaen tehostetusta palveluasumisesta päätyen tuettuun asumiseen, nuorten aikuisten päiväosasto 3

Tampereella, erilaiset työ- ja päivätoiminnot, tehostetun psykiatrisen kotihoidon työryhmä, Tampereen kaupungin avomielenterveyspalvelut, terveysasemien palvelut ja kotihoito.

Psykiatrinen sairaala ja kuntoutus

Pitkäniemen sairaalassa ei ole varsinaista pitkäaikaipotilaan potilaan kuntoutusosastoa, joskin mielenterveyskuntoutujia hoidetaan akuuttitilanteissa lyhytaikaisesti akuuttiosastoilla. Siellä on kuitenkin kaksi oikeuspsykiatrasta osastoa (yhteensä 36 paikkaa), joissa hoidetaan sekä kriminaalipotilaita että vaikeahoitaisia myös pitkäaikaisia potilaita. Lisäksi polikliinisesti toimiva Rapi-työryhmä saattaa myös lyhytaikaisesti hoitaa mielenterveyskuntoutujia. Kaiken kaikkiaan Pitkäniemen sairaalan rooli mielenterveyskuntoutuksessa on rajallinen ja hyvä näin.

Kaivannon sairaalassa, jossa on tamperelaisten käytössä yhteensä 22 paikkaa, on myös mahdollista hoitaa tamperelaisia mielenterveyskuntoutujia. Kaivannossa on sekä vaativan pitkäaikaishoidon että pitkäaikaiskuntoutuksen osastot, joilla molemmilla on yhteydessään kaksi ja kahdeksan tuetun soluasumisen paikkaa.

Yhteenvetona psykiatriset sairaalat tarjoavat hyvät ja riittävät palvelut mielenterveyskuntoutujille ja kuulemisten perusteella sairaalapalveluiden saatavuus on joustavaa ja hyvää.

Neuropsykiatriseen arviointiin on osastopaikkoja, mutta kuulemisten perusteella jatkokuntoutusmahdollisuudet puuttuvat.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Mielenterveyspalvelut kilpailutettiin syksyllä 2008 ja puitesopimus tehtiin tuetusta asumisesta 5 palveluntuottajan kanssa, palveluasumisesta 3 palveluntuottajan kanssa ja 4 tehostetun palveluasumisen palveluntuottajan kanssa. Puitesopimus hyväksytyjen palveluntuottajien kanssa on kolmivuotinen vuosille 2009–2011, mihin lisättiin vielä vuoden optio.

Asumispalveluja käyttää vuosittain noin 250 tamperelaista mielenterveyskuntoutujaa. Määrä alittaa lievästi maan keskimääräisen. Suurin palveluntuottaja on Sopimusvuori ry, joka tarjoaa kaikkia asumispalveluita ja näiden lisäksi päivä- ja työtoimintaa ja erilaisia kuntoutuskursseja. Muotialan asuin ja toimintakeskus ry tarjoaa tuettua asumista ja monimuotoista päivätoimintaa. Lisäksi Tampere ostaa asumis- ja kuntoutuspalveluja seuraavilta palvelun tuottajilta: Pienkoti Alppila (Kurussa), Palvelukeskus Rantakallio (Tampereella), kuntoutumiskoti Suinula (Suinulassa), Metsomäen palvelukoti Oy (Mäntässä), Asumispalvelusäätiö ASPA (Valkeakoskella ja syksystä 2009 alkaen Tampereella). Edelleen Esperia Care Oy on avaamassa toimipaikan Nokialle. Fyysisesti asumispalvelut sijaitsevat pääasiassa Tampereella tai korkeintaan noin 100 km päässä lähikunnissa.

Kuulemisen perusteella palveluasumiseen liittyviä asumispalveluita on riittävästi tarjolla, mutta sekä tuetusta asumisesta sekä tehostetusta palveluasumisesta on ajoittain pulaa. Konsernitasolla kaupungin vuokra-asunnoista vastaavat yhtiöiden mielenterveys- ja päihdepotilaita karsastava asukasvalinta johtaa jo itsenäiseen asumiseen kuntoutuneiden asiakkaiden pitkittyneisiin jaksoihin asumispalveluissa, ja muodostaa esteen kuntoutusprosessin etenemiselle.

Kuntouttava päiväosastotoiminta

Tampereen kaupungin päiväosasto 3 on nuorille aikuisille tarkoitettu päiväosasto, jonka tehtävänä on sekä intensiivisesti hoitaa että kuntouttaa 18–28-vuotiaita nuoria aikuisia, joilla on vakava mielenterveyden häiriö. Hoitoaika kestää kuukaudesta puoleen vuoteen. Vuosittain päiväsaairalassa käy 80–100 nuorta aikuista.

Työ- ja päivätoiminnot

Mielenterveyskuntoutujille on tarjolla Tampereella laajasti ja monipuolisesti erilaisia päivä- ja työ-toimintapalveluja. Päiväosasto 3:n lisäksi mielenterveyskuntoutujien päivä- ja työtoimintoja tarjoavat pääasiassa samat palvelujen tuottajat kuin asumispalvelujen tuottajat. Laajimmin päivä- ja työtoimintoja tarjoavat Sopimusvuori ja Muotiala, mutta myös Mielenterveyden keskusliiton Taimi ry ja vähäisemmässä määrin myös muut yhdistykset.

Sopimusvuorella on klubitalo, kolme työsalia, sosiaalisia yrityksiä, nuorille mielenterveyskuntoutujille kohdennettu Askel-kurssi. Sopimusvuoren työ- ja päivätoiminnot ovat joustavasti Sopimusvuoren asumispalveluja käyttävien kuntoutujien, mutta myös muiden tamperelaisten mielenterveyskuntoutujien käytettävissä. Muotialan asuin- ja toimintakeskuksella on työpaja, myymälä ja resurssipaja.

Tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä

Osana Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluja toimii tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä, jota käytetään silloin kun potilas ei kykene käymään psykiatrian poliklinikan vastaanotolla, vaikka hänen mielenterveytensä edellyttäisi asiantuntija-arviota ja hoitotapaamisia. Tavallisin tilanne, jossa kotityöryhmän hoitoa tarvitaan, on skitsofrenian tai muun psykoottisen häiriön pahenemisvaihe tai sairaalahoidon jälkeinen toipumisvaihe.

Työryhmässä työskentelee kolme lääkäriä, kaksitoista sairaanhoitajaa, kolme mielenterveys-hoitajaa, toimintaterapeutti ja osa-aikainen sosiaalityöntekijä, jotka tekevät kotikäyntejä työpa-reina. Kotityöryhmä on siis kohtuullisesti resursoitu. Hoidon suunnittelusta vastaavat lääkärit, jotka osallistuvat kotikäynneille arviointi- ja suunnitteluvaiheessa. Kotikäyntien tiheys ja hoidon kesto vaihtelee potilaan tarpeen mukaan. Kotityöryhmän hoitoa varten tarvitaan lähete. Vuonna 2008 kotityöryhmällä oli 487 potilasta joilla oli 7404 käyntiä, eli keskimäärin 15,2 käyntiä/asiakas.

Kotityöryhmän ensisijaisena tavoitteena on turvata potilaan psykiatrisen hoidon jatkuvuus ja sosiaalinen selviytyminen. Kotityöryhmän pääasiallinen toimintamuoto on kotikäynnit, jolloin yksittäistä käyntiä kohti joudutaan resursoimaan enemmän aikaa ja henkilökuntaa. Työntekijä kohden toteutui 411 potilaskäyntiä vuonna 2008, eli noin kaksi käyntiä työpäivää kohti. Kun työ tehdään pääasiallisesti työpareittain, niin voidaan arvioida että työpari toteuttaa noin neljä käyntiä työpäivää kohti. Täytyy kuitenkin muistaa, että toiminnalla korvataan ympärivuoro-kautista sairaalahoidoa, joka tulisi huomattavasti kalliimmaksi. Tuottavuuden optimoimiseksi ja suoran potilastyön osuuden maksimoimiseksi työn organisointi on erityisen tärkeää tehostetun kotihoidon työryhmässä.

Kuntoutus Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluissa ja terveyskeskuksen palveluissa

Mielenterveyskuntoutajat saavat pääosin psykiatrisen hoitonsa Tampereen kaupungin avomielenterveyspalveluilta ja somaattisen hoitonsa terveyskeskuksesta. Jatkohoitoa perustason palveluissa ei nykyisellään ole järjestetty.

Akuuttitoiminta

Psykiatrinen päivystystoiminta on yksi kaupungin strategiassa mainittu painopistealue, ja sen mukaisesti toimintaa ollaan kehittämässä yhteistyössä kaupungin ja Ensiapu Acutan kanssa. Tällä hetkellä akuuttitoimintaa hajautuu useaan toimijaan, jotka ovat tarkasti rajanneet asiakaskuntaansa. Tamperelaisen järjestelmän ongelmakohtia ovat väliinputoamisen vaara, jos avuntarve ei mahdu palvelutuottajien rajauksiin, ja selkeän yhden osoitteen puuttuminen akuuttiin mielen-terveys- ja päihdepalvelutarpeeseen.

Perusterveydenhuollon päivystys

Potilaat ohjataan akuutissa psyykkisessä kriisissä hakeutumaan ensisijaisesti perusterveydenhuollon päivystyspalveluihin.

Tänä vuonna on aloittanut uusi päivystyspiste Ensiapu Acuta, joka jakautuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoryhmiin. Acuta-päivystysasema palvelee läpi vuorokauden ja sinne voi tulla ilman ajanvarausta. Acutassa tutkitaan vain välitöntä erikoissairaanhoidon tai yleislääkärin arviota tarvitsevat mielen-terveys- ja päihdepotilaat noudattaen Triage-mallia potilaan hoidontarpeen kiireellisyyden arvioinnissa. Akuutihoidon jälkeen potilaat ohjataan viiveettä jatkohoitoonpaikkaan.

Acutan erikoissairaanhoidon hoitoryhmässä hoidetaan erikoissairaanhoidon tarvitseva potilas, jolla on peruselintoimintojen häiriö tai sellaisen uhka: esim. alkoholimyrkytys, lääke- tai huumausaine yliannos, tai vakava itsemurhayritys. Tällöin potilas kirjataan ensin somaattiselle erikoisalalle. Acutassa ei ole tarjolla erikoissairaanhoidotasoista psykiatrian päivystystä. Yleis- sairaalapsykiatrian päivystäjä tuottaa somatiikan erikoisalalle kirjattujen potilaiden psykiatriset konsultaatiot.

Perusterveydenhuollon hoitoryhmässä hoidetaan potilas, joka tarvitsee välitöntä yleislääkärin arviota tahdosta riippumattoman läheteen (ns. M1-lähete) tarpeellisuudesta eikä voi odottaa omalääkäriaseman tai työterveyshuollon päivystysvastaanotolle pääsyä: akuutti psykoosi, sekavuus, itsemurhavaara, keskivaikea tai vaikea vieroitusoire, tai vahvasti päihtynyt potilas, jolla epäillään myrkytystilaa tai välitöntä hoitoa vaativaa terveyshaittaa. Muut potilaat ohjataan Acutan perusterveydenhuollon sairaanhoitajalle hoitoon ohjaamista varten, suoraan selviämisasemalle tai avohoidon palveluihin. On järjestelmävirhe että hoitoonohjaus ei tapahdu lääketieteellisin kriteerein, vaan ratkaisevaa ohjataan potilas lääkärille vai sairaanhoitajalle on pakkohoidon tarve. On pelättävissä että riittämätön päivystyspalvelu lisää sairaalalähetteen määrää. Tällä hetkellä psykiatriselle potilaille ei saada Acutassa psykiatrin konsultaatiota päivystysaikana muulla tavalla kuin lähettämällä potilas Pitkäniemen sairaalaan. Koska lääkärille pääsy on suurelta osin sidottu M1-kriteereihin järjestely saattaa lisätä myös M1-lähetteen käyttöä.

Kriisipsykiatrian poliklinikka

Kaupungin avomielenterveyspalveluihin kuuluva kriisipsykiatrian poliklinikka arvioi ja hoitaa potilaita, jotka eivät ennestään ole psykiatrisessa hoidossa ja kärsivät psykoosiasteisesta kriisistä tai ovat muussa erityisen vaikeassa kiireellistä arviota vaativassa mielen-terveydellisessä kriisissä. Poliklinikalle tullaan läheteellä. Kriisipsykiatrian poliklinikka toimii Hatanpään sairaalan alueella ja siinä työskentelee psykiatrian erikoislääkäri ja kolme sairaanhoitajaa. Tarvittaessa kriisipsykiatrian poliklinikalta tehdään kotikäyntejä. Itsemurhavaarassa tai akuutissa psykoosissa olevan

on mahdollista saada apua kriisipsykiatrian poliklinikalta virka- aikana. Toiminnan prosessikuvauksessa eritellään masennuspotilaan ja psykoosipotilaan hoitoprosessi, joiden kestoksi on kuvattu enintään 2 kk. Potilaan ja hänen läheistensä kanssa tehdään tilannearvio, jonka perusteella suunnitellaan tarpeenmukainen jatkohoito tai hoidon lopetus.

Kriisityöpalvelut

Psykologinen jälkipuinti (debriefing) on saatavilla kaupungin ostopalveluna Setlementti Naapurilta. Viranomaiset voivat soittaa päivystyspuhelimeen maanantaista torstaihin klo 8–20 ja perjantaisin klo 8–18, muuna aikana jätetään viesti vastaajaan, jota kuunnellaan lauantaina ja sunnuntaina. Koulutetut päivystäjät pitävät debriefing-istunnon 1–5 vrk:n sisällä tapahtuneesta. Toiminnassa on mukana puolipäivätoiminen toiminnanohjaaja ja 58 päivystäjää, joista 14 on Setlementti Naapurin työntekijöitä, loput ovat vapaaehtoisia. Vuosittain järjestetään 40–70 istuntoa. Setlementti ylläpitää myös rikosuhripäivystystä ja toteuttaa perheväkivaltatyötä.

Alun perin vapaaehtoistyönä alkanut toiminta perustuu Atle Dyregrovin ja Salli Saaren debriefing-malliin, eli käytännössä ryhmäistuntoihin. Seurantaistunto pidetään tarvittaessa 4–5 viikon kuluttua, vaihtoehtoisesti seurantapuhelu, ja silloin arvioidaan jatkohoidon tarve.

Kriisityön kehittämiskohteita ovat palveluvalikon laajentaminen nykyisestä debriefing-toiminnasta myös näyttöön perustuviin kriisityön muotoihin, kriisityön kytkeminen muihin mielenterveyspalveluihin ja debriefingin jälkeen jatkohoitoa tarvitsevien henkilöiden hoitopolku.

Vertaistuki kriiseissä

Kriisikeskus Osviitta on matalan kynnyksen vertaistukipiste, joka toimii Tampereen kaupungin ja RAY:n rahoituksen turvin. Osviitta ylläpitää kriisipuhelinta, ja tarjoaa tukikeskusteluja, mutta ei psykoterapiaa. Osviitassa on töissä 4,5 henkilöä, ja toiminnassa on lisäksi mukana noin 100 vapaaehtoista tukihenkilöä. Osviitalla on 400–500 asiakasta kuukaudessa, joista noin puolet on puhelinasiakkaita, Tukisuhde käsittää keskimäärin 5 käyntiä. Tukea haetaan tyypillisesti parisuhdeongelmiin, mutta noin 10 % kävijöistä kertoo avun hakemisen syyksi mielenterveysongelmat. Osviitan näkemyksen mukaan osa näistä kävijöistä kärsii masennuksesta, ja joutuvat turvautumaan vertaistukeen koska pääsy avomielenterveyspalveluihin on pitkien jonotusaikojen takana.

Erikoissairaanhoidon psykiatrian päivystys

Rajapintatyöryhmä (Rapi) toimii osana Pitkäniemen sairaalassa, akuuttiosaston yhteydessä. Työryhmään kuuluvat osastonlääkäri, 4 sairaanhoitajaa, 1 mielenterveyshoitaja ja sosiaalityöntekijä. Toiminnalla tarkoitetaan intensiivistä työskentelyä sairaalahoidon ja avohoidon välisellä alueella, tavoitteena on ehkäistä tai lyhentää sairaalahoidon. Perheen tapaaminen 24 tunnin sisällä on yksi toiminnan kulmakivistä. Toiminnasta on kirjoitettu useampi raportti, viimeisin on loppuraportti rajapintatyöprojektista 1.9.2005–31.8.2008.

Pitkäniemen sairaalan vastaanottopoliklinikka huolehtii ympäri vuorokauden kaikkien 18–67-vuotiaiden potilaiden sisäänotosta ja päivystysaikana myös psykogeriatrian ja nuorisopsykiatrian päivystyspotilaiden vastaanotosta. Vaihtoehtona sairaalahoidolle on seuranta- ja avohoidon paikkoja, joita on puolet yhden akuuttiosaston paikoista, sekä rajapintatyöryhmän tehostettu avohoidon paikka.

Avohoidossa olevan potilaan tilanteen kriisiytyessä on mahdollista kytkeä hoitoon mukaan työpariksi rajapintatyöryhmän työntekijä, joka tulee tilanteen mukaan työpariksi perhetapaamiseen, avohoidon tapaamiseen tai kotikäynnille. Tavoitteena on saattaen siirtäminen myös

sairaalasta avohoitoon. Tällä pyritään tehostamaan sairaalahoidon tavoitteiden asettamista ja kohdentamaan sairaalahoidon oikeille potilaille. Rajapintatyöryhmän toiminnan aikana sairaalahoidojen kesto on lyhentynyt 5 vrk ja osastojen kuormitusaste vähentynyt 107 %:sta 90 %:iin. Myös sairaalahoidon otettujen osuus on vähentynyt tänä aikana noin 10 %. Yksi työntekijöistä on keskittynyt erityisesti toistuvasti sairaalahoidon päätyvien potilaiden uusien sairaalahoidojen ehkäisyyn yhdessä avohoidon kanssa.

Vuoden 2009 aikana otetaan käyttöön päiväpsykiatrinen intensiiviyksikkö. Rajapintatyöryhmän toiminta liitetään siihen.

Kustannukset

Erikoissairaanhoidon sairaalakäytön kokonaiskustannukset ovat nousseet, vaikka hoitopäivien määrä on laskenut. On ilmeistä että sairaansijoja on vähennetty enemmän kuin osastoja on vähennetty, joten hoitopäivien vähentymisestä huolimatta kustannukset eivät ole merkittävästi laskeneet, Erikoissairaanhoidon kasvaneita kustannuksia selittää myös osaltaan käyntimäärien merkittävä kasvu. Tutkimustyyppiset käynnit ja lyhyet kriisihoidot ovat käyntiä ja päivää kohden selvästi kalliimpia kuin aikaisemmat pitkät sairaalahoidot ja avohoidon sarjahoidot. Sairaanhoidopiirin psykiatrian avohoidon kustannukset olivat vuonna 2008 noin 7,8 M€. Lukujen valossa erikoissairaanhoidon tuottavuuskehitys on ollut varsin epäsuotoisa, ja menojen merkittävämpi vähentäminen tulee vaatimaan osastojen sulkemista Pitkäniemen sairaalassa.

Menorakenne on epätasapainossa Tampereen omien palvelujen (sis. ostopalvelut) ja erikoissairaanhoidon palvelujen välillä. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat vuoden 2009 palvelutilauksen mukaan 22 495 000 euroa, Tampereen omat mielenterveyden avopalvelut 6 613 747 euroa (sis. nuorisopsykiatrian mutta ei päihdepalveluja) ja ostopalvelut 17 207 000 euroa. Kokonaiskustannukset erikoissairaanhoidon ja kaupungin palvelujen (sis. ostopalvelut ja nuorisopsykiatria) osalta ovat taloussuunnitelman mukaan 48 521 836 euroa. Peruspalvelujen roolin vahvistamiseksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa menorakennetta olisi oikaistava lähi- ja avopalveluiden suuntaan.

Kuntaliiton vertailussa vuonna 2007 asukasta kohti laskettujen ikävakioitujen kustannusten ja ikäryhmän asukasta kohti laskettujen kustannusten prosentuaalinen ero suurten kaupunkien mediaaniin (keskilukuun) oli psykiatrisessa avohoidossa noin 20 % maan muita suuria kaupunkeja korkeampi (sis. kaupungin oman erikoissairaanhoidon). Laitoshoidossa kustannukset olivat mediaaniin (keskilukuun) verrattuna noin 2 % maan muita suuria kaupunkeja korkeampia.

Tampereen mielenterveyspalveluissa ostettujen asumispalvelujen vuorokausien määrä on kasvanut vuosien 2003 ja 2008 välillä. Samalla kustannukset hoitovuorokautta kohti ovat nousseet vuodesta 2003 vuoteen 2008 noin 27 % (ilman inflaatio- tai muita korjauksia). Kustannusten nousu johtuu osittain vaativampien asumispalveluiden osuuden kasvuun, eli tehostetun palveluasumisen osuuden kasvusta. Sopimusvuoren prosentuaalinen osuus ostettujen asumispalvelujen kustannuksista on laskenut vuoden 2006 jälkeen ja samalla muiden asumispalvelujen prosentuaalinen osuus on kasvanut.

5 HAVAINTOJA ASIAKKAAN POLUISTA

Ei-kiireellisen asiakkaan polku

Tässä kuvataan asiakasnäkökulmasta hoitopolku tavanomaisen mielenterveysongelman (esim. unettomuus, ahdistus tai masennus) kohdatessa.

Osoitteessa <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/priorisointi.html> on kuvattu hoidon porrastus koskien mm. ahdistuneisuus- ja sopeutumishäiriöitä sekä reaktioita vaikeaan stressiin, depressiota ja itsetuhoisuutta, päihdeongelmia, somatisoivia potilaita ja vaikeita persoonallisuushäiriöitä. Sivuilta ilmenee luettelo ryhmiin kuuluvista diagnooseista ja eri toimijoiden rooli hoitoketjussa. Kuvaus vaikuttaa kattavalta ja selkeältä.

Unettomuus, ahdistus ja masennus ovat erittäin yleisiä ja hoitamattomina tyypillisesti pitkittyvät. Ne johtavat yleisesti huomattaviin hoitoresurssin tarpeisiin ja kustannuksiin. Kuitenkin alkuvaiheessa oireet helposti luokitellaan ei-kiireelliseksi ja lieviksi, jolloin potilaan avun saanti voi hankaloitua ja häntä lähetetään paikasta toiseen.

Matalan kynnyksen apua elämäntilannekriisiin tai mielenterveyden ongelmiin potilas voi hakea kolmannelta sektorilta. Kriisikeskus Osviitassa toimintamuotona on kriisipuhelin ja henkilökohtaiset tapaamiset. Setlementti Naapurilla on päivystyspuhelin viranomaisten käyttöön ja debriefing-toimintaa. Kaupunkilähetyksen Senioripysäkki on tarkoitettu vanhuksille.

Terveysasemilla potilas hakeutuu ensin lääkärin vastaanotolle. Lääkärin tukena terveysasemilla toimii 6 sairaanhoitajaa ja 6 psykologia, jotka toimivat työpareina. Työparit on sijoitettu suurimmille terveysasemille, mutta toiminta kattaa koko kaupungin. Tarkoituksena on tukea omalääkäreitä lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden häiriöiden (masennus, ahdistus, paniikkitilat) ja elämänkriisien hoidossa. Potilaat ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon psykiatrian poliklinikalle, Kelan kustantamaan psykoterapiaan tai järjestöjen palveluihin. Psykiatrin konsultaatiomahdollisuutta ei ole riittävästi, vaan potilas täytyy lähettää psykiatrian poliklinikan arvioon ja siinä on 1–2 kk:n viive. Tämä on puute, sillä juuri lievemmissä ja ei-kiireellisissä ongelmissa suurin osa tilanteista hoituisi nopealla konsultaatiolla ja viive pahentaa usein oireita. Alueelliset erot konsultaatioiden saatavuudessa ovat olleet suuria, mutta tähän on jo osittain puututtu.

Mikäli potilas hakeutuu Acutan päivystyspisteeseen, hänet ohjataan siellä suoraan perusterveydenhuollon sairaanhoitajalle jatkohoidon järjestämistä varten.

Äitiys- ja lastenneuvolatyössä hoidetaan niiden pariin kuuluvien äitien masennusta ja vahvistetaan kiintymyssuhdetta lapsen ja vanhempien välillä.

Mikäli näiden ongelmien taustalla on päihdeongelma, voi potilas joutua pompoteltavaksi eri palvelutuottajien välillä tai kieltäytyä jommastakummasta hoidosta peläten leimautumista. Terveysasemien yhteydessä toteutettu yhtäaikainen hoito madaltaisi kynnystä molempien asianmukaiseen hoitoon. Terveysasemilla ei kuitenkaan ole päihdehoitajia.

Nuorille on 13–19-vuotiaana mahdollisuus hoitoon lääkärin tai muun viranomaisen yhteydenoton jälkeen nuorisopsykiatrian poliklinikalla myös lievemmissä mielenterveyden ongelmissa. Myös nuorisoneuvolan psykologille voi hakeutua erilaisissa lievempiasteisissa ahdistus- ja masennusoireissa ilman lähetettä. Opiskelijaterveydenhuollon 4 psykologille pääsee lääkärin tai terveydenhoitajan alkukartoituksen jälkeen läheteellä, vaikeammin oireilevat ohjataan psykiatrian poliklinikalle.

Päivystysasiakkaan polku

Tässä kuvataan asiakasnäkökulmasta hoitopolku äkillisen mielenterveysongelman kohdatessa.

Matalan kynnyksen apua on saatavilla kolmannen sektorin toimijoilta, kuten Kriisikeskus Osviitasta, Setlementti Naapurilta ja Tampereen Kaupunkilähetyksen Senioripysäkiltä. Asiakkaan voi olla vaikea hahmottaa eri tarjoajien välistä työnjakoa ja palvelunohjauksessa on parantamisen varaa.

Akuutti psykoosi, vaikea kriisi:

Virka-aikana kriisipsykiatrian poliklinikka arvioi akuuttiin psykoosiin sairastuneen potilaan tilaa. Päivystysasema Acuta toimii ympärivuorokautisesti. Siellä arvion toteuttaa perusterveydenhuollon lääkäri, joka konsultoi virka-aikana kriisipsykiatrian poliklinikkaa ja päivystysaikana Pitkänien sairaalan päivystävää psykiatria. Sairaanhoidopiirin Pitkänien sairaalan poliklinikka toimii ympärivuorokautisesti, ja siihen liitetty rajapintatyöryhmä (Rapi) voi toteuttaa hoidon joko sairaalahoitona tai tiiviinä avohoitoa. Virka-aikana kriisipsykiatrian poliklinikan psykiatri kirjoittaa toisten lääkäreiden puolesta tarvittavia M1-lähteitä. Jos potilas on hoidossa jossakin avohoidon yksikössä, on yksiköillä vain rajalliset resurssit voinnin huonontuessa tai omaisten uupuessa muuttaa hoitoa perhekeskeiseksi ja intensiiviseksi. Rajapintatyöryhmän on tarkoitus kyetä tarvittaessa kytkeytymään avohoitoon työpariksi tai tehostamaan perhekeskeistä työtä, käytännössä tämä ei ole toteutunut ilmeisesti riittävän hyvin.

Potilaan/omaisten kestokyvyn ylittävät ei-psykoottiset oireet:

Päivystysyhteydenotto on virka-aikana mahdollista terveysasemien lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolle. Muuna aikana toimivassa Ensiapu Acutassa ei ole erikseen määritettyä psykiatrista tai päihdetyön osaamista, vaan psykiatriset päivystyspotilaat tapaavat siellä sairaanhoitajan ja ohjataan läheteellä Pitkänien poliklinikalle, kriisipsykiatrian poliklinikalle tai kaupungin aluepsykiatrisille poliklinikoille. Ensiapu Acutan perusterveydenhuollon vastuualueella yleislääkäri konsultoi virka-aikana kriisipsykiatrian poliklinikkaa ja päivystysaikana Pitkänien sairaalan päivystävää psykiatria.

Vaikea masennus:

Masennuksen päivystyksellinen diagnostiikka ja hoito tapahtuvat alueellisilla terveysasemilla. Virka-ajan ulkopuolella potilaat ohjataan Acutan sairaanhoitajan kautta jatkohoitoon. Terveysasemien hoitaja-psykologi -työparit hoitavat ”lieviä–keskivaikeita” ongelmia ilmeisen itsenäisesti.

Päihtymystila:

Päihdekatkaisua tarvitsevien potilaiden tulee hakeutua A-klinikkaan virka-aikana. Syyskuusta 2009 alkaen avo- tai laitostukaisun palvelut toteutetaan Hatanpään katkaisuhoidoasemalla. Hatanpään selviämisasema ottaa vastaan päihtyneitä asiakkaita terveydenhuollon toimipisteistä tai poliisiin ohjaamina. Selviämisasema ei ota vastaan itse apua hakevia.

Kaksoisdiagnoosipotilaat:

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa on arvioitu vuonna 2007 (Sorsa ja Laijärvi 2007). Selvityksen mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat ohjautuivat Tampereella 130 eri palvelupisteeseen, mutta kaksoisdiagnoosiosaamista oli vain harvassa palvelupisteessä. Asiakkaat käyttivät keskimäärin kolmen kuukauden seuranta-aikana noin kolme eri palvelupistettä. Kehittämishaasteet olivat selvityksen mukaan palvelutuottajien osaamisessa ja keskinäisessä tiedonkulussa.

On huomionarvoista, että nuorilla mielenterveyspotilailla jo 70 %:lla on myös päihdediagnoosi. Tiedetään, että kaikissa psykiatrisissa sairauksissa on jo kohtuullisillakin päihdemäärillä ennustetta huonontava ja sairaalahoitoja lisäävä vaikutus. Hoitoprosessin sujuvuus, kodinläheisyys ja integroitu hoito on erityisen tärkeää nuorilla.

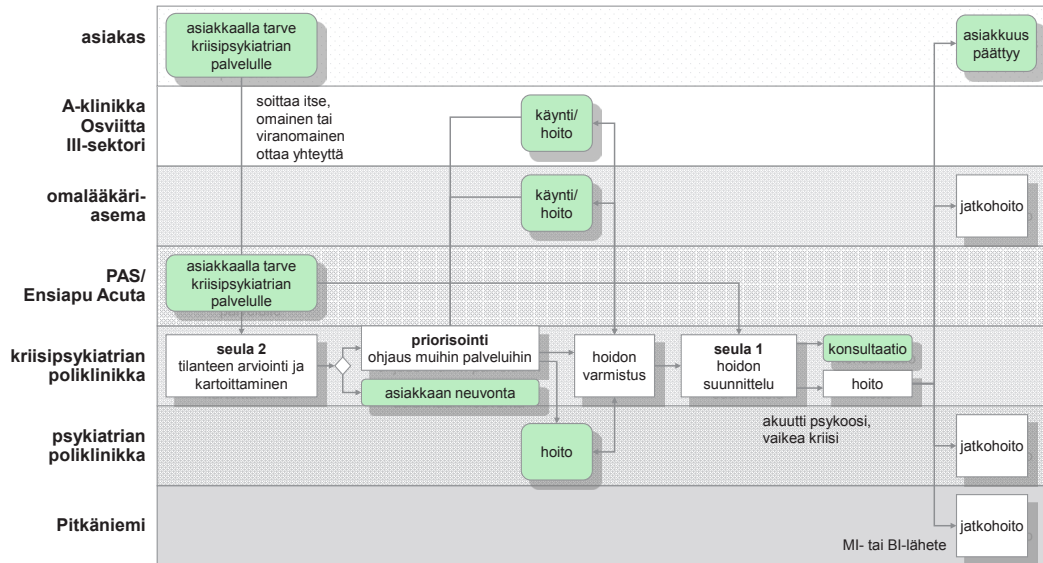
Huomioita:

Päivystysluontoinen hoitoon hakeutuminen edellyttää hyvää ei-kirjallisiin lähteisiin perustuvaa paikallisen hoitojärjestelmän tuntemista tai aikaisempaa kokemusta. Kaupungin verkkosivuilta on vaikea löytää oikeaa tietoa. Perusterveydenhuollon ensisijaisuutta on syytä tähdentää kuntalaisille suunnatussa viestinnässä. Epäselvä viesti lisää kuntalaisten hakeutumista erikoispalveluihin. Tampereen kaupungin yleisessä verkkopalvelussa ohje ”Mistä haen ensimmäisenä apua?” on harhaanjohtava: ”Akuutissa mielenterveydellisessä hädässä tulee ottaa yhteyttä avomielenterveyspalvelujen kriisipsykiatrian poliklinikkaan” (sivu: <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys.html>).

Päivystyspotilailta puuttuvat lähes kokonaan matalan kynnyksen (lähetteettömät) ja yhden oven periaatteella toimivat palvelut, jotka olisivat kaikkien tarvitsevien helposti löydettävissä. Virka-aikojen ulkopuoliset päivystykselliset mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat vielä niukemat ja ne kaikki ovat erikoissairaanhoidon taseisia. Tällöin osassa potilaiden/omaisten ongelmia kuormitetaan turhaan erikoissairaanhoidon resursseja. Kriisipsykiatrian poliklinikan resurssit ovat vähäiset ja toiminta sidottu virka-aikaan. Päivystyspiste Acuta keskittyy somaattisiin selvitysihin. Vähäiset päivystyspalvelut ja jonotusaika lähetekäytäntöjen takia johtaa turhiin voimien huononemisiin, putoamisiin hoitoketjuista ja mahdollisesti jopa lisää sairaalahoidon käyttöä. Päivystyspalveluihin sisältyy vain vähän mahdollisuuksia toteuttaa hoito perhekeskeisesti kaupungin organisaatiossa. Tehokkaasti toimiva Rapi-työryhmä kuuluu sairaanhoitopiirin organisaatioon ja käyttö edellyttää lähetettä ja kasvattaa erikoissairaanhoidon laskua kaupungille. Avohoidon ja sairaalan välissä olevien ns. puoliavointien hoitopaikkojen (päiväosastot) määrä on väestöön suhteutettuna vähäinen, ja ne toimivat vain arkipäivisin. Tällöin niiden mahdollisuus korvata sairaalahoitoa tiiviin avohoidon tukena on väestöön suhteutettuna vähäinen.

Omaisten uupumisesta/loman tarpeesta johtuvien akuuttien kriisien selvittäminen päivystyksellisillä riittävän pitkäaikaisilla kotihoito tukitoimilla ei ilmeisesti ole kovin laajassa käytössä, vaan käytäntönä on sairaalahoitoon turvautuminen.

Terveysasemien hoitaja-psykologi -työparit ovat virka-aikoina hyvä voimavara. Heidän tiiviimpi integroimisensa osaksi matalan kynnyksen hoidon kokonaisuutta ja yleislääkärin mukaan ottaminen prosessiin, voisi tuoda akuuttia hoitoa tarvitseville mielenterveys- ja päihdepotilaille heidän tarvitsemiaan matalan kynnyksen hoitomahdollisuuksia. (Kuvio 13.)



KUVIO 14. Kriisipsykiatrian poliklinikan prosessikuvaus

Pitkäaikaiskuntoutujan polku

Mielenterveyskuntoutujille suunnatut palvelut ovat Tampereella monipuoliset ja riittävät. Tämä koskee sekä julkisen sektorin, ostopalveluina hankittuja että järjestöjen palveluita. Keskeistä on näiden monipuolisten palvelujen koordinointi ja yhteistyö sekä vaivaton saavutettavuus, mihin liittyy olennaisesti tiedottaminen näistä palveluista niin asiakkaille kuin heidän omaisilleen.

Vaikkakaan ei ole ilmennyt, että Pitkäniemen tai Kaivannon sairaaloissa olisi asunnon tai palveluasumisen puutteen johdosta sairaalahoidossa olevia potilaita, on syytä jatkaa käytäntöä jossa asiakasohjaus Loisto tarkistaa tilanteen säännöllisesti ja tarvittaessa osoittaa sopivan asumispalvelun heille. Pitkäniemen sairaalassa erinomaista työtä tekevän Rapi-työryhmän sijoituspaikka, jonka mahdollinen siirtäminen Tampereen kaupungin avopalveluksi tulisi selvittää, vaikuttaa myös mielenterveyskuntoutujien palveluihin.

Asumis-, työ- ja päivätoimintapalvelut hankitaan ostopalveluina. Tilaajaprosessista vastaa asiakasohjausyksikkö Loisto, joka on määritellyt hyvin asumispalveluihin keskeisesti liittyvät teemojen huomioimisen palveluja tilattaessa sekä valvottaessa: fyysiset tilat, henkilöstömitoitus sekä kuntouttava toiminta. Sekä tilattaessa että valvottaessa käytetään sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemia mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuosituksia. Tilaaja viime kädessä päättää asumispalvelun valinnassa, mutta prosessissa kuullaan sekä asiakasta, omaisia että hoitavaa organisaatiota. Portaittaisuus eli siirtyminen asteittain yhä itsenäisempään asumiseen pyritään turvaamaan realistisen kuntoutussuunnitelman ja määräaikaisten asumissopimusten avulla. Asumispalvelujen valvonnan asiakasohjausyksikkö toteuttaa valvontakäyntien, asiakas- ja omaispalautteiden, tuottajilta puolivuositain edellytettyjen henkilöstö- ja viikko-ohjelmaraporttien sekä vähintään kerran vuodessa päivitettävien asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien avulla. Asumispalvelujen kuntoutuspolun pullonkaulana on toisaalta lievä puute tehostetun palveluasumisen paikoista ja vielä enemmän tuetun asumisen vuokra-asunnoista. Tämän korjaaminen edellyttää eri hallinnonalojen laajaa yhteistyötä. Ilman riittäviä tuetun asumisen paikkoja itsenäiseen asumiseen tähtäävä portaittainen kuntoutus ei voi onnistua ja se on myös tilaajan näkökulmasta epätaloudellista. Konsernitasolla on varmistuttava siitä että kaupungin vuokra-asuntoja tarjoavat

yhtiöt eivät asukasvalinnoissaan syrji mielenterveyskuntoutujia. Itsenäistä asumista voisi nykyistä enemmän tukea sosiaalisella isännöinnillä.

Tamperelaisille tarjolla oleva työ- ja päivätoiminta on pääasiassa ei-julkisen sektorin tuottamaa toimintaa. Toiminta on monimuotoista ja sellaisena se tulisi myös säilyttää. Keskeisenä haasteena tämän toiminnan suhteen on koordinaatio ja tiedon kulkeminen asiakkaille.

Tampereen kaupungin itse tuottamista palveluista keskeisimmin mielenterveyskuntoutujan palveluihin vaikuttavat päiväsairala 3 sekä tehostetun psykiatrisen kotihoidon työryhmä. Päiväsairala 3 osalta haasteena on sen työnjako ja verkostoituminen muiden nuorille mielenterveyskuntoutujille suunnattujen palvelujen kanssa.

Tehostetun psykiatrisen kotihoidon työryhmä on tarpeellinen, hyvin toimiva nimenomaan vaikeampia mielenterveyskuntoutujia palveleva työryhmä. Se on hyvin resursoitu ja jalkautuva. Hallinnollisesti kannattaisi selvittää onko Tampereen kaupungin avomielenterveyspalvelut työryhmän paras sijoituspaikka vai palvelisiko työryhmä paremmin tamperelaisia mielenterveyskuntoutujia, jos se kuuluisi perusterveydenhuoltoon. Tällöin sen yhteydet keskeisiin yhteistyökumppaneihin terveyskeskuksen perustyöhön ja kotihoitoon olisivat vaivattomammat ja se olisi myös paremmin terveyskeskuksen tavoitettavissa. Toisaalta psykiatrisen osaamistason säilyttäminen voi olla helpompaa nykyisen hallintomallin mukaisessa sijoituksessa. Yksi tärkeä rajapinta on työryhmän ja asumispalvelujen välinen. Riippumatta työryhmän hallinnollisesta sijainnista, sen resurssit tulee säilyttää. On vaikea nähdä että etuja olisi saavutettavissa sisällyttämällä työryhmän palvelut ikäihmiselle suunnatun Kotitorin palveluvalikoimaan, koska kyseessä ei ole kokonaan subjektiivisesti määriteltävissä oleva palvelutarve eikä ikääntyneille suunnattu palvelu.

6 ANALYYSI

Tampereen väestön mielenterveyspalveluiden johtaminen, resurssien jako ja asiakasprosessien tarkoituksenmukaisuus

Tampereella mielenterveyspalvelut ovat monimuotoiset ja erikoispalveluissa pääsääntöisesti riittävän hyvin resursoituja. Vakanssit on saatu valtakunnallisesti katsoen hyvin täytettyä. Palvelut ovat kuitenkin pirstoutuneet ja vaativat asiakkaalta melkoista navigointikykyä. Vastuukokonaisuuksia selkeyttämällä voitaisiin parantaa resurssien kohdentumista tehokkaammin tarve ja hyöty huomioiden. Asiakkaan näkökulmasta palveluiden saatavuuteen liittyy ongelmia. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen välistä yhteistyötä tulisi vahvistaa rakenteellisilla ratkaisuilla.

Mielenterveystyön strategista johtamista tulee vahvistaa sekä konsernitasolla että sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mielenterveyspalveluiden prosesseilla on paljon rajapintoja eri ydinprosesseihin. Mielenterveyskuntoutujien vaikeutunut siirtyminen asumispalveluista vuokra-asuntoihin viittaa konsernitasoihin puutteisiin ydinprosessien yhteensovittamisessa.

Sairaanhoitopiiriin ja kaupungin tilaajaryhmän dialogia tulee lisätä ja kaikki toimijat sitouttaa yhteiseen mielenterveys- ja päihdestrategiaan. Kaupungin oman tuotannon mielenterveystyön johtaminen tulee selkeyttää ja jäntevöittää.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen osuus kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista ei vastaa ongelmien aiheuttamaa kuntalaisten sairaustaakkaa. On arvioitavissa että noin neljännes sairaustaakasta, mitattuna esimerkiksi sairauspoissaoloina, johtuu mielenterveys- ja päihdeongelmista. Osuus tulee tulevaisuudessa kasvamaan väestön fyysisen terveyden parantuessa.

Käytettävissä olevat resurssit jakautuvat epätasapainoisesti. Resursoinnin painopistettä tulisi siirtää erikoissairaanhoidon korjaavista palveluista lähipalveluihin perustasolla ja ehkäisevään työhön. Avohoidon tehostuessa on mahdollista vähentää sekä aikuis- että vanhusväestön psykiatrista sairaalakäyttöä.

Tärkeimmät hoitoprosessit toimintayksiköiden sisällä on kuvattu ja suurelta osin hyvin toimivia. Hoidon porrastus avohoidossa perustason ja erikoistason välillä on selkeästi kuvattu. Sekavuutta tuo erikoistason toimijoiden runsaslukuisuus ja osittain päällekkäiset toiminnat. Erityisesti psykiatrisen ja päihdepsykiatrisen hoitopolku ovat monimutkaisia ja vaikeasti hahmottuvia.

Auditoinnissa havaittiin joitakin resurssien turhaa käyttöä aiheuttavia prosessivirheitä potilaiden siirtyessä perusterveydenhuollon psykologilta erikoispalveluihin, vanhuspsykiatriassa osastosiirtoina Taysista Hatanpään sairaalaan pelkästään jatkohoitopaikan varmistamiseksi, ja asumiskuntoutuksesta itsenäiseen asumiseen siirtymisessä.

Pohja toimiville mielenterveyspalveluille kansallisesta Mieli 2009 -suunnitelmasta

- Matalan kynnyksen (läheteettömien) mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen vähentää erikoispalveluihin kohdistuvaa painetta ja varhainen hoito vähentää mm. laitospalveluiden tarvetta. Tampereella näitä palveluita tarjoavat lähinnä järjestöt, mutta koordinoitiin kaupungin palveluiden kanssa on tarvetta.
- Perustason (terveysasemat, työterveyshuolto, koulu- ja oppilashuolto) palveluiden saatavuus ja riittävyys, sekä päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhtenäinen kokonaisuus luovat poh-

jan toiminnalle. Erikoistason palvelut (omat tai muiden tuottajien) täydentävät perustason palveluita. Riittävät palvelut perustasolla mahdollistavat muiden tasojen palveluiden käytön hallinnan. Perusterveydenhuollon hoitaja-vastaanotot ja niiden kiinteä yhteistyö perusterveydenhuollon lääkäreiden kanssa vähentää erikoispalveluiden tarvetta. Tampereella resursointi on painottunut toisin kuin Mieli 2009 -suosituksessa. Samoin toimintamallit ovat erilliset eikä erikoissairaanhoido riittävästi tue perusterveydenhuollon työtä.

- Monipuoliset, tarvittaessa kotiin viedyt ja eri ikäryhmien saatavissa olevat palvelut mahdollistavat laitoshoidon käytön hallinnan. Tampereella tällaista sairaalahoitoa korvaavaa toimintaa on jo vuosia kehitetty tehostetun psykiatrisen kotihoidon työryhmässä ja sittemmin myös sairaanhoitopiiriin rajapinta-työryhmässä. Toimintaa tulee laajentaa koskemaan kaikkia ikäryhmiä.
- Psykiatrisessa hoidossa olevien perheiden huomioiminen on tärkeää sukupolvien välisten sairastumisketjujen katkaisemiseksi. Tässä lasten voinnin arvioiminen ja hoitoon ohjaaminen, tiivis yhteistyö lasten-, nuoriso- ja aikuispsykiatrian välillä sekä perhetyö ovat tärkeitä. Perhetyötä on Tampereella kehitetty, mutta se vaatii vielä lisäpanostusta resursseihin ja koulutukseen ja koordinoitua eri toimijoiden välillä.
- Systemaattinen mielenterveys- ja päihdekuntoutujien perheissä olevien lasten ja nuorten huomioiminen ennaltaehkäisevässä mielessä (Toimiva lapsi&perhe -menetelmät) saattaa vähentää tulevien mielenterveysongelmien aiheuttamaa taakkaa ja parantaa väestön tuottavuutta. Tampereella on tavoitteena saada kaikki lapsiperheet tällaisen työn piiriin.
- Mielenterveys- ja päihdekuntoutujilla on paljon ns. kokemusasiantuntijuutta, jota kannattaa käyttää palveluiden kehittämisessä ja arvioinnissa. Järjestöjen perinteisesti laaja rooli tarjoaa Tampereella tähän hyvät kanavat.
- Muusta maasta poiketen Tampere käyttää valtion mielisairaaloita oikeuspsykiatriseen hoitamiseen vain vähäisessä määrin. Tämä luo todennäköisesti muita paremman lähtökohdan, mikäli oikeuspsykiatristen potilaiden valvottua avohoitoa aletaan kehittää.

Tampereen kaupungin avopalvelujen toimivuus

- Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön osuus ja asema on epäselvä.
- Matalan kynnyksen (lähetteetön) vastaanotto toiminta on tarpeeseen nähden vähäistä ja matalan kynnyksen palvelut puuttuvat virka-ajan ulkopuolella.
- Terveysasemien resurssit hoitaa tavallisimpia mielenterveys- ja päihdeongelmia ovat niukat, mikä lisää paineita erikoistason palveluihin ja ongelmien pitkittyessä myös laitospalveluihin. Erityisesti psykiatrian sairaanhoitajia, päihdehoitajia ja ryhmämuotoista toimintaa tarvitaan enemmän. Perustasolla psykologeja on hiukan enemmän, joskin ei riittävästi. Näin voitaisiin perustason toimintaa laajentaa käsittämään enemmän etsivää ja ennaltaehkäisevää työtä mm. oppilashuollossa ja myös turvata jatkohoitomahdollisuus niille, jotka eivät enää tarvitse erikoistason hoitoa. Nykyisellään liian suuri osuus psykologien työstä on psykologisten tutkimusten tekoa, resurssien riittämättömyyden vuoksi.
- Työnjako perustason ja erikoistason palvelujen kesken on selkeä, mutta toimintojen yhteensovittaminen ja konsultaatiotoiminta ei toimi optimaalisesti.
- Kaupungin erikoistason avopalvelut mielenterveystyössä vaikuttavat asiantuntevilta ja omiin perustehtäviinsä suhteutettuna riittävästi resursoidulta.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat erillisiä kokonaisuuksia, vaikka palveluiden käyttäjistä suuri osa on yhteisiä ja ongelmilla paljon päällekkäisyyttä. Erillisyys heijastuu myös laitos-, asumis- ja kuntouttavien palveluiden käyttöön. Tämä on johtanut useampaan sujuvuutta parantavaan projektiin. Ehdotamme että tavoitteeksi asetetaan mielenterveys- ja päihdeavopalvelujen hallinnollinen ja toiminnallinen yhdistäminen.

- Oman tuotannon mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisjohtamisen puute on johtanut tilanteeseen, jossa kuntalaisen ohjautuminen hoidon eri vaiheissa lukuisten yksiköiden ja prosessien palvelukentässä ei ole selkeästi mietitty eikä koordinoitu.
- Alueellisten poliklinikoiden kyky vastata nopeasti kriisihoidon ja jatkohoidon tarpeeseen vaihtelee. Kriisityöryhmä koetaan resursseiltaan riittämättömäksi. Perhekeskeinen työ koetaan liian vähäiseksi, eikä verkostokeskeistä työtä tehdä riittävästi. Ulkoistettu kriisityö toimii yksittäisenä saarekkeena palvelujärjestelmän ulkopuolella.

Sairaansijojen tarve erikoissairaanhoidossa ja laitoshoidon tarvetta ylläpitävät rakenteet

Sairaansijojen käyttöä voidaan vähentää. Benchmarking vertailukuntana olleeseen Espooseen osoittaa että avohoidon kehittämällä on mahdollista vähentää sairaansijojen käyttöä noin kolmanneksella tai neljänneksellä. Ylikäyttöä näyttää erityisesti olevan ikä-ihmisten sairaansijakäytössä. Osa somatopsykiatrian osaston hoitokaskeista olisi toteutettavissa myös avohoitomuotoisena tai päiväosastolla, esimerkiksi tutkimusjaksot ja työkyvyn arvioinnit. Avohoidon kehittyessä myös akuuttipsykiatrian sairaansijoja voidaan vähentää.

Peruslähdekohta sairaalahoidon vähentämiseksi on varhainen ja nopea puuttuminen avun tarpeeseen. Tämä tapahtuu parhaiten perusterveydenhuollossa, minkä edellytyksenä on kuitenkin riittävät resurssit ja osaaminen sekä joustava yhteistyö erikoistason palveluiden kanssa.

Sairaalahoitoa vähennettäessä korostuu sairaalahoitoa korvaavan tehostetun avohoidon merkitys niin ennen sairaalahoitoa kuin sairaalahoidon jälkeenkin. Näitä palveluita Tampereella on varsin monipuolisesti tarjolla, mutta toiminta on hajallaan eri yksiköissä ja jatkuvuus hoidossa varsinaisen avohoitopaikan kanssa ei ilmeisesti toteudu optimaalisesti. Kriisipsykiatrian ja rajapintayksikön toimintaa tehostaisi siirtyminen yleissairaalan yhteyteen ja organisoiminen yhtenäiseksi yksiköksi. Yksikön tueksi tarvitaan joustavaa päiväsaaraalatyypistä toimintaa ja tarvittaessa myös joustavia lyhytaikaisia yöpymismahdollisuuksia keskussairaalassa. Sairaalan ja avohoidon mahdollisimman saumaton yhteistyö ja perheen ja verkoston huomioiminen sairaalahoidossa ovat edellytyksiä sairaalahoitosten lyhenemiselle.

Kaupungin mielenterveyspalveluiden toimintamuotojen arviointi

Päiväosastot

Päiväosastot ovat selkeästi profiloituneita. Päiväosasto 3:lla on myös sekä osastohoitoa edeltävää että sen jälkeistä polikliinista toimintaa, mikä nuorten kohdalla on tarpeellista ja mielekästä.

Epävakaan persoonallisuuden Käypä hoito-suosituksen mukaan päiväsaaraalatyypisillä ohjelmilla saatetaan saavuttaa lisäetua tavanomaiseen psykiatriseen hoitoon verrattuna. Tehokkaana päiväsaaraalahoidon piirteitä ovat joustava, strukturoitu hoito, hoitomyöntyvyyden huomiointi, selkeä tavoite, johdonmukainen ja jaettu käsitys epävakaasta persoonallisuudesta, sekä integraatio muuhun hoitokokonaisuuteen. Vaikuttavuusnäyttöä on sekä dialektiseen käytäytymisterapiaan, kognitiivis-behavioraalisen terapiaan että skeemakeskeiseen psykoterapiaan nojautuvista hoitomalleista.

Asiantuntijat ovat erimielisiä pitkäkestoisen ja intensiivisen psykoterapian hyödyllisyydestä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoidossa. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän hoitaminen on kokeneellekin ammattilaiselle hyvin haastavaa ja ajoittain emotionaalisesti hyvin kuormittavaa. Käypä hoito -suosituksessa ehdotetaan tämän vuoksi vakavien persoonallisuushäiriöiden hoitoon erikoistuneiden yksiköiden perustamista ja erityisesti päiväsairaala- muotoisen hoidon järjestämistä.

Tampereella päiväosasto 2:n toiminta perustuu objektisuhdeteoriaan. Tämän menetelmän vaikuttavuudesta ei ole riittävästi näyttöä. Sen kustannus-vaikuttavuutta heikentävät pitkät hoitajakset ja polikliinisen toiminnan vähäinen osuus. Toiminta on innovatiivista, ja sitä tulisi tutkia ja arvioida. Kyseessä on vaativa erikoistunut hoitomuoto, jota olisi syytä tuottaa alueellisesti keskussairaalan toimesta. Palvelun ostaminen Taysilta tukisi uusimman näyttöön perustuvan tiedon käyttöä vaativien persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoidossa.

Tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä

Tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon työryhmä on toiminut lähes 10 vuotta ja se on yksi Tampereen laitoshoidon korvaavan ja vähentävän toiminnan tukipilareita. Se on riittävästi resursoitu, mutta myös resurssinsa ehdottomasti tarvitsema. Se pystyy tarjoamaan vaikeasti sairaille mielenterveyskuntoutujille riittävän räätälöityä ja tarpeen mukaista hoitoa joustavasti. Toiminta on pääosin parityönä tapahtuvaa, mikä on yleensä välttämätöntä. Henkilöstö on kokenutta ja pitkäaikaista. Toiminta on hyvää ja sitä kannattaa jatkaa näillä resursseilla myös tulevaisuudessa. Työjärjestelyihin tulee kiinnittää riittävästi huomiota tuottavuuden optimoimiseksi, ja mahdollisuuksien mukaan pyrittävä tukemaan potilaiden käyntejä vastaanotolla.

Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille

Maahanmuuttajien määrä on lisääntynyt ja heidän mielenterveysongelmiensa hoitaminen on selkeästi omaa erityisosaamista vaativa alue. Tässä Tampereella ollaan valtakunnallisestikin edelläkävijäroolissa, joka heijastuu toimenkuviin mm. runsaana työnohjauksen ja koulutustoimintana. Toiminnan kehittämisessä on oleellista myös sujuva yhteistyö muiden maahanmuuttajatyötä tekevien kanssa. Maahanmuuttajapoliklinikan toiminta kuuluu niihin erikoistointoihin, joiden sijainti yliopistoklinikassa voisi tuoda lisää kehittämis-, tutkimus- ja opetusnäkökulmaa toimintaan ja jonka palveluille on seudullista tarvetta. Toisaalta nykyinen sijainti tukee yhteistyötä kaupungin kotouttamistoimien kanssa. Tällä hetkellä yksikkö on pieni ja haavoittuvainen.

Hoitoprosessien toimivuus avohoidossa asiakasnäkökulmasta

Perusterveydenhuollossa on mitattu hoidon laatua asiakasnäkökulmasta usean vuoden ajan. Avomielenterveyspalveluissa, vastaanotto-toiminnassa ja neuvolatoiminnassa on käytetty vuonna 2008 eri mittareita, joten näitä tuloksia ei voi verrata keskenään.

Potilaskysely, jota avomielenterveyspalveluissa käytettiin noin kymmenen vuoden ajan, on kehitetty valtakunnalliseen käyttöön alunperin SPRI:ssä Ruotsissa. Mukana kehitystyössä ovat olleet psykiatrian ammattilaisten lisäksi mm. potilas- ja omaisjärjestöjen edustajat. Aluksi kyselyä käytettiin Keski-Tampere 2-poliklinikalla ja vastauksia saatiin noin 100. Näin toimittiin kolmen vuoden ajan; kysely antoi palautetta työstä ja kehittämistarpeista. Nuorisopoliklinikalla kehiteltiin mittarista lyhyempi versio. Myöhemmin SPRI:n kyselykaavaketta käytettiin koko avo-

mielenterveyspalvelujen arvioimiseen useiden vuosien ajan siten, että vastaukset kerättiin 2:lta päivältä. Niiden analysoimisen jälkeen vastaukset on esitelty ja käyty läpi sekä johtoryhmässä että koko henkilökunnan kehittämispäivässä. Tämän jälkeen työryhmiltä pyydettiin vielä palaute siitä, miten he ovat käsitelleet oman palautteensa. Maahanmuuttajapoliklinikalla on koekäytetty kyselystä maahanmuuttajille soveltuvaa lyhyempää versiota, joka on käännetty 5 kielelle.

Vuonna 2008 arvioitiin palveluja ZEF-lomakkeella. Kun tarkastellaan tällä mittarilla saatuja avomielenterveyspalvelujen tuloksia, todetaan, että vastaajia on kaiken kaikkiaan vain 64. Arvosanojen kysymykohtaiset keskiarvot ovat 3,5–4,0 (max 5). Yksittäisten työntekijöiden tuloksia ei voi arvioida, koska vastaajamäärät niin pienet. Jos jatkossakin halutaan arvioida tuloksia ammattiryhmittäin, tulisi kustakin ryhmästä tulosten luotettavuuden takia kerätä vähintään 50 vastausta.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastojen kohdalla asiakastytyväisyysmittarissa on 31 kysymystä; arviointiasteikkona kouluarvosanat 4–10. Vastaajamäärä on hyvä. Psykiatrian toimialueella on käytetty samaa mittaria kuin muillakin Taysin toimialueilla. Psykiatrian toimialueella arviot vaihtelivat kysymyksittäin välillä 6,7–9,0. Verrattaessa psykiatrian tuloksia muihin toimialoihin, potilaiden arviot ovat kaikissa kysymyksissä noin 1,0 arvosanaa matalammat. Joissakin kysymyksissä ero muihin toimialoihin on vielä suurempi. Esimerkkeinä kysymys 1 (Saitteko etukäteen tietoa valmistautumisesta sairaalaan tuloon?) ja kysymys 12 (Saitteko tarvitessanne lievitystä kipuihin tai pahaan oloon?). Myös kysymyksissä 2 (Millainen oli ensivaikutelmanne osastosta?), 4 (Saitteko hoidon aikana tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?) ja 5 (Saitteko hoidon aikana tietoja sairaudestanne?) sekä 11 (Saitteko tarvitessanne apua riittävän nopeasti?) on eroa muihin toimialoihin melko paljon (1,1–1,3 arvosanan ero). Kehittämiskohteina tulosten mukaan olisi osastolle saapuminen sekä tiedon saanti ennen osastolle tuloa ja tiedon saanti tutkimuksista ja sairaudesta. Myös pahanolon lievitykseen tulisi kiinnittää huomiota.

Erikoissairaanhoidon poliklinikalla on käytössä sama mittari kuin muillakin toimialueilla. Vastaajamäärä on ollut hyvä; mittarissa on 12 kysymystä, kouluarvosanojen mukaisessa asteikossa (4–10). Arviot psykiatrian toimialalla vaihtelevat kysymyksittäin välillä 7,7–9,4 ja toimialojen yhteistuloksessa 8,0–9,4. Psykiatrian tulokset ovat useimmissa kysymyksissä 0,2–0,8 arvosanaa heikommät kuin kaikkien toimialojen yhteistuloksissa: isoimmat erot olivat kysymyksissä 6 (Saitteko tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?) ja 9 (Saitteko tietoja sairautenne ennusteesta?) Kysymyksessä 2 (Pääsittekö vastaanotolle teille etukäteen ilmoitettuun aikaan?) psykiatrian toimialan potilaat antoivat paremman arvion verrattuna kaikkien toimialojen yhteistulokseen ja kysymyksessä 10 (Käsiteltiinkö asioitanne niin, etteivät muut päässeet kuulemaan Teitä koskevia asioita?) eroa arvioissa ei ollut.

Tulosten valossa potilaan kohtaamisen kehittämiseen tulisi kiinnittää huomiota. Voisi olla toivottavaa, että erikoissairaanhoidon tilauksessa asetettaisiin asiakastytyväisyyskriteereitä.

Työnjako psykiatrian aluepoliklinikoiden ja terveysasemien välillä

- Työnjako ei toteudu optimaalisesti, priorisointisuunnitelmista huolimatta. Perustason roolina tulisi olla alkuvaiheen arviointi, lievien häiriöiden hoito ja erikoispalveluista jatkohoitoon siirtyvien potilaiden hoitaminen, kuten avohoidon porrastussuunnitelmassa todetaankin. Depressiohoitaja- psykologityöpareja on koko alueelle tarjolla, mutta resursointi on vielä niukka eikä psykiatrian konsultaatiomahdollisuus viiveettä toteudu. Päihdehoitajia terveysasemilla ei ole.
- Pitkäaikaisten psykoosi- ja mielialahäiriöpotilaiden siirtyminen erikoispalveluista perusterveydenhuoltoon ei ole nykyisillä resursseilla mahdollista.

- Terveysasemien psykiatrinen tuki tulee kehittää joko palkkaamalla konsultoiva psykiatri perusterveydenhuoltoon tai selkeästi varata psykiatrian aluepoliklinikoiden työaikaa terveystasemien henkilöstön tukemiseen, ohjaukseen ja konsultointiin.

Hoito- ja kuntoutusprosessin jatkuvuuden takaaminen asumis- ja hoivapalveluissa sekä tuetussa asumisessa

Eri hallinnonalojen yhteistyötä erityisesti asumis-, työvoima-, sosiaali- ja terveyssektorien välillä tulisi lisätä ja vakiinnuttaa. Tämä on tärkeää mielenterveyskuntoutujien itsenäisen asumisen ja ammatillisen kuntoutumisen näkökulmasta. Peruspalvelujen roolia myös mielenterveyskuntoutujien kohdalla tulisi korostaa ja vahventaa. Tämä koskee sekä sosiaali- ja terveyskeskus että kotihoitopalveluja. Kokemusasiantuntijoilla on Tampereella jo oma roolinsa, mutta heissä on tarjolla merkittävästi vielä käyttämätöntä voimavaraa.

Järjestöjen rooli mielenterveystyössä

Tampereella toimii aktiivisesti useita mielenterveysjärjestöjä, joiden toiminta täydentää kaupungin mielenterveyspalveluja.

Kaupunki ostaa Setlementti Naapurilta debriefing-kriisityötä, joka kohdentuu pääosin itsemurhan tehneiden läheisten tukemiseen. Tampereen mielenterveysseuran ylläpitämä Kriisikeskus Osviitta on matalan kynnyksen ensiapupaikka. Mielenterveysyhdistys Taimin tärkein toimintamuoto on vertaistuki. Yhdistys järjestää erilaisia oma-apuryhmiä, kuntouttavaa työtoimintaa sekä liikuntaryhmiä.

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere tarjoaa sekä välillistä että suoraan mielenterveyspotilaiden omaisille suunnattua tukea. Välillisen tuen muotoja ovat mm. edunvalvonta sekä tutkimus- ja kehittämistyö. Suoraan omaisille suunnattuun tukeen kuuluvat omaisten neuvonta, vertaistuki ja tukitoiminta.

Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry järjestää tuettua asumista ja kuntouttavaa työtoimintaa. Myös Sopimusvuori ry tarjoaa sosiaalipsykiatrisia kuntoutuspalveluja eri-ikäisille mielenterveyskuntoutujille.

Tampereen Kaupunkilähetyksen Senioripysäkki tarjoaa keskusteluapua yksinäisyyteen, alavireisyyteen ja elämänmuutoksiin.

Samalla kun eri toimijoiden määrä on tuomassa monipuolisuutta palveluihin, vaikeuttaa se kokonaisuuden tarkoituksenmukaista hallintaa. Järjestöjen keskinäiselle yhteistyölle ei ole nyt säännöllistä foorumia. Siirtyminen kolmannen sektorin ja perus- tai erikoispalveluiden välillä ei aina tapahdu joustavasti. Järjestöissä toimii laaja joukko kokemusasiantuntijoita, joiden kokemuksia ei vielä hyödynnetä laajemmin suunnittelussa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tampereella on monimuotoiset korjaavat mielenterveyspalvelut terveyskeskuksissa ja erikoistuneissa psykiatrian avomielenterveyspalveluissa. Toiminnan kehittämistyötä on tehty pitkäjänteisesti jo vuosia ja tehty suuri työ avohoidon porrastuksen kuvaamisessa, prosessikuvausten laatimisessa, asiakastyytyväisyyskyselyn kehittämisessä ja ongelmakohtien kartoituksessa. Vuonna 2002 ilmestyi Tampereen mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelma, joka on ohjannut kehitystä. Aiemmin on tehty kaksi erillistä selvitystä ainakin päihdetyöstä mm. kuvaten potilaan hoitopolkua. Osin toiminta on valtakunnallisestikin modernia edelläkävijätyötä, kuten liikkuvien yksiköiden käytössä, maahanmuuttajatyössä ja nuorisopsykiatriassa. Yksittäisten yksiköiden toiminnasta on tehty kuvauksia ja selvityksiä valtakunnallisissa ja kansainvälisissäkin julkaisuissa.

Palvelujärjestelmä on kuitenkin melko hajanainen, koostuen monista pienistä ja haavoittuvista yksiköistä. Myös mielenterveyspalvelujen strateginen ja operatiivinen johto on hajallaan. Itsenäisistä saarekkeista muodostuvassa järjestelmässä kunnan ohjaus ja kokonaisresurssien hallinnointi vaikeutuu ja palvelujärjestelmään saattaa syntyä sekä palveluaukkoja että päällekkäisyyksiä. Kolmannen sektorin merkittävä rooli toisaalta lisää tätä kirjavuutta, toisaalta rikastaa monimuotoisuutta. Auditointityöryhmä suosittelee tämän takia rakenteellisia muutoksia palvelujärjestelmään.

Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön resursointi on melko vaatimatonta ja sairaanhoitopiirin palvelujen käyttö on melko runsasta. Mielenterveystyön resursseja tulisi Tampereella tavoitteellisesti siirtää sairaanhoitopiiristä peruspalveluihin ja ehkäisevään työhön. Tehokkailla ehkäisytoimilla ja toimivalla perusterveydenhuollolla voidaan vähentää sairastavuutta ja psykiatriaan kohdistuvaa painetta.

Keskeinen ongelma tamperelaisten hoitoketjuissa ja -prosesseissa on psykiatristen palveluiden saatavuus. Tätä voidaan parantaa kehittämällä perustason osaamista, tehostamalla palveluiden tarjontaa kiireellisissä tapauksissa ja kehittämällä kaupungin avomielenterveyspalveluiden hoitokäytäntöjä. Ongelmia on sekä ei-kiireellisen, kiireellisen että päivystyksellisen psykiatrisen arvioinnin ja hoidon saamisessa. Hoidon saatavuuden parantaminen tulisi jatkossakin olla keskeinen kriteeri avomielenterveyspalveluiden palvelusopimuksessa. Avohoidon resursseja vahvistettaessa on syytä huomioida että ne kohdennetaan niin, että hoidon saatavuus parane. Asiakasnäkökulmasta monet yksiköt rajaavat tällä hetkellä asiakasjoukkonsa liian tarkasti.

Työnjako eri tuottajatahojen välillä ei ole kaikilta osin optimaalinen. Toisaalta kaupungin avomielenterveyspalveluihin kiinteästi liittyvä rajapintatoiminta on ulkoistettu sairaanhoitopiirille, toisaalta tiettyjä erikoistoimintoja järjestetään kaupungin omasta toimesta. Sairaanhoitopiirin kanssa olisi hyvä sopia yhteistyöstä Tampereen mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelman uudistamiseksi ja resurssien siirtämiseksi erikoissairaanhoidon psykiatriasta kaupungin omaan toimintaan. Järjestölle ulkoistettu kriisityö on irrallaan mielenterveyspalveluista.

Ikä-ihmisten psykiatrinen hoito painottuu edelleen liian paljon osastohoitoon sairaaloissa. Sairaanhoitopiirin psykogeriatriaa käytetään runsaasti ja hoitokäytöt ovat maan keskiarvoa pidemmät. Tämä viittaa vanhuspsykiatristen sairaansijojen karsimistarpeeseen ja avopalveluiden riittämättömyyteen.

Päihdehoito on pirstaleista eikä nykyinen organisointi ota huomioon riittävästi sitä tosiasiaa, että perheissä ja asiakkailla psykiatriset ja päihdeongelmat esiintyvät suurelta osin yhdessä.

Nuorisopsykiatrian alueella ei havaittu suuria rakenteellisia muutostarpeita. Käynnissä olevat kehittämissuunnitelmat, joissa mietitään päihdeongelmaisten hoitoa, perhetyön kehittämistä, neuropsykiatristen potilaiden hoidon porrastusta ja eri toimijoiden yhteistyötä ovat oikeansuuntaisia. hoitoon tulon kriteerit ja potilaiden hoitopolut on selkeästi kuvattu.

Tamperelaisen mielenterveyskuntoutujan palvelut ja hoito ovat monimuotoiset, suhteellisen hyvin resursoituneet ja toimivat.

8 SUOSITUKSET

Suosituksat kohdennetaan rakenteisiin, eri palveluihin ja toimintoihin sekä käytäntöihin että ehkäisevään työhön.

Suurina rakenteellisina toimina ehdotamme harkittavaksi:

1. Tampereen kaupungin mielenterveyspalvelujen strategiaryhmän perustamista, jossa olisi edustettuna Tampereen kaupungin eri toimialat, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja yliopistollinen sairaala sekä palveluiden tuottajat ja mielenterveysjärjestöt. Ryhmän tehtävänä olisi vuoden 2002 mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelman uudistaminen yhteisen näkemyksen saavuttamiseksi vaadittavista muutostoimista.
2. Terveysasemien ja Ensiapu Acutan mielenterveystyön vahvistamista matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdevastaanotoilla erikoissairaanhoidon psykiatrian tilauksen vähentämisen synnyttämällä resursseilla.
3. Peruspalveluiden mielenterveystyötä vahvistetaan nimeämällä peruspalveluiden mielenterveystyöstä vastaava ja varmistamalla peruspalveluiden työntekijöiden mahdollisuus joustavaan psykiatrin konsultaatioon siten että terveyskeskukseen perustetaan konsultoivan psykiatrin virka tai siten että psykiatrian aluepoliikklinikat yhdessä järjestävät yhden psykiatrin työpanosta vastaavan konsultaatiomahdollisuuden perusterveydenhuollolle. Selvitetään mahdollisuuksia sijoittaa kaikki aluepsykiatrian poliikklinikat terveysasemien yhteyteen.
4. Kriisipsykiatrian poliikklinikan ja Pitkäniemen sairaalassa toimivan Rapi-työryhmän toimintojen yhdistämistä yhdeksi yksiköksi siten että niiden henkilöstöresursseja ei vähennetä. Yksikkö voi olla kaupungin tuotantoa tai koostua sairaanhoitopiirin ja kaupungin työntekijöistä yhteisissä tiimeissä. Harkitaan päiväosasto 1:n liittämistä yksikköön. Lyhytaikaisissa kriiseissä pyritään tarvittaessa tarjoamaan joustavia yöpymismahdollisuuksia yksikön yhteydessä keskussairaalassa.
5. Epävakaasta persoonallisuushäiriöistä kärsivien potilaiden vaativan hoidon siirtäminen sairaanhoitopiirin toiminnaksi.
6. Vanhuspsykiatrian perus- ja erikoissairaanhoidon avopalveluja vahvistamista, minkä jälkeen voidaan vähentää psykogeriatrisen sairaalahoidon tilaamista sekä sairaanhoitopiiriltä että Hatanpään puistosairaalasta.
7. A-klinikkatoimen avopalvelujen järjestämistä osana kunnallista palvelutuotantoa ja niiden yhdistämistä aluepsykiatrian poliikklinikkojen yhteyteen, samalla vahvistaen terveysasemia päihdehoitajilla.
8. Ehkäisevän ja edistävän työn vahvistamista nimeämällä koko kaupunkia varten päätoiminen ehkäisevän työn koordinaattori ja hänen tuekseen ohjausryhmä.
9. Selvittelyn aloittamista Pitkäniemen sairaalan toimintojen siirtämiseksi keskussairaalan yhteyteen.

Palveluiden kehittäminen

A. Peruspalvelut

Perustason mielenterveystyön kehittämisessä ehdotetaan sen vahvistamista ja organisointivastuun selkeyttämistä, jotta tamperelaisille voidaan taata lähialueena hyvin saatavilla olevat mielenterveyspalvelut yleisimpiin mielenterveyden ongelmiin. Perusterveydenhuollon ja erikoistason avohoidon sijoittuminen kaupungin toiminnaksi antavat tähän hyvät edellytykset. Yhtenäiset

hoidon porrastuksen ohjeet ovat jo olemassa, mutta niiden alueellisesti tasa-arvoisesta toteutumisesta tulisi huolehtia.

Toimintoja ehdotetaan kehitettäväksi:

- Perusterveydenhuollon matalan kynnyksen psykososiaalisia palveluita kehitetään vahvistamalla luomalla terveysasemille matalan kynnyksen vastaanottoa ja vahvistamalla kouluterveydenhuollon mielenterveystyötä.
- Ensiapu Acutan perusterveydenhuollon päivystyksen yhteyteen kehitetään päivystyksellinen matalan kynnyksen vastaanotto mielenterveys- ja päihdeongelmia varten.
- Selvitetään mahdollisuuksia yhdistää myös sosiaaliasema Paussin sosiaalipäivystys matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepäivystykseen Ensiapu Acutassa.
- Erikoistason tarjoamaa koulutusta ja työnohjausta perustason palveluille on syytä kehittää.
- Yhteistyötä voidaan luonnollisella tavalla lisätä sijoittamalla enenevässä määrin psykiatrian aluepoliklinikoiden toimintaa perustason lääkärivastaanottojen yhteyteen.
- Usean toimijan välillä tulisi olla sovittu työnjako siten, että yksittäisen potilaan hoidosta vastaava (terveyskeskuksen työntekijä) on määritelty. Käytössä tulisi myös olla koko ajan riittävän matalalla kynnyksellä kuhunkin hoidon vaiheeseen riittävän monipuoliset ja määrällisesti riittävät hoitomuodot.
- Jatkohoitomahdollisuus pitkäaikaisesti oireileville terveyskeskuksessa olisi mahdollistettava riittävällä resursoinnilla vähintään ryhmätoimintaa.
- Potilaalla ollessa päihdeongelma ja lieviä psykiatrisia ongelmia niiden yhtäaikaista hoitoa madaltaisi kynnystä molempien asianmukaiseen hoitoon.
- Kaupungin vuokra-asuntojen nopea saantimahdollisuus jo itsenäiseen asumiseen kuntoutuneiden asiakkaille tulisi mahdollistaa.

Toimintojen kehittämiseen liittyen ehdotetaan resurssien lisäämistä perustasolle, mikä kuitenkin vähentäisi erikoissairaanhoidon resurssien tarvetta:

- Erikoissairaanhoidosta vapautuvat resurssit käytetään peruspalveluiden mielenterveystyön vahvistamiseen lisäämällä kouluterveydenhuoltoon ja terveysasemille työntekijöitä.
- Ensiapu Acutan yhteyteen ehdotetaan kehitettäväksi ”yhden oven” -periaatteen mukaisesti perusterveydenhuollon päivystyksellinen matalan kynnyksen vastaanotto mielenterveys- ja päihdeongelmia varten. Ympäri vuorokautinen palvelu vaatii noin 12 hoitajaviran resurssin.
- Perusterveydenhuollon osaamisen vahvistamiseksi ehdotetaan psykiatrian erikoislääkärin viran siirtämistä terveyskeskukseen. Vaihtoehtoisesti mielenterveysaluepoliikklinikat yhdessä järjestävät yhden psykiatrin työpanosta vastaavan konsultaatiomahdollisuuden perusterveydenhuollolle. Psykiatrin tehtävänä olisi tukea ja kehittää perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja. Tehtäviin kuuluisi myös lyhyet psykiatriset arvioinnit, jotta hoitoa ei tarvitsisi siirtää psykiatriaan pelkästään mm. sen takia, että potilas saisi etuuksia varten tarvittavan erikoislääkäriläusunnon.

B. Erikoissairaanhoidon avopalvelut

Päällekkäisten toimintojen purkamiseksi ja resurssien käytön tehostamiseksi ehdotetaan seuraavia jo aiemminkin esitettyjä rakenteellisia muutoksia:

- Kriisipsykiatrian poliklinikan, Pitkäniemen sairaalassa toimivan Rapi-työryhmän ja päiväosasto 1:n toimintojen yhdistämistä yhdeksi yksiköksi siten että niiden henkilöstöresurssit ei vähennetä. Yksikkö voi olla kaupungin omaa tuotantoa tai Kuopion mallin mukainen yhteinen yksikkö, jossa eri työnantajien henkilökuntaa toimii yhdessä samassa tiimissä.
- A-klinikkatoimen avopalvelujen järjestämistä osana kunnallista peruspalvelutoimintaa ja niiden yhdistämistä aluepsykiatrian poliklinikkojen yhteyteen.

- Epävakaasta persoonallisuushäiriöistä kärsiviä potilaita hoitavan päiväsairaala 2 toimintojen lakkauttaminen ja tämän potilasryhmän hoitovastuun siirtämistä sairaanhoitopiiriin toiminnaksi.
- Psykogeriatrisia perus- ja erikoissairaanhoidon avopalveluja vahvistamista, minkä jälkeen voidaan vähentää psykogeriatrisen sairaalahoidon tilaamista sekä sairaanhoitopiiriltä että Hatanpään puistosairaalaista.
- Kriisityön ostopalvelun siirtämistä Settlementti Naapurista kaupungin oman mielenterveyspalvelutuotannon osaksi kriisipalvelutarjonnan monipuolistamiseksi ja kriisityön sitomiseksi muihin mielenterveyspalveluihin.

Toimintojen ja käytäntöjen kehittämiseksi ehdotetaan palveluiden saatavuuden parantamiseksi:

- Päivystyspotilaan hoitoprosessin kehittämistä niin että eri akuuttihoidossa toimivien tahojen toiminta koordinoidaan ja selkeytetään, huomioiden akuuttipalvelujen ja jatkohoidon välisen saumakohdan kehittämistarpeita.
- Psykiatrian aluepoliklinikoiden lähetekriteereitä kuntalaisten yhdenmukaisuuden turvaamiseksi tulisi edelleen yhtenäistää.
- Aluepoliklinikoilla voitaisiin hyväksyä myös terveysaseman muun mielenterveystyöntekijän kuin lääkärin lähete, jotta potilaiden kierrättämiseltä terveyskeskuslääkärin kautta pelkästään lähetteen saamiseksi välttyttäisiin.
- Palvelusopimuksen mukainen hoitopäätösaika ei-kiireellisissä tapauksissa tulisi asteittain lyhentää nykyisestä tasosta.

C. Erikoissairaanhoidon sairaalapalvelut

Sekä perus- että erikoistason avopalveluja kehittämällä sairaalapalvelujen tarve tulee vähitellen vähenemään noin 25–30 %. Sairaalapalvelujen vähentäminen ehdotetaan tehtävän hallitusti siten, että ennen niiden vähentämistä turvataan avopalvelut. Sairaalapalveluissa tietyt ryhmät ovat ”yliedustettuina”. Näitä ovat iäkkäät, päihdepsykiatriset ja yleissairaalapsykiatriset potilaat. Näiden osalta ehdotetaan painopisteen vielä selkeämpää siirtämistä avo- ja kuntoutuspalveluihin.

Psykiatrisen laitoshoidon sijoittuminen Pitkänien vanhentuneeseen kiinteistöön nostaa erikoissairaanhoidon kustannuksia. Psykiatrian siirtyminen Keskussairaalaan toisi palveluita lähemmäksi tamperelaisia. Siirtoa puoltavat myös synergiaedut hoidossa, opetuksessa ja tutkimustoiminnassa.

- Suositamme sairaanhoitopiiriin kaikkien psykiatrian toimintojen siirtämistä Keskussairaalaan muiden klinikoiden yhteyteen.

D. Nuorisopsykiatriset palvelut

- Peruspalveluissa tulisi lisätä nuoriin kohdistuvia mielenterveystyön resursseja.
- Taysin nuorisopsykiatrian sijoittumiselle Itsenäisyydenkadulle ei ole rationaalista syytä. Ehdotamme harkittavaksi yhteissijoittumista kaupungin nuorisopsykiatrian poliklinikan kanssa yhteistyön syventämiseksi tai vaihtoehtoisesti siirtymistä Keskussairaalaan.
- Osastotoimintojen sijoittuminen Pitkänien kiinteistöön on leimautumista edistävä ja haittaa yhteistyötä avohoidon kanssa. Ehdotamme että Tampereen kaupunki aloittaa neuvottelut nuorisopsykiatrian osastojen siirtämisestä Keskussairaalan yhteyteen.

Hoidon laadun kehittäminen

- Erityisen huomion kiinnittämistä siihen, että perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä ja lukuisista erikoispalveluista muodostuu potilaiden ja heidän omaistensa kannalta toiminnallinen kokonaisuus. Järjestöjen palveluiden ja toimien parempi kytkeminen osaksi mielenterveys- ja päihdepalveluja, kiinnittäen erityistä huomiota asiakkaiden ohjautumiseen järjestöjen tukipalveluihin ja siirtymiseen edelleen hoitopalveluihin tarvittaessa.
- Tehokkaat ja monimuotoiset avohoitopalvelut sisältäen matalan kynnyksen hoitoon haakeutumisen, mahdollistavat nopean ja tarvittaessa kotona tapahtuva tilanteen arvioinnin ja avun tarjoamisen. Näin voidaan turvata hoidon järjestyminen siinä vaiheessa, kun omaan hoitomotivaatioon pohjaava hoito on mahdollista.
- Aluepoliklinikoiden kesken voisi harkita rajattua erikoistumista esim. vaativien työkykyarviointien, neuropsykiatristen häiriöiden hoidon ja syömishäiriöiden hoidon suhteen. Tiettyjen erikoisosaamista vaativien häiriöiden hoito tulisi kaupungin ja sairaanhoitopiirin yhteisellä sopimuksella keskittää Taysiin.
- Peruspalvelujen roolin korostuessa psykiatrian aluepoliklinikoilla olisi mahdollisuutta lisätä psykoterapioiden saatavuutta. Poliklinikoilla jo olevaa terapeutista osaamista ehdotetaan koordinoitavan niin, että pidempien terapioiden määrä olisi rajallinen mutta kohdistuisi sitä tarvitseville ja siitä potentiaalisesti eniten hyötyville.
- Potilaiden hoidossa korostuu moniongelmaisuus. Riittävä asiakkaan näkökulmasta erilaisten avun tarpeiden huomioiminen samassa hoitopaikassa on tärkeää. Asiakkaiden sosiaalityön tarve on huomioitava.
- Potilaiden mahdollisuus saada nopeasti vähintään puhelinyhteys hoitaviin henkilöihin voinnin huonontuessa on turvattava.
- Asiakkaan ja heidän läheistensä asemaa tulisi vahvistaa ottamalla kokemusasiantuntijat mukaan palvelujen suunnitteluun ja arviointiin.
- Psykiatrian tietojärjestelmän tulisi tukea laatutyötä. Tarvitaan läheteiden, jonotusaikojen ja osastohoitojen toistuvuuden monitorointia mahdollistava tietojärjestelmä.
- Yhdenmukaisen asiakastytyväisyyssmittauksen toteuttaminen kaikkien tuottajien palveluissa.

Resurssien tehokkaampi käyttö

- Potilaskiertoa avomielenterveyspalveluissa ehdotetaan tehostettavaksi. Avomielenterveyspalveluiden hoitoprosesseja teräستetään niin, että hoito on entistä tavoitteellisempaa ja suunnitelmallisempaa. Kunkin potilaan kohdalla arvioidaan kriittisesti, onko hoidon jatkaminen psykiatriassa tarpeen, vai voisiko potilas siirtyä peruspalveluihin. Tavoitteena tulisi olla että avomielenterveyspalveluissa noin puolet potilaista vaihtuu vuosittain.
- Vaikuttaviksi todettujen lyhytterapiamuotojen käyttöä tehostetaan.
- Ryhmämuotoisten hoitojen käyttöä lisätään edelleen.

Ehkäisevän työn kehittäminen

Ehkäisevä työ koskettaa useampia hallinnonaloja ja toimijoita vielä enemmän kuin hoito. Niinpä siinä korostuu vielä palveluja enemmän koordinaation tarve ja monimuotoisuus, minkä vuoksi ehdotetaan koko kaupunkia varten nimettävän päätoiminen ehkäisevän työn koordinaattori. Yksittäisistä ehkäisevän työn alueista halutaan seuraavassa esitettäviä korostaa:

- Kaupungin palvelujen ja järjestöjen välistä yhteistyötä ehdotetaan edelleen tiivistettävän ehkäisevän työn suunnittelussa, koordinoinnissa ja toteuttamisessa.
- Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien potilaiden lasten terveen kehityksen tukemiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota ottamalla kaikkialla mielenterveys- ja päihdepalveluissa käyttöön vanhemmuutta tukevia toimintamalleja ja järjestelmällisesti arvioimalla lasten avuntarvetta.
- Potilaiden omaisten ja vanhusten omaishoitajien jaksamista tulee tukea antamalla tietoa, vertaistukea, palveluohjausta sekä tarvittaessa kotiapua.
- Työkäisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista voidaan edistää työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella, vahvistamalla työterveyshuollon koordinaatoroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä. Työttömien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työkykyongelmiin kannattaa puuttua ajoissa ja työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien kuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan.
- Ikääntyneiden luo tehtävillä kotikäynneillä selvitetään myös asiakkaan psyykkistä terveyttä ja kohdennetaan ehkäiseviä tukitoimia niitä tarvitseville.

Kirjallisuus

- Sari Fröjd ja Juha Ahonen. Pirkanmaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluselvytys. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/2009. Tampereen yliopistollinen sairaala ja Tampereen yliopisto, Tampere 2009 (Saatavilla: <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=3878>)
- Minna Harjajärvi, Sami Pirkola ja Kristian Wahlbeck. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Acta Nro 187. Helsinki, 2006. (Saatavilla: <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>)
- Veli Järvenkylä, Jarmo Romu, Päivi Kiviniemi, Merja Syrjämäki, Juha Ahonen ja Maija-Liisa Lehtonen. Mielenterveys ja päihteet – yksi ihminen, yksi hoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2009. Tampere 2009 (Saatavilla: <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=3878>)
- Sami Pirkola, Reijo Sund, Eila Sailas ja Kristian Wahlbeck. Itsemurhat harvinaisempia monimuotoisia mielen-terveyden avohoitopalveluita tarjoavissa kunnissa. Duodecim 125(1):83, 2009.
- Raimo Salokangas, Mika Helminen, A-M Koivisto, Helena Rantanen, H. Oja, Sami Pirkola, Kristian Wahlbeck ja Matti Joukamaa. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin. Suomen Lääkärilehti 44:3759–3766, 2008.
- Minna Sorsa ja Heli Laijärvi. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden palveluiden arviointi Tampereella. EU-rahoitteisen Isadora-tutkimuksen aineiston analyysi. Julkaisuja 13/2007. Tampere: Tampereen kaupunki, Hyvinvointipalvelut, 2007.
- Britta Sohlman, Sami Pirkola, Kristian Wahlbeck. Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin. Duodecim 122:819–25, 2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki 2001 (Saatavilla: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki 2009 (Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki 2007 (Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf>)
- SOTKANet Tilasto- ja indikaattoripankki (<http://uusi.sotkanet.fi/>). Tunnuslukuja alueittain vuodelta 2007.
- Tampereen kaupunki. Ammattitaidolla Silta tulevaan - Silta parempaan. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelma vuosille 2002 - 2012. Sosiaali ja terveystoimen julkaisuja 3/2002. Tampere 2002. (Saatavilla: <http://www.tampere.fi/tiedostot/4T51lqlOp/mterveys.pdf>)
- Tampereen kaupunki. Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Tilaaajan vuosisuunnitelma 2009.
- Tampereen kaupunki. Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen palvelusopimus 1.1.–31.12.2009.
- Tampereen kaupunki. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Avopalvelut. Tuotantoalueen vuosisuunnitelma vuodelle 2009. (Avojo 12.1.2009 §5)
- Tampereen kaupunki. Avomielenterveyspalvelujen hoidon priorisointiohjelma. (Saatavilla: <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/priorisointi.html>)
- Tampereen kaupunki. Tampereen väestö 31.12.2007. Tilastokeskuksen väestötiedot ikäryhmittäin ja osa-alueittain. B2/2008.
- Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Kirjassa: Ashorn U, Lehto J (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, 2008. [Saatavilla: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DA29659C-2609-4149-A60D-2CC4A91CE058/0/M269WahlbeckPirkola.pdf>]



AVAUKSIA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2009

Марья Анттила, Оути Карвонен, Марья Туоми, Сирье Вайттинен, Анне Виенонен, Дмитрий Титков (редакция). Страхи -надежда – доверие. Точки зрения по вопросам ВИЧ -СПИД на северо – западе России
Discussion papers 22/2009

Lien Nguyen, Unto Häkkinen, Markku Pekurinen, Gunnar Rosenqvist, Hennomari Mikkola. A panel Data Analysis on the Determinants of Health Care Expenditure in a Decentralized Health Care System
Discussion papers 21/2009

Unto Häkkinen, Tuula Kurki, Antti Vento, Mikko Peltola. Risk Adjustment in Coronary Bypass Grafting How EuroSCORE is related to cost, health-related quality of life, and cost-effectiveness
Discussion papers 20/2009

Kirsi-Marja Lehtelä (red.). Annus Socialis Fenniae 2009. Nordiskt socialdirektörsmöte
Diskussionsunderlag 19/2009

Ilmo Keskimäki (red.). Annus Medicus Fenniae 2009. Nordiskt medicindirektörsmöte
Diskussionsunderlag 18/2009

Kouluterveyspäivät 2009. 25.–26.8.2009 Tampereen yliopisto. Tiivistelmät ja posterit
Avauksia 17/2009

Petri Huhtanen, Päivi Hokka, Pia Mäkelä. Juomatapatutkimus 2008: aineistokuvaus
Avauksia 16/2009

Johanna Hiitola Erilaisin eväin huostassapidon jälkeen. Selvitys Tampereella, Hämeenlinnassa, Porissa ja Tampereen seutukunnassa vuonna 2007 lakkautetuista huostassapidoista
Avauksia 15/2009

Jouko Karjalainen, Olli Viljanen Arki kuntoon – lainrikkojien tuen tarve
Avauksia 14/2009

Simo Kokko, Eija Peltonen, Virpi Honkanen (toim.) Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä
Avauksia 13/2009

Pekka Ruotsalainen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät. Tutkimuspaperit 2009
Avauksia 12/2009

Eila Laukkanen, Teija Kemppi, Jari Kylmä, Arja Airaksinen, Antti Henttonen, Kaisa Haatainen. SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä
Avauksia 11/2009

Hennomari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä
Avauksia 10/2009

Pasi Moisio. Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa
Avauksia 9/2009