



AIKUISTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN
SAATAVUUS JA RIITTÄVYYS

2016



Sisällysluettelo

1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT	3
1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus.....	3
1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot	3
1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit	5
1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät	5
2 HAVAINNOT	6
2.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen säädöspohja ja palvelujärjestelmä	6
2.1.1 Säädöspohja.....	6
2.1.2 Helsingin palvelujärjestelmä	7
2.2 Strategian tavoitteiden toteutuminen.....	9
2.2.1 Hoitoon pääsy ja hoidon tarpeen arviointi.....	9
2.2.2 Hoitosuunnitelmien laadinta ja kattavuus	13
2.2.3 Psykiatria- ja päihdepalvelujen sairaala- ja laitosjaksot.....	21
2.2.4 Työtapojen uudistaminen	26
2.3 Palvelujärjestelmän uudistaminen.....	27
2.3.1 Hoidon toteutumisen ongelmat.....	27
2.3.2 Terveys- ja hyvinvointikeskusten perustaminen	29
2.3.3 Vaikuttavuuden mittaaminen	30
2.4 Psykiatria- ja päihdepalvelujen tuloksellisuus mittareiden valossa.....	31
2.4.1 Taloudellisuus.....	31
2.4.2 Tuottavuus ja palveluprosessin sujuvuus	34
2.4.3 Palvelujen laatu	35
2.4.4 Vaikuttavuus	39
2.5 Kokoavat havainnot.....	40
3 JOHTOPÄÄTÖKSET	41
4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT	43
LÄHTEET	43
LIITTEET	45



1 ARVIOINNIN TAUSTATIEDOT

1.1 Arvioinnin tavoite ja laajuus

Tavoitteena oli arvioida, ovatko kaupungin järjestämät aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelut kehittyneet lainsäädännön ja Helsingin strategiaohjelman tavoitteiden mukaisesti. Lainsäädäntö painottaa avohoidon palveluita ja laitospalvelujen vähentämistä, strategiaohjelma sitä, että työtapa ja uudistetaan niin, että asiakkaat saavat hoidon ja palvelut oikeassa paikassa oikeaan aikaan siten, että hoito vastaa tarvetta ja sen onnistuminen voidaan varmistaa.

1.2 Arvioinnin kohde ja taustatiedot

Kaupungin strategiaohjelmassa 2013–2016 on tavoitteena, että

- Päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitseva asukas saa hoidon tarpeen arvion jonottamatta sekä hoitosuunnitelman, hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa. Tavoitteeseen liittyvinä toimenpiteinä määritellään palveluketjun optimaalinen palvelurakenne ja odotusajat sekä nimetään avainasiakkaille palveluohjaaja.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti ja tarvittaessa lähetteettömästi.
- Palvelun saatavuus paranee keskeisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa palvelulupausten mukaisesti.
- Palvelun tulisi käynnistyä ensimmäisessä kohtaamispisteessä.
- Psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitosjaksot lyhenevät ja toistuvat sairaala- ja laitosjaksot vähenevät. Toimenpiteenä vahvistetaan avohoidon akuuttitoimintoja sekä sairaala- ja laitosjaksojen jatkohoittoja sekä vähennetään hallitusti sairaala- ja laitospaikkoja.
- Avohoidon palveluihin liittyvät myös kotiin vietävät palvelut. Strategiassa tavoitteena on, että hoidon jatkuvuus turvataan henkilöstön työtapoja uudistamalla ja sen toimenpiteenä on ottaa jalkautuvat palvelut laajasti käyttöön, tunnistaa hoidon jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät, arvioida asiakkaan palvelutarve omassa ympäristössä moniammatillisesti sekä lisätä kotikäyntejä.
- Asunnottomuuden vähentämiseen liittyen strategiaohjelmassa toimenpiteenä on laatia yhteinen suunnitelma kaupungin eri virastojen yhteistyönä ja vahvistaa asumiskuntoutusohjelma psykiatria- ja päihdepalveluissa.
- Tavoitteita on lisäksi lastensuojelun asiakkaisiin ja ikäihmisiin liittyen. Lastensuojelussa toimenpiteenä on puuttua varhain asiakaslasten vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Strategian mukaan myös ikäihmisten päihdeongelmat tulisi ottaa huomioon.

Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa 2014–2016 toimenpiteinä ja mittareina ovat edellisten lisäksi, että



- Toimenpiteinä palvelulupaus määritellään perusterveydenhuollon, mielen-terveystyön ja suun terveydenhuollon vastaanottopalveluille, joiden saata- vuutta parannetaan sekä käynnistää seuranta psykiatria- ja päihdekeskus- ten asiakkaiden hoitosuunnitelmista sekä hoidon keskeytyksistä. Tätä mi- tataan seuraavilla mittareilla: palvelulupausten toteutuminen paranee puo- livuotisseurannassa, hoidon keskeyttäneiden potilaiden ja asiakkaiden määrä vähenee ja hoitosuunnitelmien kattavuus kasvaa.
- Toimenpiteenä on muun muassa tarkoitus arvioida asiakas ja potilas hoi- tosuunnitelmaa varten lähtökohtaisesti vain kerran ja mahdollistaa suora ajanvaraus muun muassa päivystyksen, neuvoloiden ja kotihoidon sekä terveysasemien ja päihde- ja mielenterveyskeskusten välillä.
- Tavoitteen ”psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitosjak- sot lyhenevät” mittareina ovat sairaala- ja laitoshoidon hoitopäivät sekä asiakaskohtaisten sairaala- ja laitosjaksojen lukumäärä.
- Työtapojen uudistamisen mittareina on, että hoidon jatkuvuuden kriteerit kriittisille asiakasryhmille on määritelty ja yhteistyöprosessit kuvattu sekä kotikäyntien määrä.

Tarkastuslautakunnan arvioinnit

Vuonna 2014 tarkastuslautakunta arvioi aikuisten mielenterveys- ja päihdeon- gelmaisten hoitoon pääsyä osana laajaa muuta arviointia. Sen tuloksena ha- vaittiin, että mielenterveyspalvelujen hoitoketjussa on selvästi ongelmia, stra- tegiaohjelman mukaisia palveluohjaajia ei välttämättä ollut nimetty, diagnosti- soinnissa ja palvelu- ja hoitosuunnitelmien laadinnassa oli puutteita, psykiat- ria- ja päihdekeskusten integrointi ei ollut vielä toteutunut palvelemaan eten- kään kaksoisdiagnoosisiakkaita. Vuoden 2014 arvioinnin suositukset olivat

- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon on tehtävä nykyistä systemaattisemmin potilaiden ja asiakkai- den erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista.
- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon tulee laatia kaikille monisairaille tai -ongelmaisille asiakkail- leen hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan.
- Sosiaali- ja terveysviraston on määriteltävä useita palveluja tarvitseville asiakkaille palveluohjaaja strategiaohjelman 2013–2016 mukaisesti. Täl- lä hetkellä monisairaiden ja -ongelmaisten hoitoa koordinoiva taho käy- tännössä usein puuttuu.
- Terveysasemien ja päihde- ja psykiatriakeskusten tulee voimakkaasti kehittää psykiatria- ja päihdepalvelujen integraatiota käytännön työn ta- solla. Erityisesti depression ja kaksoisdiagnoosisiakkaiden hoitoon pää- syä ja hoitoa tulee parantaa.

Vuonna 2015 tarkastuslautakunta arvioi sosiaali- ja terveysviraston yhdistämi- sen toteutumista valtuuston asettamien tavoitteiden mukaan, joista yksi oli, et- tä uudessa sosiaali- ja terveysvirastossa huomioidaan mielenterveys- sekä



päihdekuntoutujien monipuoliset asumispalvelut. Uuden psykiatria- ja päihdepalvelut -toimiston toiminta aloitettiin vuonna 2013. Arvioinnin 2015 mukaan palvelujen integrointi on kehittänyt mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan kaksoisdiagnoosipotilaan arviointia, hoitoonohjausta ja hoitoa, mutta mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hoitoketju asumisen osalta ei ole parantunut. Vuoden 2015 sosiaali- ja terveysviraston yhdistämiseen liittyneen arvioinnin suositukset, jotka liittyivät teemaan, olivat: sosiaali- ja terveysviraston tulee

- parantaa erityisesti päihde- ja mielenterveysasiakkaiden asumisen hoitoketjua,
- lisätä palveluneuvontaa ja ohjausta erityisesti haavoittuville asiakasryhmille ja vahvistaa asiakkaiden ja heidän omaistensa osallisuutta palvelujen sisällön määrittelyssä.

1.3 Arviointikysymykset ja -kriteerit

Arvioinnin pääkysymys oli, ovatko Helsingin mielenterveys- ja päihdepalvelujen avohoidon saatavuutta ja riittävyyttä koskevat strategiaohjelman toimenpiteet toteutuneet?

Pääkysymykseen vastattiin arvioinnin osakysymysten avulla, jotka olivat seuraavat:

1. Saako päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitseva asukas hoidon tarpeen arvion, hoitosuunnitelman, hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti?
2. Ovatko psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitosjaksot lyhentyneet ja toistuvat sairaala- ja laitosjaksot vähentyneet strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti?
3. Onko työtapoja uudistettu strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti?
4. Onko sosiaali- ja terveysvirasto käynnistänyt sellaisten mittareiden kehittämisen, joilla voitaisiin seurata monisairaana tai -ongelmaisen hoidon toteutumista ja onnistumista kokonaisuutena?
5. Onko hoito toteutettu terveyskeskuksissa, sisätautien poliklinikalla ja psykiatria- ja päihdekeskuksissa tarkastuslautakunnan 2014 antamien suositusten mukaisesti, vastaako hoito tarvetta ja miten hoidon toteutuminen varmistetaan?

1.4 Arvioinnin aineistot ja menetelmät

Strategiaa ja vuoden 2014 yleistä suositusta koskeviin kysymyksiin 1–4 vastattiin osittain vuosien 2014 ja 2015 arviointiaiheistojen pohjalta, jonka lisäksi tehtiin palveluista vastaaville henkilöille haastattelu sekä sähköpostitiedustelu terveysasemat ja sisätautien poliklinikan sekä psykiatria- ja päihdepalvelujen johtoryhmille. Kysymys viisi on otsikon mukainen lisäkysymys, jonka vastaus



perustuu laajaan kyselyyn terveysasemille ja psykiatria- ja päihdekeskusten työntekijöille. Vuonna 2015 aiheesta annettiin arviointikysymyksiin tiiviisti liittyviä suosituksia, joten myös niihin otetaan lyhyesti kantaa viraston arviointikertomukseen 2015 antaman lausunnon pohjalta. Arviointiin liittyen tarkastuslautakunnan 2. jaosto teki syyskuussa 2016 arviointikäynnin sosiaali- ja terveysviraston Pohjoiseen psykiatria- ja päihdekeskukseen Malmille.

Sähköinen kysely tehtiin

- terveysasemien hoitajille ja lääkäreille (780)¹ sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä vastaaville sairaanhoitajille (33 henkilöä)²
- psykiatria- ja päihdekeskusten työntekijöille (491 henkilöä)
 - esimies 58
 - hoitotyöntekijä 217
 - erityistyöntekijä 151
 - lääkäri 65³.

Vuoden 2016 alussa terveysasemilla työskenteli 33 eri henkilöä mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajina. Koska he työskentelevät psykiatria- ja päihdepalveluiden alaisuudessa, psykiatria- ja päihdekeskusten hoitotyöntekijöiden määrästä on vähennetty 33 henkilöä.

Vuonna 2014 toteutetun arvioinnin suositusten seuranta toteutettiin johtoryhmäkyselyjen avulla. Vuoden 2015 suositusten toteutumista tarkastellaan sosiaali- ja terveyslautakunnalta arviointikertomukseen 2015 saadun lausunnon perusteella.

2 HAVAINNOT

2.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen säädöspohja ja palvelujärjestelmä

2.1.1 Säädöspohja

Mielenterveyspalveluita annetaan mielenterveyslain⁴ 1 §:n mukaan lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön perusteella. Lain 4 §:n mukaan mielenterveyspalvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan "sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää". Palvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina ja siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

¹ 31.8.2016 tilanteessa, kaikki vakanssit. Tieto saatu henkilöstö- ja kehittämispalveluista/Työnantajapalvelut.

² 31.5.2016 tilanteessa, kaikki vakanssit. Tieto saatu henkilöstö- ja kehittämispalveluista/Kehittämisen ja toiminnan tuki 16.9.2016.

³ 31.8.2016 tilanteessa, kaikki vakanssit. Tieto saatu henkilöstö- ja kehittämispalveluista/Työnantajapalvelut

⁴ 1116/1990.



Päihdehuoltolain⁵ 7 §:n mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista kärsivälle ja tämän läheisille avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Lain 3 §:n mukaan kunnan on huolehdittava, että ”päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää”. Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Hoidon saatavuudella tarkoitetaan sitä, että hoitoa on tarjolla tarvetta ja kysyntää vastaavasti. Hoitojonoja puolestaan syntyy, kun palvelun tarve, kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa. Tarve ei kuitenkaan kaikissa palveluissa johda suurempaan kysyntään, jolloin tarve on selvitettävä muulla tavoin. Sekä mielen-terveys- että päihdehuoltolaki lähtevät kuitenkin siitä, että asiakkaan oma hakeutuminen palvelujen piiriin on keskeistä.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain⁶ 4 a §:n mukaan ”terveyden- ja sairaanhoitoa toteuttaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu.” Hoitava lääkäri vastaa hoitosuunnitelman tekemisestä. Suunnitelmassa kuvataan terveysongelmat ja kaikki terveydenhuollon palvelunantajien suunnittelemat tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Vaikka suunnitelmien laadinta on velvoite, hoitosuunnitelmia ei tehdä Valviran mukaan riittävän systemaattisesti.⁷

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista⁸ 7 § määrittelee, että asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Palvelu- tai hoitosuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa hoidon toteutuminen.

Perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä koostuu sosiaali- ja terveyskeskuksen, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaanotto toiminnasta. Suurimmissa kunnissa päihtyneiden selviämisen ja ensihoito järjestetään erillisillä selviämisasemilla. Lisäksi huumeiden käyttäjien maksuttomat ja nimettömyyden periaatteella toimivat terveysneuvontapisteet kuuluvat perusterveydenhuollon matalan kynnyksen palveluihin. Koska mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät yhä suuremmassa määrin yhdessä, niitä on syytä hoitaa kokonaisuutena⁹.

2.1.2 Helsingin palvelujärjestelmä

⁵ 41/1986.

⁶ 785/1992.

⁷ Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito, 2015.

⁸ 812/2000.

⁹ Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, 2012.



Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastot yhdistyivät vuoden 2013 alussa. Tässä yhteydessä päihdepoliklinikat ja psykiatrian poliklinikat liittyivät hallinnollisesti yhteen neljäksi alueelliseksi psykiatria- ja päihdekeskukseksi, joihin kuuluvat myös päiväsairaalat sekä alueiden terveysasemilla toimivat psykiatriset sairaanhoitajat ja päihdetyöntekijät.¹⁰

Peruspalveluissa, kuten sosiaali- ja terveyskeskuksissa, tulee tunnistaa mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat, antaa varhaista tukea ja hoitaa pääosa masennus- ja ahdistushäiriöistä sekä päihdeongelmista, huolehtia peruskatkaisuhoidosta ja pitkäaikaisesta päihdeongelmaisten jatkohoidosta kuten opi-aattiriippuvaisten korvaushoidosta. Osa pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavista kuuluu myös hoitaa perusterveydenhuollossa, jonka piiriin kuuluvat kaikkien asiakkaidensa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten somaattiset sairaudet, suun sairaudet ja tapaturmat.¹¹

Psykiatrian poliklinikoiden palveluja ovat potilaan tutkimus, hoito, kuntoutus, varhais- ja avokuntoutustoiminta sekä konsultointi. Hoito toteutetaan yksilöllisinä vastaanottokäynteinä, perhetapaamisina, kotikäynteinä tai ryhmämuotoisina hoitotapahtumina. Poliklinikoilla toimii arviointi-, psykoosi-, mieliala-, akuutti- ja avokuntoutustyöryhmiä. Lisäksi poliklinikoilla toimii psykiatrian kotihoidon tiimit. Akuuttityöryhmät hoitavat äkillisiä psykiatrisia kriisejä. Avokuntoutustyöryhmät vastaavat muun muassa psykiatrisesta varhaiskuntoutuksesta.¹²

Päihdepalveluissa tarjotaan lääkeavovieroitusta, määrääkäsia tukikeskusteluja, ryhmiä, palveluohjauksellista liikkuvaa työtä, lääkinnällistä hoitoa, opiaattikorvaushoitoa ja siihen valmistavaa hoitoa. Käytössä on myös muiden alueiden tuottama kuntouttava päivätoiminta, intensiivinen avokuntoutus ja noin 30 kilpailutettua ulkoista palvelua.¹³

Suuri osa palveluista pyrkii kuntouttamaan asiakkaan. Korvaushoito puolestaan on niin sanottua haittoja ehkäisevää hoitoa, jolla pyritään asiakkaan auttamisen ohella ehkäisemään kalliita yhteiskunnallisia kustannuksia (sairaala-hoito, rikollisuus). Helsingissä oli vuoden 2016 huhtikuussa 786 korvaushoitopotilasta. Korvaushoito on pitkäaikaista hoitoa ja sen määrää pyritään kasvattamaan juuri haittojen ehkäisyn vuoksi. Omissa päihdepalveluissa tuotetaan kuntouttavaa korvaushoitoa, haittoja vähentävä hoito ostetaan.¹⁴

Psykiatria- ja päihdepalveluissa toimii lisäksi erillisiä niin sanottuja kaksoisdiagnoosityöryhmiä. Koska asiakkaista noin puolella on kuitenkin sekä mielenterveys- että päihdeongelma, kaksoisdiagnoosin mukainen hoito tulisi kuu-lua kaikille työntekijöille.¹⁵

¹⁰ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti 12.9.2016.

¹¹ Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.

¹² http://helmi/sote/osastot/terveys_ja_paihdepalvelut/psykiatria_ja_paihdepalvelut/sivut... luettu 15.9.2016.

¹³ http://helmi/sote/osastot/terveys_ja_paihdepalvelut/psykiatria_ja_paihdepalvelut/sivut... luettu 15.9.2016.

¹⁴ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti 12.9.2016.

¹⁵ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti 12.9.2016.



Koko kaupunkia tai nimettyjä potilas- tai asiakasryhmiä palvelevia psykiatrian ja päihdehuollon täydentäviä tai syventäviä erityispalveluja ovat:¹⁶

- kaksisuuntaisen mielialahäiriön tutkimus- ja hoitokeskus
- ryhmäterapiakeskus
- konsultaatiotyöryhmät (vanhuspsykiatria, somaattiset päivystykset, neuropsykiatria, neuropsykiatriatoiminta)
- psykiatrian ja päihdetyön fysioterapia
- ehkäisevä päihdetyö
- katkaisu- ja vieroitushoito
- päihdehuollon laitostuntoutus sekä
- korvaushoidon poliklinikka mukaan lukien korvaushoitoarviot sekä kaksois- ja kolmoisdiagnoosiasiakkaiden vaativat hoitoarviot.

Näiden lisäksi toimivat Auroran sairaalan psykiatrisen sairaalahoidon keskus sekä asumisen tuen yksikkö. Psykiatria- ja päihdepalvelujen suoritemäärät ovat kasvaneet viime vuosina.¹⁷

Psykiatria- ja päihdekeskuksissa pyritään tukemaan asiakkaan selviytymistä arjessa ja etsimään hänelle vaihtoehtoisia virikkeitä päihteiden tilalle. Esimerkiksi pohjoisella psykiatria- ja päihdekeskuksella on ollut pitkään yhteistyötä asiakkaiden kuntoutuksessa liikuntaviraston ja työväenopiston (virastojen välinen), kulttuuripalvelujen sekä esimerkiksi A-killan (kolmas sektori) kanssa. Asiakas yritetään saada mukaan oman asuinalueensa erilaisiin ryhmiin, jotta hänellä olisi niistä tukea, kun hän ei enää tarvitse keskuksen palveluita.¹⁸

2.2 Strategian tavoitteiden toteutuminen

2.2.1 Hoitoon pääsy ja hoidon tarpeen arviointi

Hoitoon pääsy

Psykiatrian poliklinikalle ohjaututaan potilaaksi lääkärin läheteellä. Tarkoitus on turvata kansalaisille hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta, niin sanotun porrasteisen hoidon mallin mukaan. Psykiatrian poliklinikan mahdollisuuksia vastata esimerkiksi skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja vaikea-asteisen masennuksen asettamaan haasteeseen pyritään vahvistamaan. Akuuttityöryhmän arvioon (1–3 vuorokautta) voi hakeutua myös suoraan ilman lähetettä. Päihdepalveluihin ei puolestaan tarvita lähetettä, vaan hoitoon voi hakeutua matalalla kynnyksellä ilman ajanvarausta arki-aamuisin (klo 9–10.30) tai varaamalla ajan puhelimitse (ajanvaraus arkisin

¹⁶ http://helmi/sote/osastot/terveys_ja_paihdepalvelut/psykiatria_ja_paihdepalvelut/sivut... luettu 7.9.2016.

¹⁷ http://helmi/sote/osastot/terveys_ja_paihdepalvelut/psykiatria_ja_paihdepalvelut/sivut... luettu 7.9.2016.

¹⁸ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti 12.9.2016.



klo 12–13). Muista hoitopaikoista päihdepalveluihin ohjattaessa keskus toivoo työntekijän yhteydenottoa, yhteisneuvottelua tai lähetettä.¹⁹

Kaupungin strategian mukaisesti palveluihin tulee päästä joustavasti ja tarvittaessa lähetteettömästi. Vuoden 2014 lopulla strategian toteutumista arvioitiin siten, että akuutissa tilanteessa vastaanotolle pääsee, kiirevastaanottoa on lisätty ja päihdehoitoon pääsee ilman lähetettä.²⁰ Lähetteettömyys on kehittynyt hyvin, erityisesti päivystyksen osalta. Päivystyksestä voidaan varata aika esimerkiksi Auroraan tai akuuttiaika psykiatrian poliklinikan omahoitajalle, mikäli asiakas on siellä asiakkaana. Päihdepoliklinikoille pääsee ilman ajanvarausta ja sinne voidaan ohjata suoraan muualtakin kuin päivystyksestä.²¹ Päihdepoliklinikoiden hoitosuhteista 95 prosenttia alkaa sitä kautta. Myös muuta kautta voi tulla läheteitä, kuten lastensuojelusta, jonka kanssa yhteistyö on tiivistynyt ja yhteistyömalli on laadittu. Tilanne kiireellisen hoidon suhteen on hyvä. Päihde- ja psykiatriakeskusten ja neuvolan ja kotihoidon kanssa ei ole vielä suoraa ajanvarausta. Terveysasemilla on tarjolla akuuttiaikoja sairaanhoitajalle, joka vastaa sekä psykiatria- että päihdehoidosta. Tämä malli on toiminut vuoden 2016 alusta.²²

Strategiassa ja vuonna 2014 talousarviossa oli tavoitteena palvelulupaus mielenterveyshoitoon vastaanottopalveluille päästä hoitoon tietyssä ajassa. Vuoden 2014 lopulla toteutettiin uudistus siten, että psykiatrinen päivystys ja psykiatrinen neuvontapuhelin toimivat kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden. Akuuttiryhmät psykiatria- ja päihdekeskuksissa ottavat vastaan kolmen päivän sisällä ja jatkossa toimii myös hoidossa oleville potilaille akuuttivastaanotto päivittäin. Kaikki avohoidon läheteet käsitellään 1-3 päivässä. Auroran sairaalaan pääsee jonottamatta.²³ Palvelulupauksen mukainen malli on toimivaa käytäntöä. Kaikilla työntekijöillä on myös työohjelmassaan akuuttiaikoja jo hoidossa olevia potilaita varten. Lisäksi psykiatria- ja päihdekeskuksissa on aloitettu kiirevastaanotot, joihin hoidossa oleva potilas voi tulla ilman ajanvarausta.²⁴

Auroran psykiatrinen päivystyspoliklinikka on yhdistetty Malmin ja Haartmanin somaattisiin päivystyksiin helmikuun 2015 alussa. Psykiatrisilla päivystyspalveluilla on tavoitettu aiempaa enemmän asiakkaita. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että somaattista kautta asiakkaat ohjautuvat aiempaa paremmin psykiatriselle puolelle, mikäli havaitaan tarvetta. Päivystyksessä toimii suora ajanvarausmahdollisuus psykiatrian poliklinikalle jo hoidossa olevien

¹⁹ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti 12.9.2016.

²⁰ Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon, 2014.

²¹ Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä vuosina 2013–2015.

²² Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

²³ Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon, 2014.

²⁴ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.



potilaiden osalta. Toiminnan yhdistämisen taustalla on tuore päivystysasetus (2015).²⁵

Terveysasemien ja sisätautien poliklinikan johtoryhmän mukaan kaikkien asiakkaiden hoitoon pääsy on parantunut T3 -mittarilla mitaten vuoden 2015 tammikuusta (mediaani 23 vuorokautta) vuoden 2016 tammikuuhun (20 vuorokautta) ja parantunut edelleen syyskuussa 2016 (13 vuorokautta).²⁶ Tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa 2014 suositeltiin, että depressioasiakkaiden ja kaksoisdiagnoosiaseikkaiden hoitoon pääsyä ja hoitoketjua tulee parantaa. Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtoryhmän mukaan tässä on onnistuttu jossakin määrin.²⁷

Strategiaohjelman tavoitteena oli parantaa päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuutta. Vuonna 2015 viraston yhdistymistä koskevan arvioinnin yhteydessä osasto vastasi, että mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien nuorten arviointi ja hoitoonohjaus on parantunut nuorisosemien yhdistämisen ja integroimisen myötä. Mielenterveyspalveluissa läheteellä hoitoon pääsee lakisääteisten aikojen puitteissa. Jonotusajat ovat lyhentyneet vuodesta 2014 vuoteen 2015.²⁸ Saatavuus on parantunut erityisesti kiireettömän hoidon osalta ja eri tahojen välinen hoitoonohjaus on kehittynyt hyvin. Myös laitoshoidon tavoitteen mukaisesti vähentynyt. Psykiatrian poliklinikalle pääsee kiireettömään hoitoon lakisääteisen ajan puitteissa, mutta odotusaika on melko pitkä. Vuoden 2015 mediaaniaika oli 26 vuorokautta. Palveluasumisen tilanne ei ole edelleenkaan parantunut, sillä vaikka jonottajien ja jonotusjaksojen määrä on vähentynyt vuodesta 2013 vuoteen 2015, jonotusajat ovat kasvaneet erittäin paljon.²⁹

Hoidon tarpeen arviointi

Strategiaohjelmaan on kirjattu tavoite, jonka mukaan palvelu käynnistyy ensimmäisessä kohtaamispaikassa. Asiakkaat ohjautuvat nykyään paremmin muista palveluista psykiatria- ja päihdekeskuksiin verrattuna esimerkiksi virastojen yhdistämistä edeltävään aikaan. Aiemman päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan sijasta jo nykyisinkin terveysasemilla on sairaanhoitaja, joka vastaa sekä mielenterveys- että päihdetyöstä. Toimintamallia on jatkuvasti kehitetty.³⁰

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtoryhmän näkemyksen mukaan toimenpiteitä potilaiden ja asiakkaiden moniammatilliseksi tunnistamiseksi on käynnistetty.

²⁵ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

²⁶ Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, johtoryhmän vastaus 4.10.2016. Lakisääteinen hoitoon pääsyn raja on kolme kuukautta (90 vuorokautta).

²⁷ Psykiatria- ja päihdepalvelujen poliklinikka, johtoryhmän vastaus 20.10.2016.

²⁸ Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

²⁹ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

³⁰ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.



ty jonkin verran ja terveysasemat ja sisätautien poliklinikka -yksikön johtoryhmän mukaan jopa runsaasti. Tässä merkittävin käynnissä oleva uudistus on Idän alueella käynnistynyt palvelujen integraatio terveys- ja hyvinvointikeskusten luomisen tiimoilta. Yli 10 000 asiakkaasta, joilla yhdeksän terveysindikaattoria osoittaa vähintään kahden olevan epätasapainossa ja joilla on yli kahdeksan käyntiä vuodessa, 2 000 asiakasta on ohjattu vastuuhenkilölle. Vastuuhenkilö laatii asiakkaalle terveys- ja hoitosuunnitelman, valmentaa asiakasta pohtimaan tarvettaan ja asettamaan tavoitteen sekä koordinoi palvelukokonaisuutta. Tavoitteena on saada noin viisi prosenttia pitkäaikaisen terveysriskin asiakkaista mallin piiriin. Käytännössä työ on tehty terveys- ja hyvinvointikeskuspilotointikokeiluissa, joten volyymit ovat toistaiseksi pieniä koko kaupungin tasolla. Lastensuojelun kanssa tehtävä yhteistyö on selkeyttänyt asiakasprosessia ja lisännyt yhteistyötä.³¹

Sairaalan ja avohoidon väliin on kehitetty joustava liikkuva palvelumuoto. Auroran erityishoidon poliklinikka sisältää liikkuvan ja tehostetun avohoidon. Yksikkö on osa psykiatrisen sairaalatoiminnan jaosta. Toiminta pyrkii olemaan pitkäaikaisesti potilaan etsivää, tunnistavaa ja hoidon jatkuvuutta turvaavaa. Potilaat ohjataan liikkuvaan avohoitoon asumispalveluyksiköistä ja psykiatrisesta avo- ja sairaalahoidosta. Työryhmä tarjoaa tehostettua psykiatrista avohoitoa asumispalveluyksiköistä ja psykiatrisesta avo- ja sairaalahoidosta ohjautuville potilaille. Kohderyhmänä ovat uusiutuvista psykooseista kärsivät, avohoitoon toistuvasti sitoutumattomat, skitsofreniaa tai skitsoaaffektiiivista häiriötä sairastavat potilaat, joiden hoidossa muut hoitokeinot on todettu riittämättömiksi. Hoito suunnitellaan joustavasti potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan ja toteutetaan potilaan omassa asuinympäristössä. Tavoitteena on psykoosin uusiutumisen ja toistuvien sairaalahoidojen ennaltaehkäisy: potilasta tuetaan kokonaisvaltaisesti avohoidossa.³²

Hoitotyön vakansseja erityishoidon poliklinikalla on tällä hetkellä kaikkiaan 28 ja lisäksi on toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi ja kaksi lääkärinä sekä sihteerinä. Liikkuvan avohoidon tiimissä on noin 10 henkilöä, tähän on integroitu tehostettu avohoito. Toiminta on maksutonta ja yksikön tavoittaa arkisin klo 7.30–21.00 ja viikonloppuisin 13.00–21.00, lisäksi yksikkö on tavoitettavissa ympärivuorokautisesti puhelimitse vuoden jokaisena päivänä. Toimintatapa vaatii hoitajilta ammattitaidon lisäksi myös oikean asenteen. Toimintatavalla pyritään tavoittamaan esimerkiksi Auroran päivystyksessä kävijöitä. Niin sanottu pyöröovisyndrooma onkin saatu paranemaan. Henkilöt ovat usein asunnottomia, psykoottisia, päihdeongelmaisia, persoonallisuushäiriöisiä ja/tai somaattisesti sairaita. Käyntimäärä oli 3 000 vuonna 2014. Vuonna 2015 se

³¹ Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, johtoryhmän vastaus 4.10.2016 ja psykiatria- ja päihdepoliklinikan johtoryhmän vastaus 20.10.2016.

³² Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.



oli jo 6 000. Lisäksi seurataan psykiatrian poliklinikoilla akuutisti paljon käyviä ja pyritään tavoittamaan heidät hoidon parantamiseksi.³³

Vuoden 2014 lopulla strategian toteutumista moniammatillisen yhteistyön lisäämisestä ja hoitoon pääsystä virasto arvioi siten, että konsultaatiopalveluja on lisätty muun muassa perusterveydenhoitoon terveysasemille. Pohjoisella alueella jalkautuvat psykiatrikonsultit ovat lisänneet perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä.³⁴ Toimintamalli laajennettiin kaikille pohjoisen alueen terveysasemille vuonna 2014 ja sitä on edelleen tarkoitus laajentaa Helsingin muille alueille. Syksystä 2013 alkaen erikoislääkäri on arvioinut Puistolantien terveysasemalla niiden potilaiden tilaa, jotka tarvitsevat yhtä tai kahta psykiatrin tapaamista ja siten voidaan välttää psykiatrian poliklinikalle lähettäminen. HUS - Helsinki psykiatrian selvitystyö aloitettiin keväällä 2015 vanhus-, päihde- ja neuropsykiatrian osalta.³⁵ Työn tuloksena vanhus- ja neuropsykiatrian tiimit siirrettiin HUS:iin. Sopimuksella varmennettiin se, että helsinkiläiset saavat palveluja. Muita päällekkäisyyksiä ei havaittu. Jalkautuvat psykiatrit toimivat nyt Helsingin kaikilla alueilla. Tätä on mallinnettu lähes kaikilla alueilla, käyntien tiheys on noin kahden viikon välein.³⁶

Vuonna 2015 viraston yhdistymistä koskevan arvioinnin yhteydessä Irti Huumeista ry näki, että hoidon tarpeen arviointi ja korvaushoito on parantunut. A-klinikka vastasi, että vaikeimmin päihdeongelmaisten hoito ja kuntoutus edellyttäisivät nykyistä selvästi kokonaisvaltaisempaa otetta – nykyiset kilpailutus- ja sopimusmenettelyt pilkkovat tarpeettomasti monisairaiden ja -ongelmaisten ihmisten hoitoa ja hoitoketjuja.³⁷ Huumeiden käyttäjien ja HIV-asiakkaiden terveysneuvonta on kilpailutettu hankintalain mukaisesti. Ostetut palvelut ovat lisäpalveluita, mutta virasto on vastikään palauttanut huumeiden käyttäjien terveysneuvonnan (esimerkiksi ruiskujen vaihto) omaksi toiminnakseen esimerkiksi Kontulassa ja Itäkeskuksessa.³⁸

Psykiatria- ja päihdepoliklinikan ongelmana on krooninen pula lääkäreistä. Vain noin puolet lääkärin vakansseista on täytetty vakinaisilla viranhaltijoilla. Tilanne on pysynyt samana, vaikka aktiivista rekrytointia on tehty jo vuosia.³⁹

2.2.2 Hoitosuunnitelmien laadinta ja kattavuus

Johdon näkemys

³³ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

³⁴ Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä vuosina 2013–2015, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto ja Kehittämisen ja toiminnan tuki -yksikkö 14.8.2015.

³⁵ Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

³⁶ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

³⁷ Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

³⁸ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

³⁹ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti pohjoisen psykiatria- ja päihdekeskukseen 12.9.2016.



Kaupungin strategiassa todetaan, että useita palveluja tarvitseville asiakkaille tulisi määritellä hoitoa koordinoiva palveluohjaaja tai vastuutyöntekijä. Vuoden 2014 lopulla strategian toteutumista arvioitiin siten, että psykiatria- ja päihdepalveluissa kaikilla asiakkailla ja potilailla on hoitosuunnitelmassa määriteltä vastuutyöntekijä.⁴⁰

Vuonna 2015 viraston yhdistymistä koskevan arvioinnin yhteydessä osasto vastasi, että palvelujen integrointi on kehittänyt mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan kaksoisdiagnoosipotilaan arviointia, hoitoonohjausta ja hoitoa eli toiminnallisesti integraatiossa on edistytty.⁴¹

Ongelmana on edelleen se, että molempia ohjaa toistaiseksi oma lakinsa. Lähtökohtaisesti toimitaan niin, että mikäli asiakas tulee psykiatrian poliklinikalle ja havaitaan myös päihdeongelma tai toisin päin, organisoidaan tiimi poliklinikoiden välillä. Yksittäisten asiakkaiden tapauksessa tässä ei aina onnistuta. Kaksoisdiagnoosiryhmiä on kuitenkin alkanut toimia jo useassa päihde- ja mielenterveyskeskuksessa. Pohjoisen ja lännen psykiatria- ja päihdekeskuksissa psykiatria- ja päihdepalvelut toimivat yhteisissä tiloissa. Psykiatria- ja päihdepalveluiden avohoidossa asiakkaalle määritellään vastuuhenkilö eli omahoitaja. Hoitosuunnitelma tulisi lähtökohtaisesti laatia jokaiselle. Tämä on kuitenkin yksikkökohtaista ja esimiehen vastuulla. Hoitosuunnitelman tai keskeytysten seurantaa varten ei kuitenkaan ole luotu rekisteriä. Hoidon keskeyttäjät pyritään tavoittamaan liikkuvien palvelujen avulla.⁴²

Tarkastuslautakunnan vuoden 2014 palveluihin pääsyyn liittyvässä arvioinnissa suositeltiin, että esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisen hoidon tarpeen arviointi tehtäisiin moniammatillisesti hoitosuunnitelmaa varten vain kerran. Sosiaali- ja terveysviraston johto arvioi strategian toteutumista siten, että iäkkäiden päihde- ja mielenterveysasiakkaiden moniammatillista palveluketjua on kehitetty yli osastorajojen. Moniammatillinen toimintamalli on kuvattu, ja se löytyy sosiaali- ja terveysviraston intranetistä (päihdepotilaan hoitomalli, monisairaalan hoitomallissa oleva diabeetikon seurantamalli). Haasteena oli laajentaa moniammatillisuus muun muassa psykiatrian ja päihdepalveluiden suuntaan. Tämä on käynnistynyt Pohjoisen terveysasemien alueella jalkautuvan psykiatrian ja päihdepalveluiden muodossa vuonna 2014.⁴³

Malli on jalkautunut jo muille kaupungin alueille. Tämänhetkisessä organisaatiossa on moniammatillisia työryhmiä, joita on ollut olemassa jo vuosikymmeniä sekä psykiatria- että päihdepalveluissa. Tunnistetaan kuitenkin, että mo-

⁴⁰ Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon, 2014.

⁴¹ Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

⁴² Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

⁴³ Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon, 2014.



niammatillisuutta tarvittaisiin joka vaiheessa enemmän. Tähän haetaan vastausta myös uusien terveys- ja hyvinvointikeskusten toimintamallilla. Käytännössä tällä hetkellä yhtä hoitosuunnitelmaa on vaikea luoda. Vuosaaren terveys- ja hyvinvointikeskuskokeilussa moniammatillisuus lisääntyy ja tietojärjestelmän yhtenäistymisen myötä laaditaan vain yksi rekisteri ja sen myötä asiakkaalle yksi hoitosuunnitelma vastuuhenkilön toimesta.⁴⁴

Yksittäisten kliinisten sairauksien tai ongelmien tarkastelussa hoidon toteutumisessa ja laadussa on ongelma, koska sairauksia tai ongelmia esiintyy usein yhtäaikaisesti. Esimerkiksi yli 10 prosentin esiintyvyys on ainakin tupakoinnilla, ylipainolla, kohonneella verenpaineella, verensokerilla ja kolesterolilla, depressiolla, alkoholin liikakäytöllä, kariesellä ja parodontiitilla (hampaan kiinnityskudossairaus). Niistä syntyy 511 erilaista sairaus- tai ongelmayhdistelmää. Monisairaudet tai lisäsairauksien olemassa olo on merkittävä ongelma, ja sen ratkaisemiseksi ollaan siirtymässä tautipohjaisista hoito-ohjelmista asiakastarpeen mukaisiin ydinprosesseihin.⁴⁵

Terveysasemien ja sisätautien poliklinikan johtoryhmän mukaan moniammatillisten suunnitelmien laadinta on lisääntynyt jonkin verran. Suunnitelmissa pyrkimys on saada asiakas voimaantumaan siten, että hän asettaisi itse tarpeensa ja tavoitteensa, joiden avulla toipuminen olisi mahdollista. Mallin mukaisesti 2 000 asiakkaalle on asetettu vastuuhenkilö. Käytännössä työvälinettä (suunnitelman laadintaa tukeva tietojärjestelmä) ei vielä ole.⁴⁶ Psykiatria- ja päihdepoliklinikan näkemys oli, että vuonna 2013 yhdistetyt toiminnot ovat lisänneet asiakkaiden samanaikaista psykiatriasta ja päihdehoitoa, mutta moniammatillisten, asiakasvastuuta ja motivointia korostavien suunnitelmien laadinta on pysynyt ennallaan. Niiden oletetaan kasvavan terveys- ja hyvinvointikeskuksissa, joihin terveysasematoimintojen ohella integroidaan psykiatria- ja päihdepalvelut.⁴⁷

Strategiaohjelman 2013–2016 tavoite vastuuhenkilöistä ja yhtenäisistä hoitosuunnitelmista on jossakin määrin vanhentunut, sillä tällä hetkellä sosiaali- ja terveysviraston palveluissa tavoitellaan suurempaa integraatiota asiakassegmentoinnin sekä terveys- ja hyvinvointikeskusten, perhekeskusten ja monipuolisten palvelukeskusten muodossa. Terveysasemilla ja lisääntyvässä määrin terveys- ja hyvinvointikeskuksen toimintamallissa vahvistetaan ja laajennetaan vastuuhenkilömallia. Tämä tarkoittaa paljon palveluita tarvitsevien huolenpitoasiakkaiden koordinoitua kokonaispalvelua, jonka kohderyhmänä ovat korkean hyvinvointiriskin henkilöt. Kyseessä on merkittävä ajattelutavan ja kulttuurin muutos. Psykiatria- ja päihdekeskusten johto näkee nykyjärjestel-

⁴⁴ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

⁴⁵ Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, johtoryhmän vastaus 4.10.2016.

⁴⁶ Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, johtoryhmän vastaus 4.10.2016.

⁴⁷ Psykiatria- ja päihdepalvelujen poliklinikka, johtoryhmän vastaus 4.10.2016.



män mukaisten omahoitajien koulutuksen tärkeänä, sillä vastuuhenkilö tulee tarvitsemaan muun muassa tiimityön taitoja.⁴⁸

Työntekijäkyselyn tulokset

Terveysasemien hoitajista, lääkäreistä ja mielenterveys- ja päihdepalveluista vastaavista sairaanhoitajista kyselyyn vastasi 132. Heistä 75 oli oma hoitajanimikkeellä, lääkäreitä oli 53 ja mielenterveys- ja päihdepalveluista vastaavia hoitajia 4. Alueittain eniten vastauksia tuli pohjoisesta (41) ja toiseksi eniten lännen alueelta (36). Idän alueelta vastasi 35 ja etelästä 19 henkilöä. Yksi vastaajista ilmoitti toimialueekseen koko kaupungin.

Psykiatria- ja päihdepalvelujen vastauksia tuli 93. Heistä hoitotyöntekijöitä oli 36, erityistyöntekijöitä 32, esimiehiä 14 ja lääkäreitä 11. Alueittain eniten vastauksia tuli pohjoisen alueelta (36) ja toiseksi eniten etelän alueelta (24). Idän alueelta tuli 17 vastausta ja lännen alueelta 15. Yksi vastaajista ilmoitti toimialueekseen koko kaupungin.

Terveysasemien vastausten keskiarvot alueittain ja työntekijäryhmittäin⁴⁹ asteikolla 1–4⁵⁰ on esitetty liitteessä 2 ja psykiatria- ja päihdepalvelujen vastausten keskiarvot liitteessä 3.

Terveysasemilla hoitosuunnitelma kattaa lähinnä yhden ammattiryhmän palvelun (2,81). Heikoiten sen uskotaan kattavan asiakkaan kaikki palvelut eli olevan hyvinvointi-integroitu (keskiarvo 2). Hoitosuunnitelman sisältö sai paremmat arvosanat (2,77), sen mukaan asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan jossakin määrin roolejaan ja tulevia hoitotapahtumia. Alueista kaiken kaikkiaan heikoimmat arvosanat antoi etelän alue, parhaimmat lännen alue. Lääkäreiden vastaukset olivat hoitajien vastauksia hieman positiivisemmat (liite 2).

Psykiatria- ja päihdepalveluissa hoitosuunnitelma kattoi terveysasemia useammin useamman erikoisalan tai toiminnallisen kokonaisuuden (2,61). Hoitosuunnitelman sisällöllä oli hieman paremmat arvosanat kuin terveysasemilla. Niistä asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan hoitotapahtumia paremmin (2,98), roolit olivat hieman selvemmat ja asiakas on itse määritellyt hoitosuunnitelman tavoitteen. Alueista heikoimmat arvosanat antoi idän alue, parhaimmat etelän ja lännen alue. Keskiarvoista heikommat antoivat erityis-

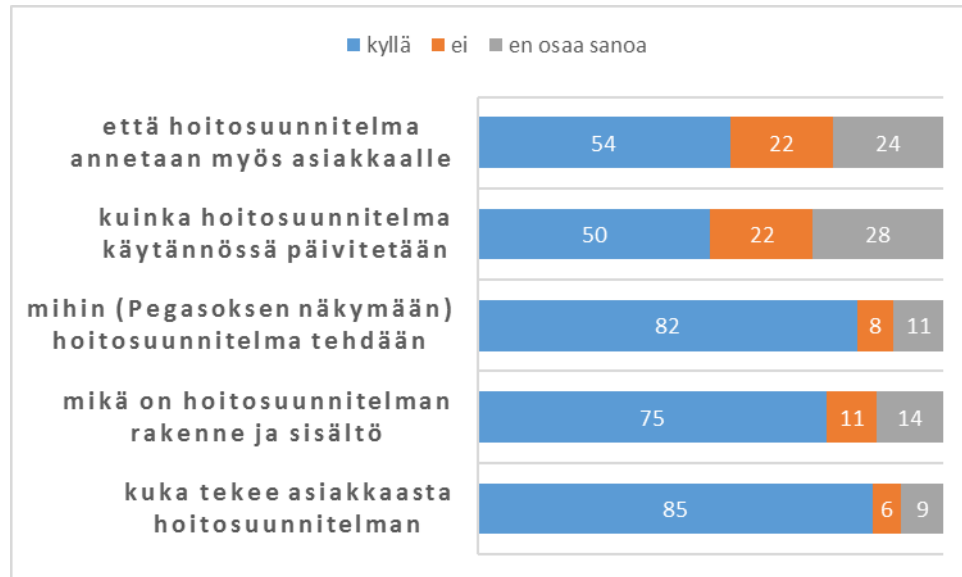
⁴⁸ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016 ja Sosiaali- ja terveysviraston lausunto tarkastuslautakunnalle vuoden 2015 arviointikertomuksesta 3.5.2016.

⁴⁹ terveysasemien vastauksista ei ole näytetty mielenterveys- ja päihdetyöstä vastaavien sairaanhoitajien keskiarvoja erikseen, sillä vastaajia oli vain neljä.

⁵⁰ 4=aina, 3=yleensä, 2=joskus, 1=ei koskaan

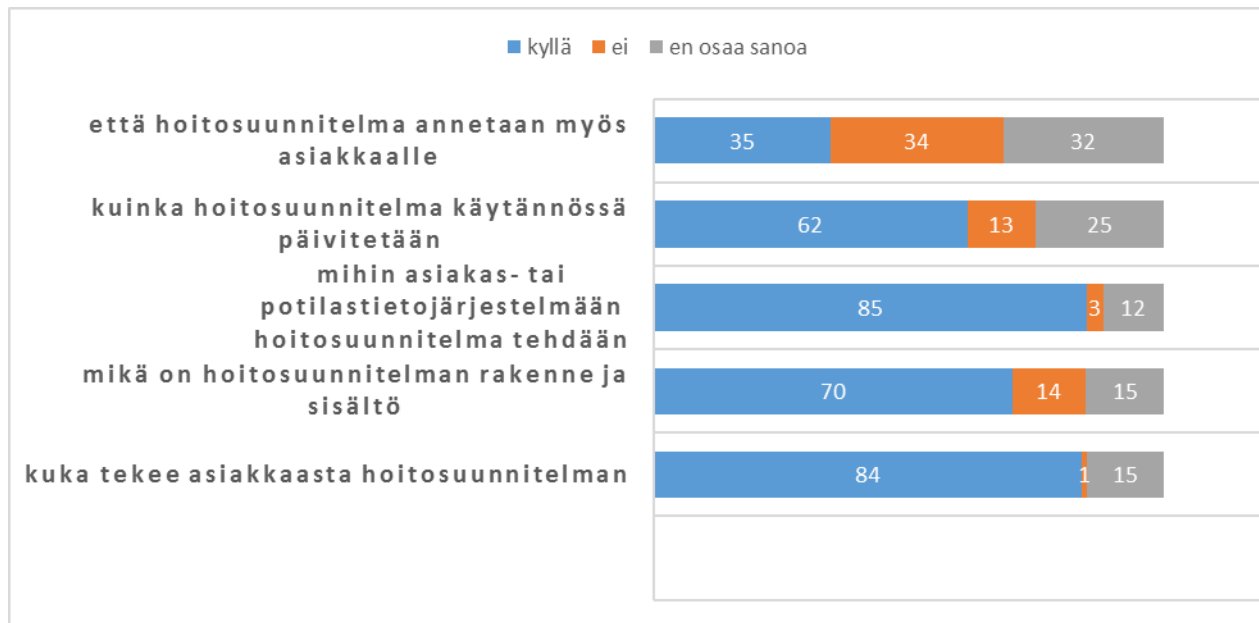


työntekijät, lääkärit antoivat korkeimmat. Esimiesten vastaukset olivat hieman hoitotyöntekijöiden vastausten keskiarvoja korkeammat (liite 3).



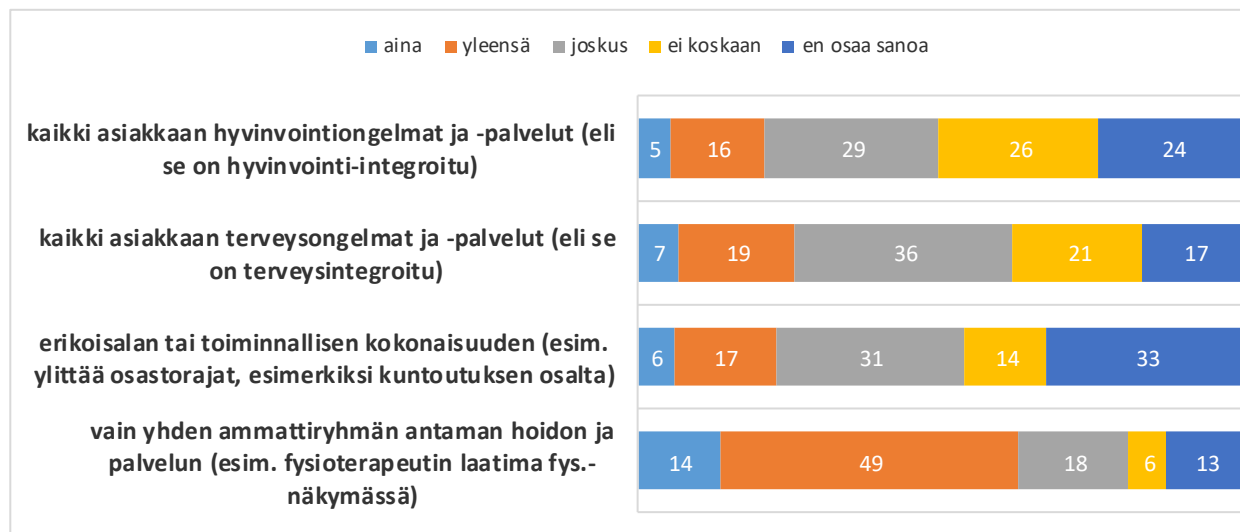
Kuvio 1 Terveysasemalla on sovittu seuraavista asioista (%)

Kuten kuviosta 1 voidaan havaita, terveysasemien vastaajista 85 prosenttia oli sitä mieltä, että terveysasemalla on sovittu, kuka hoitosuunnitelman laatii, mihin Pegasoksen näkymään se tehdään (82 prosenttia) ja että sen rakenteesta ja sisällöstä on sovittu (75 prosenttia). Sen sijaan puolet oli sitä mieltä, että sen päivityksestä on sovittu (50 prosenttia) ja annetaanko se asiakkaalle (54 prosenttia), vajaa kolmasosa ei osannut sanoa ja viidesosa oli sitä mieltä, ettei näistä ole sovittu.

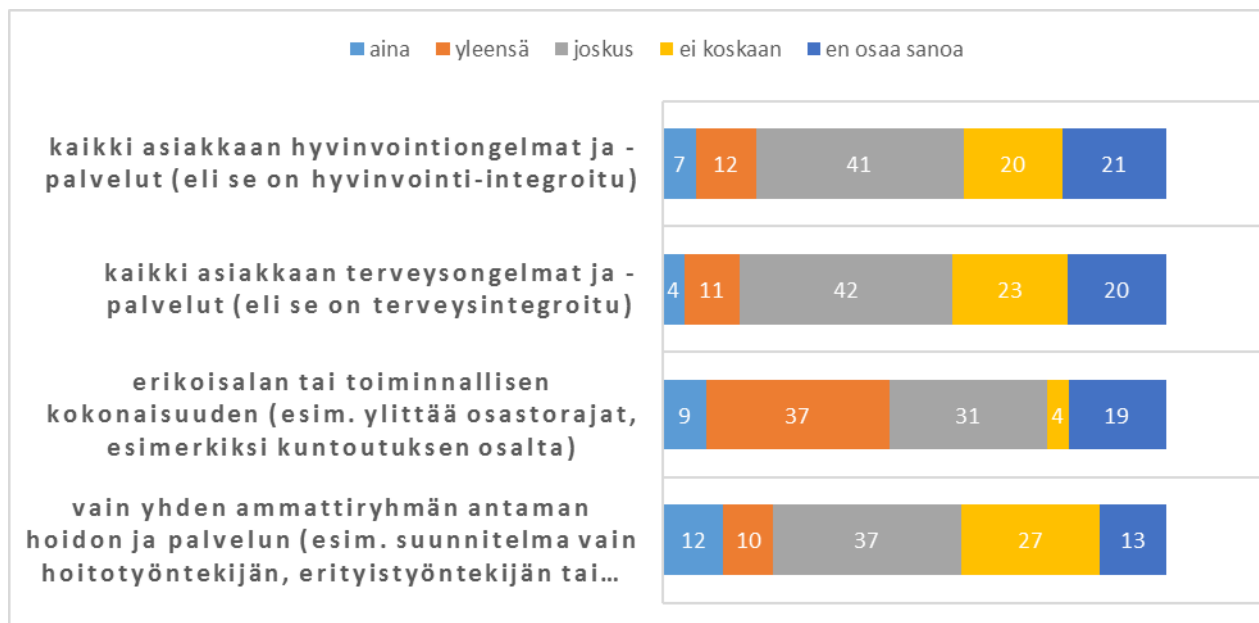


Kuvio 2 Psykiatria- ja päihdepoliklinikalla on sovittu seuraavista asioista (%)

Kuviosta 2 voidaan todeta, että psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla vastaukset olivat samanlaiset koskien sen laatimista, mihin asiakas- tai potilastietojärjestelmään hoitosuunnitelma tehdään ja mikä on sen rakenne. Vastaajista 62 prosenttia katsoi, että hoitosuunnitelman päivytyksestä on sovittu, mutta vain kolmasosa katsoi, että siitä on sovittu, että se annettaisiin asiakkaalle (ei-vastauksia myös kolmasosa ja kolmasosa epävarmoja). Psykiatria- ja päihdepalveluissa siis suunnitelman päivittäminen toimii terveysasemia paremmin, mutta terveysasemilla on useammin sovittu sen antamisesta asiakkaalle.



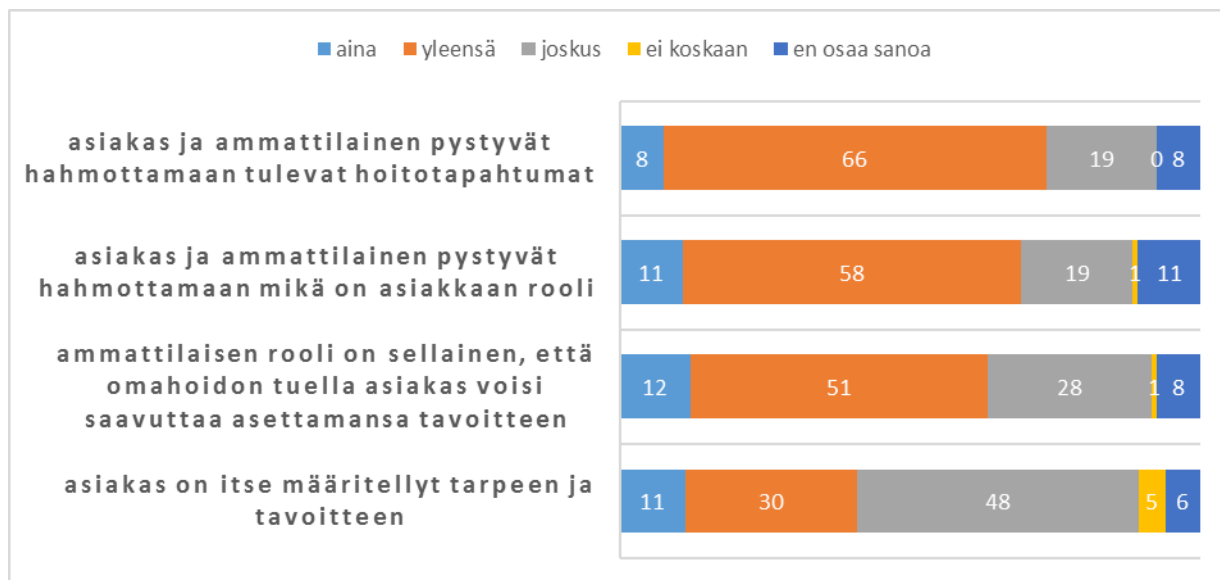
Kuvio 3 Asiakkaan kirjallinen hoitosuunnitelma kattaa terveysasemalla seuraavat asiat (%)



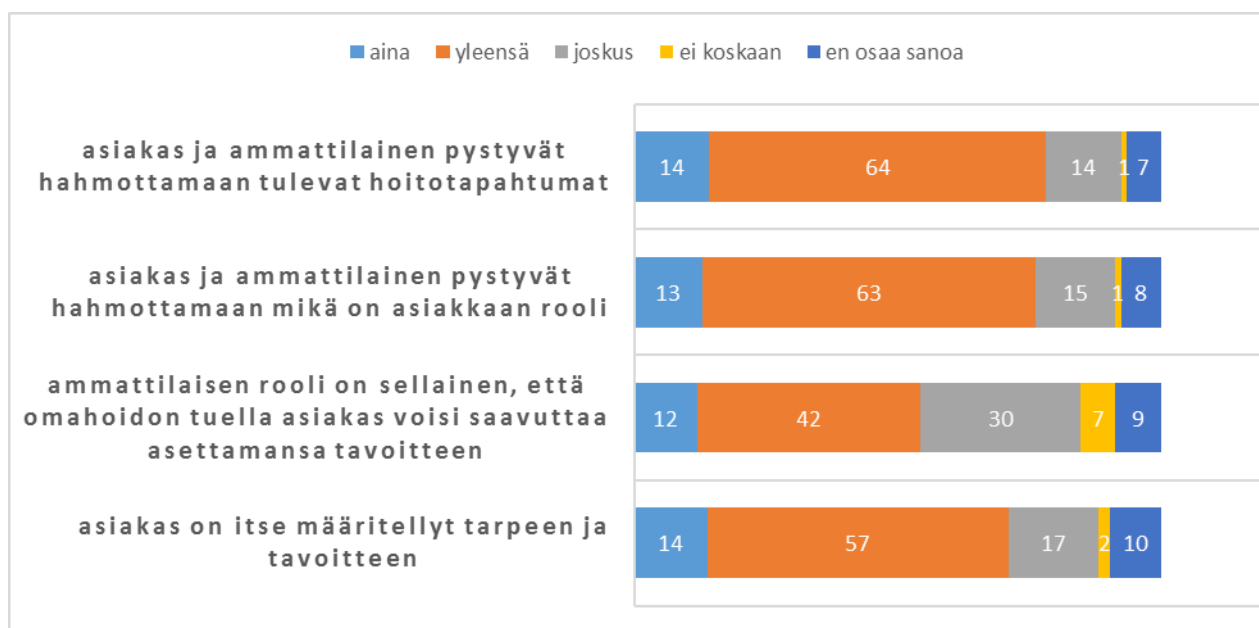
Kuvio 4 Asiakkaan kirjallinen hoitosuunnitelma kattaa psykiatria- ja päihdepoliklinikalla seuraavat asiat (%)

Kuvio 3 osoittaa, että asiakkaan kirjallinen hoitosuunnitelma terveysasemilla kattaa yleensä vain yhden ammattiryhmän antaman hoidon (49 % vastaajista). Kuviosta 4 voidaan havaita, että psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla tehdään monialaisempia suunnitelmia ja ne kattavat yleensä (37 %) tai joskus (31 %) erikoisalan tai toiminnallisen kokonaisuuden. Tässä vastauksessa terveysasemilla oli enemmän joskus (31 %) tai en osaa sanoa -vastauksia (33 %).

Kuvioista 3 ja 4 voidaan havaita, että terveysintegroituja hoitosuunnitelmia tehtiin joskus terveysasemilla (36 prosenttia) ja psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla (42 prosenttia). Aina- vastauksia oli varsin vähän ja ei koskaan -vastauksia viidesosa. Hyvinvointi-integroituja suunnitelmia tehtiin joskus terveysasemilla (29 prosenttia) ja psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla (41 prosenttia). Ei koskaan -vastauksia oli terveysasemilla lähes yhtä paljon kuin joskus -vastauksia (26 prosenttia). Tavoitteena olevat moniammatilliset suunnitelmat ovat siis yleisempiä psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla kuin terveysasemilla.



Kuvio 5 Hoitosuunnitelman roolit ja hoidon toteutuminen terveysasemalla (%)



Kuvio 6 Hoitosuunnitelman roolit ja hoidon toteutuminen psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla (%)

Kuvioista 5 ja 6 havaitaan, että asiakkaat määrittelevät itse hoitosuunnitelman tarpeen ja tavoitteen joskus terveysasemilla (48 %) ja psykiatria- ja päihdepalveluissa yleensä (57 %). Hoitosuunnitelmassa ammattilaisen rooli on yleensä sellainen, että omahoidon tuella asiakas voi saavuttaa asettamansa tavoitteen terveysasemilla (51 %) ja psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla (42 %). Joskus -



vastauksia oli kolmasosa, aina -vastauksia 12 prosenttia sekä terveysasemilla että psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla.

Hoitosuunnitelmista asiakas ja ammattilainen pystyvät yleensä hahmottamaan asiakkaan roolit sekä terveysasemilla (58 prosenttia) että psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla (63 prosenttia) ja tulevat hoitotapahtumat (terveysasemilla 66 prosenttia, psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla 64 prosenttia) (kuviot 5 ja 6). Hoitosuunnitelmiin kirjatut roolit ja hoitotapahtumat ovat siis sekä psykiatria- ja päihdepalveluissa että terveysasemilla pääosin selkeät, mutta asiakkaat ovat keskeisemmässä roolissa psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla kuin terveysasemilla.

2.2.3 Psykiatria- ja päihdepalvelujen sairaala- ja laitosjaksot

Laitoshoidosta avohoitoon

Strategiaohjelman mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sairaala- ja laitospaikkoja tuli vähentää hallitusti. Vuonna 2015 viraston yhdistymistä koskevan arvioinnin yhteydessä osasto vastasi, että psykiatrian laitoshoidon hoitajaksojen suhteellinen määrä on vähentynyt, joka oli myös tavoitteena. Hoitotajaksot ovat kuitenkin keskimääräistä pidempiä. Sen sijaan jonotusaika Auran sairaalan vuodeosastolta kevyempiin palvelumuotoihin ei ollut lyhentynyt, joten hoitoketju ei ole korjaantunut asumisen osalta.⁵¹ Näin todettiin myös vuonna 2015 arviointikertomuksen suosituksen osalta. Psykiatria- ja päihdeasiakkaiden tuki- ja palveluasumiseen on jatkuvasti jonoa.⁵²

Sosiaali- ja terveysviraston johtoryhmän strategiaseurannassa 1.3.2016 todettiin, että strategian tavoite psykiatria- ja päihdekeskusten asiakkaiden hoitosuunnitelmien ja hoidon keskeytysten seurannasta ei ole käynnistynyt.⁵³

Sosiaali- ja terveysviraston oman toiminnan erikoissairaanhoidossa psykiatrian vuodeosastojen hoitopäivien kehitys vuosina 2013–2015 osoittaa, että hoitopäivien määrä on ollut laskeva. Vuonna 2014 oli 5 400 hoitopäivää (5,8 prosenttia) vähemmän kuin vuonna 2013. Hoitopäivien laskeva kehitys jatkui edelleen vuonna 2015. Tuolloin hoitopäiviä oli 9 440 päivää (10,8 prosenttia) vähemmän kuin vuonna 2014.⁵⁴

	Vuosi 2013	Vuosi 2014	Vuosi 2015
Akuutti-psykiatrian vuodeosastopäivät	55 257	51 985	48 017

⁵¹ Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

⁵² Sosiaali- ja terveysviraston lausunto tarkastuslautakunnalle vuoden 2015 arviointikertomuksesta 3.5.2016.

⁵³ Strategiasuunnitelman 2014–2016 seuranta -katsaus tilanteesta 31.12.2015.

⁵⁴ Sosiaali- ja terveysviraston toiminnalliset tilinpäätökset vuosilta 2014 ja 2015.

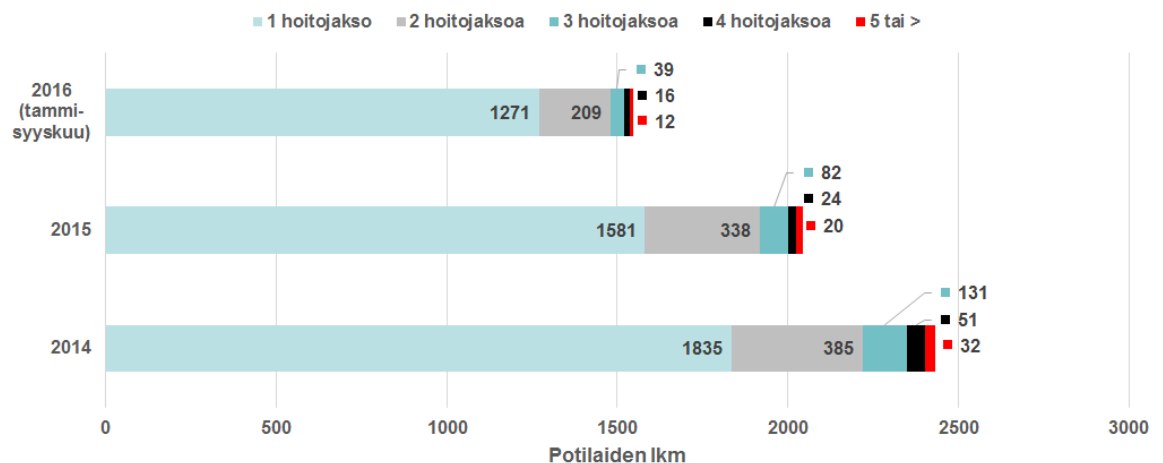


Kuntoutuspsykiatrian vuodeosastopäivät	37 535	35 407	28 033
Hoitopäivät yht.	92 792	87 392	77 952

Taulukko 1. Psykiatrian vuodeosastojen hoitopäivät 2013–2015

Taulukosta 1 havaitaan, että laitospaikkamäärää on pystytty olennaisesti vähentämään liikkuvan avohoidon johdosta. Sairaansijoja on muutettu asumiseksi. Asumisvalmennuspaikat ovat korvanneet laitospaikkoja. Myös päihdehuollon laitoshuollon hoitovuorokausia on pystytty vähentämään suunnitellusti avohoidon ollessa ensisijaista. Hoitovuorokausia oli 57 825 vielä vuonna 2013 ja 49 469 vuonna 2014. Vuonna 2015 niitä oli enää 38 809 eli vähennystä oli tapahtunut 19 016 hoitovuorokautta (32,9 prosenttia) vuodesta 2013⁵⁵.

Strategiaohjelmassa oli tavoitteena, että psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitospaikat lyhenevät ja toistuvat sairaala- ja laitospaikat vähenevät. Näin on tapahtunut psykiatriassa 2014–2015, kuten kuviosta 7 voidaan havaita (vuoden 2016 tieto on saatavilla vain puolelta vuodelta). Päihdehuollon toistuvista laitospaikoista ei ole saatavissa tietoa.



Kuvio 7 Auroran osastoilla hoidetut potilaat hoitojaksojen määrän mukaan (päättäneet ja keskeneräiset, kalenterivuosittain 2014–2016⁵⁶)

Mielenterveyden Keskusliitto otti vuonna 2015 kriittisesti kantaa siihen, että mielenterveyspuolella avohoitoon on yhä vaikea päästä ja saada hoitoa. Psykiatrian poliklinikalle pääsy ei ole helpottunut. Yhdistyksen mukaan sairaala-

⁵⁵ Terveys- ja sosiaaliviraston tilinpäätökset 2013, 2014 ja 2015.

⁵⁶ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016. Huom. ei sisällä jonotusjaksoja, mutta sisältää suunnitellusti toistuvat hoitojaksot, ns. periodihoito)



paikkojen alasajo ei toimi eikä ole potilaiden edun mukaista, vaan laitospaikoista on pula.⁵⁷

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon mukaan sairaalapaikkojen "alasajoa" ei ole ollut, vaan avohoitoa on aktiivisesti kehitetty ja laitospaikkoja muutettu palveluasumiseen. Ei ole tapahtunut sellaista palvelujen heikentymistä, jota tapahtui aiemmassa rakennemuutoksessa, jolloin avohoitoa ei kehitetty laitospaikkojen runsaan vähentämisen yhteydessä. Tällä hetkellä sairaalan puolella on tarpeeksi kapasiteettia. Päihdehuollon laitospalvelujen käyttökin on vähentynyt, vaikka sielläkin laitospaikkoja on enemmän kuin asiakkaita niihin hakeutuu. Sairaaloista vapautuvat henkilöresurssit siirretään avohoitoon. Laitoshoidon kannatus perustuu ajatteluun, jonka mukaan asiakkaan pitää päästä "sairaalaan lepäämään". Sairaalahoido nähdään nykyään kuitenkin vain tuki-palveluna avohoidolle. Sosiaali- ja terveystieteiden vuoden 2017 talousarvioon on tulossa sitova tavoite, että psykiatrisessa avohoidossa olevien potilaiden sairaalahoitopäivien määrä vähenee vuoteen 2016 verrattuna painottamalla kuntouttavaan jatkohoitoon ja vahvistamalla avohoitopalveluja. Tavoite kuvaa avohoitotoiminnan onnistumista ja palvelun laadun paranemista.⁵⁸

Asumispalveluprosessi

Erityisryhmien asumista on kaupunkikonsernin omistamassa asuntokannassa, niitä tarjotaan ns. välivuokrausmenettelyn avulla, yksittäisinä tukiasuntoina tai ryhmä- tai tukikoteina. Välivuokrauksella tarkoitetaan asuntojen vuokraamista siten, että asunnon omistaja ja asunnon vuokralainen eivät tee suoraan keskinäistä vuokrasopimusta vaan asunto on ensin vuokrattu kaupungille.⁵⁹

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelun mukaan ainakin noin 50 sellaista henkilöä asuu Auroran sairaalassa, jotka voisivat olla muuallakin kuin sairaalassa. Asiakkaat pystyisivät ehkä asumaan varsinaisissa vuokra-asunnoissa, mutta laitoksissa odottaa myös parempikuntoisia, jotka voisivat mennä pieniin vuokra-asuntoihin, jos niitä olisi tarjolla. Tällä hetkellä jopa satoja henkilöitä asuu liian tuetusti. Sosiaali- ja terveystieteiden ja kiinteistövirastolla on asumispalveluprosessin kehittämiseen liittyvä yhteistyöryhmä, johon kuuluvat molempien virastojen päälliköt ja asuntoasiainosasto.⁶⁰

Kiinteistöviraston mukaan yhteistyö on sujunut hyvin. Viraston asunto-osasto järjestää vuosittain ns. erityisryhmille asuntoja sosiaali- ja terveystieteiden kanssa sovittujen kiintiöiden mukaisesti. Kiinteistövirasto on pitänyt noin 7-10 prosentin osuutta kokonaistarjonnasta kohtuullisena varauksena erilaisille eri-

⁵⁷ Sosiaali- ja terveystieteiden yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

⁵⁸ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016 ja Sosiaali- ja terveystieteiden lausunto tarkastuslautakunnalle vuoden 2015 arviointikertomuksesta 3.5.2016.

⁵⁹ Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmä, loppuraportti 2016.

⁶⁰ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.



tyisryhmille, jotka asutetaan joko suoraan lausuntojen perusteella tai tuki-asunnoista kaupungin normaaleihin vuokra-asuntoihin. Sosiaali- ja terveysviraston osuus kokonaistarjonnasta on viime vuosina vakiintunut noin yhdeksään prosenttiin. Asunto-osasto on pystynyt pitämään kiinni sovituista tavoitteista ja joskus jopa ylittänyt ne (esimerkiksi lastensuojelun nuoret).⁶¹

Viime aikoina on pyritty keskitettyyn neuvottelumenettelyyn, jossa sosiaali- ja terveysvirasto on voinut priorisoida omia erityisryhmiään sovittuun kokonaiskiintiön sisällä. Kiinteistöviraston näkökulmasta ongelma on se, ettei sosiaali- ja terveysvirastolla ole yhtä tahoa, jonka kanssa neuvotella, vaan neuvottelut pidetään erikseen eri tahojen kanssa sopien ryhmäkohtaisista tavoitteista vuositason tasolla.⁶²

Sosiaali- ja terveysviraston mukaan kiinteistövirastolla ei ole kuitenkaan ollut tähän asti tarjota erityisasumiseen paikkoja, vaan asuntoja saavat lähinnä asunnottomat.⁶³ Esimerkiksi vuonna 2015 asunnottomat saivat viime vuonna 35 kaupungin asuntoa, vaikka sopimus koski 50 paikkaa. Mielenterveysasiakkaille on tulossa 40 asuntoa kaupungilta Myllypurosta vuonna 2017. Lisäksi Etu-Töölön asuintalosta vapautuvat asunnot tulevat sosiaali- ja terveysviraston käyttöön, joka helpottaa tilannetta.⁶⁴

Kiinteistövirasto tarjosi vuonna 2015 asunnottomille 42 asuntoa, joista vain 35 vastaanotettiin. Kieltäytymisprosentti oli siis lähes 20. Yleensä asunnottomille on pystytty tarjoamaan asuntoja esitettyjen lausuntojen mukaisesti ja tarjouksista kieltäytyminen on ollut hieman ongelmallista. Valikoivuutta on muissakin erityisryhmissä – tämä asettaa sosiaalityölle erityisen haasteen.⁶⁵

Kiinteistöviraston asunto-osastolla arvioidaan, että sosiaali- ja terveysvirasto ei ole esittänyt osuutta erikseen mielenterveyskuntoutujille. Sosiaali- ja terveysvirastolla on runsaasti myös suoraan omaan käyttöön varattuja asuntoja. Asunnottomille on varattu noin 2 400 yksiotä ja lisäksi noin 600 paikkaa erilaisissa asumisen yksiköissä. Yhteensä erityisryhmille on varattu noin 4 000 asuntoa. Näiden resurssien käyttö ja allokointi on sosiaalitoimen omassa päätösvallassa. Kiinteistöviraston mukaan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujille voitaisiin hyvin tarjota asunnottomille tarkoitettuja asuntoja, koska he asuvat laitoksessa asunnon puutteen vuoksi ja luokitellaan siten asunnottomiksi.⁶⁶ Sosiaali- ja terveysviraston mukaan markkinoilla on kapasiteettia, mutta rahoitus asettaa reunaehdot sen käytölle.⁶⁷

⁶¹ Kiinteistövirasto, asunto-osasto 30.9.2015.

⁶² Kiinteistövirasto, asunto-osasto 30.9.2015.

⁶³ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

⁶⁴ Psykiatria- ja päihdepalvelut, asumisen tuki 23.9.2016.

⁶⁵ Kiinteistövirasto, asunto-osasto 30.9.2015.

⁶⁶ Kiinteistövirasto, asunto-osasto 30.9.2015.

⁶⁷ Sosiaali- ja terveysviraston lausunto tarkastuslautakunnalle vuoden 2015 arviointikertomuksesta 3.5.2016.



Välivuokrausmenettelyn kehittäminen

Välivuokrausmenettely on merkittävä kokonaisuus erityisryhmien asumisen järjestämisessä. Välivuokrauksessa olevat asunnot ovat lastensuojelun asiakkaiden, kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, kriisiasumisen asiakkaiden, vanhusten, asunnottomien, päihde- ja mielenterveyskuntoutujien sekä maahanmuuttopalveluiden asiakkaiden käytössä. Tilakeskuksen välivuokrauksessa oli 1.2.2016 yhteensä 4 490 asuntoa yllä mainituille asiakasryhmille. Pääosa näistä asunnoista on asunnottomien palveluiden käytössä, yhteensä 3 068 asuntoa. Mielenterveyskuntoutujien käytössä olevat 60 välivuokrattua tukiasuntoa ovat yksittäisiä tukiasuntoja. Pääosa tukiasunnoista sijaitsee kaupunkikonsernin omistamien kiinteistöyhtiöiden asuntokannassa.⁶⁸

Vain pieni osa mielenterveyskuntoutujien asunnoista on välivuokrattuna tilakeskuksen kautta. Mielenterveyskuntoutujien käytössä on yhteensä 1 945 asuntopaikkaa. Mielenterveyskuntoutujien tukiasumista toteutetaan jälleenvuokrauksena, tuetuissa asumisyksiköissä, palveluasumisena ja tehostettuna palveluasumisena (muun muassa Niemikotisäätiöltä). Lisäksi mielenterveyskuntoutujien tukiasumista tuotetaan kaupungin omana toimintana ja puitesopimuksilla yksityisten palvelutuottajien kautta. Ryhmälle tarvittaisiin lisää asuntoja.⁶⁹

Johtajistokäsittelyssä 24.2.2016 kaupunginjohtaja päätti nimittää Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmän, jonka tehtävä oli kuvata nykyinen prosessi, määritellä keskeisimmät haasteet sekä tehdä konkreettiset toimenpide-ehdotukset välivuokrausmenettelyn kehittämiseksi. Työryhmän laatiman loppuraportin, asumisen välivuokrausselvityksen 30.4.2016 mukaan prosessi paranisi muun muassa välivuokrauksen hallintoa selkiyttämällä siten, että välivuokraus siirretään kokonaisuudessaan kiinteistötoimen vastuulle eli kiinteistötoimi huolehtisi asuntojen vuokrauksesta yhtiöiltä ja asuntojen vuokrauksesta edelleen asukkaalle ja sosiaali- ja terveysvirasto osoittaa asukkaan. Lisäksi olisi tarve laatia nykyisten useiden pysyväisohjeiden korvaava tukiasuntojen asiakasryhmien asumista koskeva pysyväispäätös, joka ohjaisi sekä kiinteistötoimintaa että sosiaali- ja terveystointia. Pysyväispäätöksen tulisi tehdä kaupunginhallitus. Jokaiselle asiakasryhmälle tulisi laatia yksiselitteiset selkeät periaatteet, joiden pohjalta tukiasuntopaikka myönnetään ja miten asukas voi siirtyä normaalin asumisen piiriin. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveystoimen palvelujen kehittämistä siten, että erityisesti päihde- ja mielenterveysasiakkaat saavat asumisessaan tarvittavan tuen.⁷⁰

Asumispalvelujen suunnitelma

⁶⁸ Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmä, loppuraportti 2016.

⁶⁹ Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmä, loppuraportti 2016.

⁷⁰ Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmä, loppuraportti 2016.



Strategian mukaan kaupungin tuli vahvistaa asumiskuntoutusohjelma psykiatria- ja päihdepalveluissa. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto käynnistivät vuoden 2002 alussa Mielenterveysprojektin (Mipro), johon kuului mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen, kuntoutuksen ja avohoitoa tukevien palvelujen kehittämisryhmä. Työryhmän työskentely päättyi 31.12.2003. Työryhmä laati loppuraportin, jonka suositusten toteuttamista päivitettiin vuonna 2008. Mipron yhtenä osaprojektina vuoden 2014 lopulla laadittiin mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen suunnitelma vuosille 2015–2016. Siinä todettiin, että asumispalveluilla nykymuodossaan on vaikea vastata vaikeasti sijoitettavien tai vaikeasti oireilevien sijoitus- ja kuntoutustarpeisiin. Ohjelmassa määriteltiin kolme keskeistä toimenpide-esitystä palvelujen parantamiseksi. Nämä ovat asumispalvelurakenteen monipuolistaminen, asiakasohjauksen ja asumispalvelujen toimivuuden seuranta ja avohoidon ja sairaalan tuki asumispalveluun sijoittumisessa ja asukkaiden selviytymisessä.⁷¹

2.2.4 Työtapojen uudistaminen

Strategiaohjelman tavoitteena on tunnistaa hoidon kannalta kriittiset asiakasryhmät. Tähän on edetty liikkuvien palvelujen ja interventioiden avulla, mutta päästäneen tulevaisuudessa vielä paremmin uusien terveys- ja sosiaaliindikaattorien avulla ja vielä herkemmin uudessa potilastietojärjestelmässä (Vuosaaren pilotti).⁷²

Strategiaohjelman mukaiseen hoidon jatkuvuuden kriteerien määrittelyyn kriittisille asiakasryhmille ja yhteistyöprosessien kuvaamiseen on pyritty. Toiminnan parantamiseen tähtääviä kehittämisryhmiä, potilasohjaus- ja työohjeita ja prosessikuvauksia on syntynyt. Asunnottomien asiakkaiden osalta yhteistyökäytännöt ja päätöksentekoprosessit on sovittu perhe- ja sosiaalipalvelut -osaston ja terveys- ja päihdepalvelut -osaston kesken. Suun terveydenhuolto on sopinut psykiatria- ja päihdepalvelut poliklinikoiden kanssa muun muassa, että korvaushoidon asiakkaat voivat hakeutua kiireelliseen ja kiireettömään suun hoitoon Töölön hammashoitolaan ilman jonotuksia.⁷³ Toimintaohjeita on edelleen kehitetty esimerkiksi päivystyksessä potilaan hoitoketjun parantamiseksi. Parhaillaan psykoosilinjalla on meneillään niin sanottujen saumakohtien toimivaksi saaminen. Yleinen hyvä käytäntö olisi se, että asiakas vaihdetaan "saattaen" palvelusta toiseen, mutta käytännössä se ei aina välttämättä ole toiminut, joten sitä on tarkoitus parantaa. Yhteistyömalli lastensuojelun kanssa on luotu ja uusittu vastikään edellisten mallien lisäksi.⁷⁴

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotiin vietäviä jalkautuvia palveluja on lisätty strategian mukaisesti. Vaikeimpien asiakkaiden hoitoa turvaamaan on pe-

⁷¹ Mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen suunnitelma vuosille 2015–2016.

⁷² Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

⁷³ Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen, 2015.

⁷⁴ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.



rustettu liikkuva yksikkö Auroran erityishoidon poliklinikan yhteyteen. On vahvistettu myös kotikuntoutusta, psykiatrian poliklinikoiden kotikuntoutustyöryhmissä on 25 työntekijää (etelä 7, länsi 6, itä 7, pohjoinen 5) ja heidän kohderyhmäänä ovat lähinnä psykoottiset asiakkaat. Perheiden avokuntoutuksessa tehdään yhteistyötä lastensuojelun perhetyön kanssa. Käytettävissä on myös alkoholin kotikatkaisuhuolto, mutta sen käyttö on ollut vähäistä. Malmin sairaalan yhteydessä on uusi vieroitusosasto. Hangonkadun yksikkö on suljettu.⁷⁵

Laitosmuotoiseen katkaisuhuoltoon pääsee tarvittaessa seitsemänä päivänä viikossa (Haartman ja Malmi). Jatkossa joudutaan pohtimaan selviämishoitoaseman kohtaloa Töölön kisahallin tiloissa. Poliisilla on putkatiloista vuokrasopimus vuoden 2017 loppuun asti, jolloin putka siirtyy todennäköisesti Pasilaan. Koko psykiatrian osalta kotikäyntien määrä on pysynyt suhteellisen ennallaan. Toiminta liikkuvassa avohoidossa on lisääntynyt, eli ne ovat voineet ehkä korvata kotikäyntejä. On kuitenkin muistettava, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa kotikäynnit ovat ajallisesti pitkiä (muun muassa matkoihin menee aikaa). Vaikka määrä ei ole kasvanut, asiakkaan kanssa vietetty aika on lisääntynyt, mikä on hoidollisesti tärkeää. Parissa keskuksessa kokeillaan virtuaalikäyntejä tabletin avulla (kotihoitoon mallin mukaisesti, Skypen avulla).⁷⁶

2.3 Palvelujärjestelmän uudistaminen

2.3.1 Hoidon toteutumisen ongelmat

Asiakkaiden palvelujen saatavuuden ja riittävyyden selvittämiseksi terveysasemille ja psykiatria- ja päihdepoliklinikoille esitettiin lisäksi kysymykset siitä, päivitetäänkö palvelusuunnitelmia yhdessä asiakkaan kanssa riittävän usein siten, että suunnitelmaan kirjatut palvelut ja hoito vastaavat tarvetta, pystytäänkö sairauksien ja ongelmien tunnistamisen ja palvelusuunnitelmien avulla varmistamaan ja ennakoimaan asiakkaiden tarvitsemat palvelut riittävästi ja miten hoidon toteutumista varmistetaan käytännössä.

Tämä luku perustuu terveysasemien ja psykiatria- ja päihdekeskusten työntekijöiden kyselyyn antamiin avovastauksiin.

Terveysasemilla on monenlaisia asiakkaita. Asiakkaat, jotka käyvät satunnaisen tarpeen vuoksi, eivät välttämättä tarvitse seurantaa. Toisaalta osa on pitkäaikaisessa seurannassa, jolloin heillä on vastuuhoidtaja ja -lääkäri. Tällöin hoidon toteutumisen varmistamiseksi laaditaan hoitosuunnitelma ja arvioidaan sen mukaista hoidon toteutumista. Vastaajat korostivat selkeän kirjaamisen tärkeyttä. Yhteydenottotavoista sovitaan potilaan kanssa. Yhteydenotto voi olla kahdensuuntaista, esimerkiksi tukikontakteja puhelimitse, tekstiviestejä, kirjaamista sähköiseen asiointijärjestelmään ja seurantakäyntejä. Hoidon seu-

⁷⁵ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

⁷⁶ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.



rannasta on pääasiassa potilas itse vastuussa. Jotkut korostivat asiakkaan itsensä asettamia tavoitteita. Potilas voidaan myös sairaudestaan riippuen ohjata vertaisryhmiin.

Ongelmaksi nähtiin tällä hetkellä terveysasemilla se, että terveysasemat ovat kuormittuneita akuuttipotilaista, eikä pitkäaikaisempien asiakkaiden hoitoa ehditä seurata. Hoitosuunnitelmien laadinnan ei myöskään nähty olevan niin kattavaa kuin tulisi, osa kirjaamisista on lähinnä potilaan kertomusta ja tiivistelmää lääkärin tekemästä diagnoosista. Nyt osa tekee hoitosuunnitelmat ja osa ei, jolloin asiakkaat eivät ole tasa-arvoisessa asemassa. Potilaan sitoutumista hoitoon on vaikea varmistaa lyhyillä kontakteilla. Potilas jää turhan helposti oman onnensa nojaan. Hoitajien tulisi seurata ja motivoida asiakkaita hoitonsa toteutumiseen itsehoito-ohjein, mutta lääkärit eivät kirjaa suunnitelmaan ohjeistusta riittävän seikkaperäisesti.

Terveysasemien hoitajien ja lääkärin avovastauksissa asiakkaan tarpeisiin vastaamista, hoidon toteutumisen varmistamista ja hoitosuunnitelmia vastaajat kehittäisivät lisäämällä vastaanottoaikojen pituutta potilaille, joiden hoidon onnistuminen tarvitsee seurantaa. Terveystieteiden lisäksi tulisi olla saatavilla sosiaalihuollon palveluja sekä psykiatria- ja päihdepalveluja. Tietojärjestelmiä, suunnitelmapohjaa ja siihen kirjaamista tulisi kehittää ja yhdenmukaistaa, sillä nykyinen Pegasos-järjestelmä ei käytännössä mahdollista aidon hoitosuunnitelman laadintaa. Se ei kykene yhdistämään muiden ammattilaisten hoitoa eikä järjestelmään myöskään pysty rakentamaan "hälytystä" tilanteessa, jossa asiakkaaseen tulisi ottaa yhteyttä. Toivottiin lisää sähköisten järjestelmien (Omakanta) käyttöä. Erilaisista riskiryhmien sairauksista ja ongelmista tulisi olla saatavilla tietopaketti, joka korostaa potilaan omaa vastuuta hoidostaan ja josta löytyy muun muassa omahoito-ohjeet ja aiheeseen liittyvät keskeisimmät palvelut.

Psykiatria- ja päihdepalveluissa hoidon varmistamiseksi asiakkaalle pyritään laatimaan hoitosuunnitelma, joka on joskus moniammatillinen. Olennaista suunnitelman laadinnassa on asiakkaan oma tavoitteet ja sitoutuminen hoitoon. Hoitosuunnitelman seurannasta sovitaan asiakkaan kanssa ja suunnitelmat tarkistetaan 2–4 kertaa vuodessa. Vastuuhoitaja kartoittaa vointia ja arkea sekä seuraa lääkitystä ja hoitosuunnitelman toteutumista. Asiakas käy seurannassa säännöllisin väliajoin. Tarpeen mukaan hoidon toteutumisen varmistaminen edellyttää muun muassa perhetyötä, verkostotyötä, lääkäritapaamisia. Moniammatillinen tiimi toimii yhteistyössä, jota hoitaja koordinoi asiakkaansa osalta. Hoitaja ohjaa tarvittaessa esimerkiksi sosiaalityöntekijälle, toimintaterapeutille, lääkärille, psykologille tai poliklinikan ulkopuolisiin toimiin.

Joissakin psykiatria- ja päihdekeskuksissa järjestetään hoitokokouksia, jossa asiakkaan tilannetta seurataan, osassa hoidon toteutuminen on enemmän hoitajan itsensä vastuulla. Ongelmana nähtiin myös se, että konsultointiapua



ei anneta kovinkaan herkästi, sillä hoitovastuuta saatetaan yrittää siirtää muille tahoille. Hoitosuunnitelmien seuranta ei kaikkien vastanneiden mukaan ollut tehokasta. Hoito saattaa jäädä kesken, jos asiakas jää pois vastaanotolta.

Myös psykiatria- ja päihdekeskusten työntekijöiden avovastauksissa asiakkaan tarpeisiin vastaamista, hoidon toteutumisen varmistamista ja hoitosuunnitelmia vastaajat kehittäisivät lisäämällä vastaanottoaikojen pituutta ja kontaktien tiheyttä. Hoitosuunnitelmia voisi vastausten mukaan yksinkertaistaa ja tavoitteita selventää sellaisiksi, että ne ovat realistisia toteuttaa. Asiakkaalle tulisi antaa vastuuta tavoitteiden asettamisesta ja mikäli tavoitteet ovat riittävän pieniä ja saavutettavissa, se motivoisi häntä myös sitoutumaan hoitoon. Yksilöllisyys vaatii tiivistä hoitokontaktia, verkostotyö parantaisi tuloksia. Mikäli asiakas jää tulematta vastaanotolle, hänet tulisi pyrkiä tavoittamaan (useaan kertaan, mikäli ensimmäisellä kerralla ei onnistuta). Suunnitelma tulisi saada paremmin kirjattua potilastietojärjestelmään. Psykiatrian ja päihdepalvelujen integraatio edellyttäisi yhä henkilöstön kouluttamista. Vastuuhenkilön tulisi pysyä samana siten, ettei konsultaation myötä vastuu siirry konsultoitavalle työntekijälle.

2.3.2 Terveys- ja hyvinvointikeskusten perustaminen

Sosiaali- ja terveyslautakunta hyväksyi 7.10.2014 sosiaali- ja terveysviraston palveluverkkosuunnitelman vuoteen 2030. Se tulee koostumaan perhekeskuksista, terveys- ja hyvinvointikeskuksista, monipuolisista palvelukeskuksista sekä niitä tukevista sähköisistä palveluista, muista lähipalveluista, kuten käyttäjien lähellä olevista asiakkaan luo vietävistä palveluista ja muista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Ikääntyneiden monipuolisia palvelukeskuksia kehitetään nykyisen toimintamallin pohjalta. Uudistuksen tavoitteena on asiakas- ja potilaslähtöisten, joustavien hoito- ja palveluketjujen kehittäminen ja palvelujen tuottaminen kevyemmällä rakenteella kustannustehokkaasti. Uudistuksen keskiössä ovat erilaiset asiakasryhmät. Paljon palveluja tarvitseville räätälöidään palvelut moniammatillisena yhteistyönä. Satunnaisesti palveluja tarvitsevien omaa vastuuta korostetaan. Syrjäytymisuhan alaiset ryhmät pyritään tunnistamaan, heihin kohdistetaan palveluohjausta ja hoidossa ja palveluissa hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä.⁷⁷

Ensimmäistä terveys- ja hyvinvointikeskusta rakennetaan Vuosaaressa toimivalle Albatrossin terveys- ja sosiaaliasemalle. Uuden mallinen terveys- ja hyvinvointikeskus laajentaa moniammatillisuutta olennaisesti. Työntekijät työskentelevät samassa tilassa, jossa ei ole omia huoneita. Tämä tekee väistämättömäksi moniammatillisen yhteistyön. Tällä hetkellä on olemassa eri potilasrekistereitä (muun muassa Effica, Pegasos ja ATJ). Vuosaaressa on tavoitteena luoda vastuuhenkilömallin mukaisesti yksi rekisteri, johon asiantuntijat kirjaavat asiakasta koskevat asiat. Vuosaaren pilotissa sairauskertomusteksti

⁷⁷ Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 7.10.2014 § 347.



rakennetaan Pegasos-ohjelmaan. Pilottia tullaan laajentamaan syksyllä 2016 aukiolon laajentamisen myötä (aukioloaikakokeilu kello 7–20). Pilotteja aloitetaan syksyllä 2016 myös Töölön ja Vallilan terveysasemien yhteydessä.⁷⁸

2.3.3 Vaikuttavuuden mittaaminen

Tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa vuonna 2014 annettiin useita suosituksia moniongelmaisten ja monisairaiden hoidon toteuttamisesta ja seurannasta. Yksi suosituksista oli, että sosiaali- ja terveysvirasto käynnistää sellaisten mittareiden kehittämisen, joilla voitaisiin seurata monisairaana tai moniongelmaisen hoidon toteutumista ja onnistumista kokonaisuutena.

Vaikuttavuuden mittaamiseksi sosiaali- ja terveysvirastossa on muodostettu väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia, riskitekijöihin liittyviä indikaattoreita. Terveysindikaattorit kattavat keskeiset kansantaudit (kuten diabetes, keuhkoastma, syöpät, sydän- ja verisuonitaudit, depressio, alkoholin riskikäyttö, muistitoiminnot, suun terveys) ja hyvinvointi-indikaattorit kuvaavat sosiaalista huono-osaisuutta (pitkäaikainen toimeentulotuen saanti, pitkäaikaistyöttömyys, asunnottomuus). Tällä hetkellä pohditaan miten henkilökunta saadaan täyttämään asiat tietokantoihin. Teemaa kehitetään niin sanotussa Triple-aim -hankkeessa ja ODA-hankkeessa (omahoito ja digitaaliset arvopalvelut -hanke, joka on hallitusohjelman kärkihanke).⁷⁹

Hoidon toteutumiseen liittyvät tarkastuslautakunnan suositukset 2014 arviointikertomuksessa liittyivät sairauksien ja ongelmien moniammatilliseen tunnistamiseen, moniammatilliseen palvelusuunnitelman laadintaan asiakasta motivoiden, monisairaiden palveluohjaajan määrittelyyn käytännössä ja psykiatria- ja päihdepalvelujen integrointiin. Terveysasemat ja sisätautien poliklinikan johtoryhmän mukaan palveluohjaajien määrä on lisääntynyt selvästi, eli noin 2 000 asiakkaalle on määriteltä vuorokauden henkilö. Hän koordinoi palveluita tarpeen mukaisesti organisaatorajat ylittävällä skaalalla. Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtoryhmän mukaan määrä on lisääntynyt jonkin verran terveys- ja hyvinvointikeskuksen kokeilujen myötä.⁸⁰

Sosiaali- ja terveysvirastossa on vastikään laadittu niin sanotut ydinprosessit, jotka nostavat asiakkaan tarpeineen keskiöön aiemman toimintopohjaisten prosessien sijasta. On havaittu, että noin 20 prosenttia asiakkaista käyttää paljon palveluita. Asiakkaat segmentoidaan palveluja tarvitseviin, satunnaisiin asiakkaisiin ja riskiryhmiin tunnistamisen avulla. Hoidon toteutuminen käytännössä pyritään varmistamaan tulevien hyvinvointikeskusten rakentamisen avulla. Niissä tavoitteena on nopea hoitoon pääsy, vastuuhajaaja, moniammatillinen arvi-

⁷⁸ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

⁷⁹ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

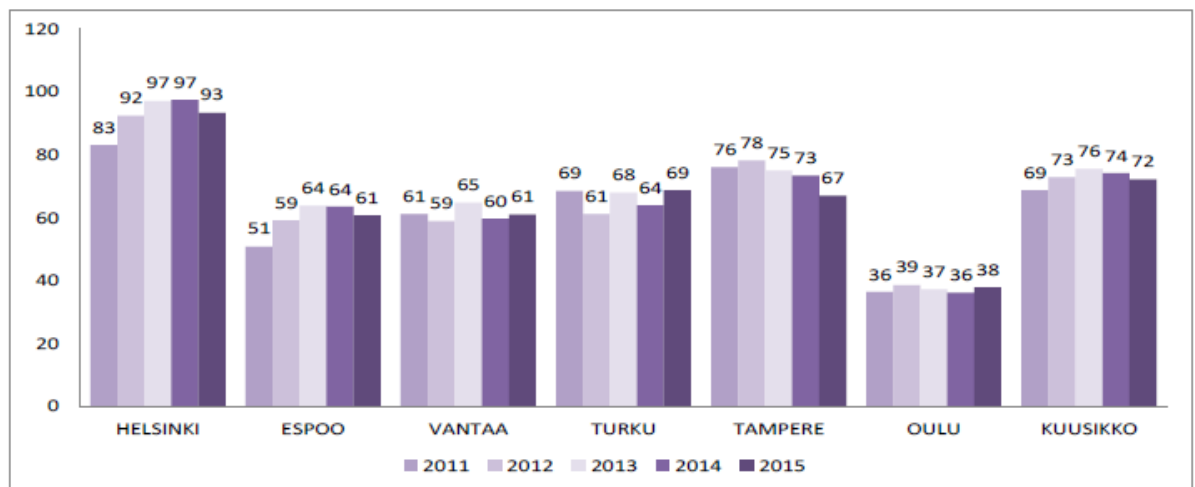
⁸⁰ Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, johtoryhmän vastaus 4.10.2016 ja psykiatria- ja päihdepoliklinikan vastaus 20.10.2016.



ointi ja yhteinen hoitosuunnitelma. Asiakkaan motivointi nähdään myös tärkeänä.⁸¹

2.4 Psykiatria- ja päihdepalvelujen tuloksellisuus mittareiden valossa

2.4.1 Taloudellisuus



Kuvio 8 Päihdehuollon erityispalvelujen kokonaiskustannukset euroina 18 vuotta täyttänyttä asukasta kohden vuosina 2011–2015, vuoden 2015 rahan arvossa⁸²

Kuviosta 2 havaitaan, että Helsingin päihdehuollon asukaskohtaiset kustannukset ovat nousseet vuoteen 2014 asti, mutta alenivat sen jälkeen. Muutos johtuu laitoshoidon asiakasmäärän vähenemisestä. Helsingissä on muita kuntia laajempi asumispalvelujen määritelmä, joka vaikeuttaa kustannusvertailua. Vuonna 2015 päihdehuollon erityispalvelujen kustannukset jakaantuivat Helsingissä seuraavasti: avohuollon palveluihin ilman korvaushoitoa käytettiin 22,1 prosenttia kustannuksista, avohuollon korvaushoitoon 7,7 prosenttia, asumispalveluihin 45,7 prosenttia ja laitospalveluihin 24,5 prosenttia.⁸³

⁸¹ Psykiatria- ja päihdepalvelujen johdon haastattelu 15.6.2016.

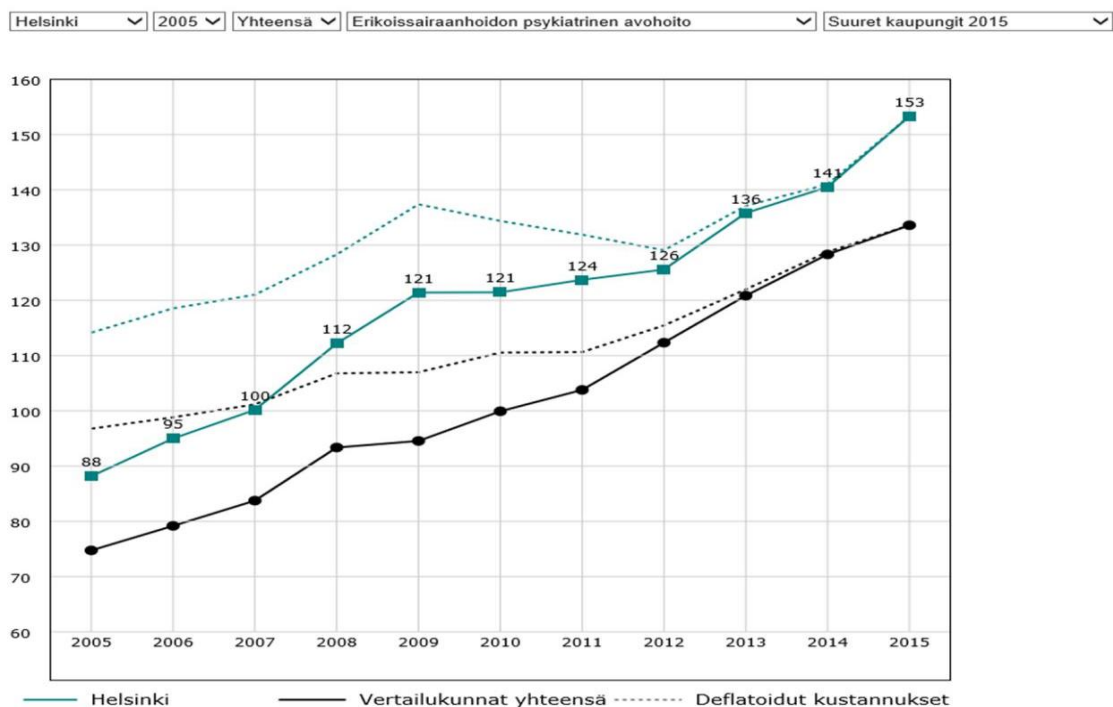
⁸² Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2015.

⁸³ Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2015.

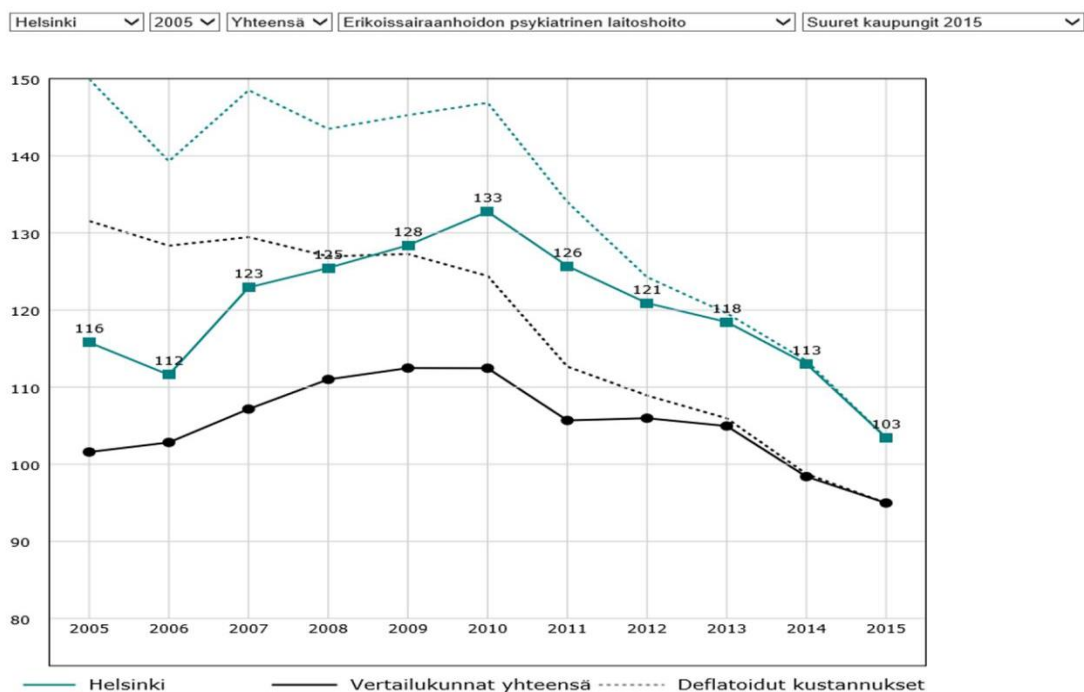


Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen ja kaupunkitarkastaja Jari J. Ritari

Julkinen tarkastuslautakunnan annettua
arviointikertomuksen vuodelta 2016
(Julkl 6 § 1 mom. 6 ja 8 kohdat)
30.1.2017



Kuvio 9 Erikoissairaanhoidon psykiatrisen avohoidon kustannusten kehitys 2005–2015, euroa/asukas⁸⁴



Kuvio 10 Erikoissairaanhoidon psykiatrisen laitoshoidon kustannusten kehitys 2005–2015, euroa/asukas⁸⁵

⁸⁴ Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysyksikkö 8.11.2016, sisältää Helsingin ja HUS:n psykiatrisen avohoidon. Vertailukuntina ovat muut 10 Suomen suurinta kaupunkia.



Kuviot 9 ja 10 osoittavat, että psykiatrisen avohoidon deflatoidut asukaskohtaiset kustannukset kasvoivat Helsingissä vuoteen 2009 asti. Tämän jälkeen ne laskivat kolmen vuoden ajan, ennen kuin kääntyivät jälleen nousuun vuonna 2012. Vuonna 2015 avohoidon kustannukset olivat Helsingissä 153 euroa/asukas, joka oli kolmanneksi kalleinta. Psykiatrisen laitoshoidon kustannukset ovat laskeneet Helsingissä erittäin jyrkästi vuodesta 2010 alkaen, samaan tahtiin kuin muiden suurten kaupunkien vastaavat kustannukset. Viime vuosina avohoidon kustannukset ovat alentuneet jopa muita vertailukuntia enemmän. Helsingin avohoidon kustannukset ovat lähentyneet muita suuria kaupunkeja ja olivat 103 euroa/asukas vuonna 2015.

Palvelujen taloudellisuutta seurataan toiminnallisen tilinpäätöksen yksikköhinnoilla. Psykiatria- ja päihdepalvelujen suoritteita ovat psykiatrian avohoitokäynti, psykiatrian avohoidon muu asiointi, psykiatrian vuodeosastohoitopäivä, psykiatrian avohoitopäivä, polikliinisen päihdehuollon käynti, korvaushoitokäynti, päihdehuollon laitospalvelun hoitovuorokausi ja päihdehuollon asumispalvelujen asumisvuorokausi. Kustannukset vaihtelevat hoitomuodoittain.

Vuonna 2015 suoritekohtaiset kustannukset ovat suurimmat ensihoito-osastolla ja psykiatrian erityishoidon poliklinikalla. Seuraavaksi suurimmat suoritekohtaiset kustannukset olivat psykiatrisen erikoissairaanhoidon ostopalveluissa, päihdehuollon ympärivuorokautisessa vieroitushoidossa, perusterveydenhuollon laitoshoidossa (Malmin vieroitushoito-osasto) ja psykiatrian vuodeosastohoidossa, erityisesti akuuttipsykiatriassa (ilman ensihoito- ja päivystysseurantaosastoa). Kustannuksiltaan edullisimmat suoritetta kohden ovat puolestaan päihdehuollon avopalvelut.⁸⁶

Vuodesta 2014 vuoteen 2015 psykiatrisissa palveluissa suoritekohtaisista kustannuksista eniten ovat prosentuaalisesti kasvaneet erityishoidon poliklinikan kustannukset. Asumiskuntoutuksen suoritekohtaiset kustannukset ovat kasvaneet myös melko paljon, mutta perhehoidon kustannukset ovat alentuneet. Laitoshoidossa tapahtuneiden muutosten vuoksi suoritekohtaisten kustannusten muutosta psykiatrian erikoissairaanhoidon laitoshoidon osalta ei ole saatavilla, mutta kokonaiskustannukset ovat laskeneet sekä omassa toiminnassa että ostopalveluissa. Vuodesta 2014 vuoteen 2015 päihdepalveluissa suoritekohtaiset yksikkökustannukset ovat laskeneet päihdehuollon ostopalveluissa, mutta sekä laitospalvelun että avohoidon yksikkökustannukset ovat kasvaneet.⁸⁷

Lopputulomana voidaan todeta, että palvelujen taloudellisuus asukaskohtaisilla kustannuksilla mitaten kuitenkin kokonaisuudessaan parantunut.

⁸⁵ Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysyksikkö 8.11.2016, sisältää Helsingin ja HUS:n psykiatrisen laitoshoidon.

⁸⁶ Sosiaali- ja terveysvirasto, toiminnallinen tilinpäätös 2015.

⁸⁷ Sosiaali- ja terveysvirasto, toiminnallinen tilinpäätös 2015.



2.4.2 Tuottavuus ja palveluprosessin sujuvuus

Psykiatria- ja päihdepalveluissa tuottavuutta ja palveluprosessin sujuvuutta seurataan suoritteiden sekä erilaisten käyntityyppien kumulatiivisen toteuman ja kuukausitoteuman avulla, jota verrataan edellisen vuoden toteumaan ja kuluvan vuoden budjettiin.⁸⁸ Avohoidon suoritteet ovat kasvaneet. Psykiatrian vuodeosastohoitopäivät vähenivät 13 prosenttia vuosien 2014 ja 2015 välillä ja päihdehuollon laitosvuorokaudet vähenivät myös 22 prosenttia. Päihdehuollon laitoshoidojaksojen määrä väheni ja hoitajaksojen pituudet lyhenivät sekä omissa että ostopalveluissa. Vastaavasti psykiatrian avohoitokäynnit lisääntyivät neljä prosenttia ja psykiatrian avohoitopäivät lisääntyivät kahdeksan prosenttia. Polikliinisen päihdehuollon ja korvaushoidon käynnit lisääntyivät seitsemän prosenttia. Terveysasemien psykiatristen sairaanhoitajien ja päihdetyöntekijöiden hoidossa olleiden potilaiden määrä on kasvanut. Kun heitä oli vuonna 2012 noin 7 000, niin vuonna 2015 potilasmäärä oli jo yli 9 000. Nettiterapiapalvelujen käyttö vuodesta 2014 vuoteen 2015 on lisääntynyt lähes 300 henkilöllä, olleen 426 henkilöä vuonna 2015. Jalkautuvien psykiatrien käyntien määrä oli 184 vuonna 2015. Myös tämä määrä on kasvanut.⁸⁹

Lisäksi seurataan sairaansijojen ja paikkojen kuormitus- tai käyttöastetta (prosenttia), hoidettuja eri potilaita (eri henkilötunnukset), potilasvahvuutta, päättyneitä ja keskeneräisiä hoito- ja jonotusjaksoja sekä niiden pituutta, palveluasumisesta sairaalahoitoon tulleiden määrää, HUS psykiatrian ja ostopalvelujen käyttöä ja peruuttamattomia poisjääntejä.⁹⁰ Keskimääräinen kuormitusaste psykiatrisessa sairaalahoidossa, asumiskuntoutuksessa ja perhehoidossa on laskenut jonkin verran vuodesta 2015 vuoteen 2016. Psykiatristen sairaalapaikkojen kuormitusprosentti oli aiemmin suurempi siitä syystä, että kapasiteettia meni jonottajille ja psykiatrisen hoidon tarpeessa olevat on hoidettava, oli paikkamäärä mikä hyvänsä. Välillä käytetään niin sanottuja lisäpaikkoja, jolloin kuormitus on 100 prosenttia tai enemmän.⁹¹

Sairaalassa hoidettujen potilaiden määrä (pois lukien jonotusjaksot) on vähentynyt neljänneksellä vuosien 2013–2015 välillä. Samanaikaisesti potilaskohtainen hoitopäivien määrä on hieman noussut: vuonna 2013 luku oli 34,4. Vuonna 2014 luku oli 36,3 ja vuonna 2015 37,7. Kaikkien hoitajaksojen mediaanipituus on kasvanut vain vähän, kolmestatoista neljääntoista päivään. Varsinaisten hoitajaksojen (pois lukien jonotusjaksot) pituus on kasvanut kahdestatoista neljääntoista päivään. Peruuttamattomien poisjääntien määrä on vähentynyt vuodesta 2014 vuoteen 2015.⁹² Töölön vieroitushoito-osaston käyttöaste on paran-

⁸⁸ Psykiatria- ja päihdepalvelut 29.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016.

⁸⁹ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016.

⁹⁰ Psykiatria- ja päihdepalvelut 29.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016.

⁹¹ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

⁹² Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016.



tunut jatkuvasti vuosina 2013–2015. Tervalammen kartanon kuntoutuskeskuksen käyttöaste parani vuosina 2013–2014, mutta laski vuonna 2015.⁹³ Töölön käyttöasteen paraneminen johtunee linjauksista oman toiminnan ja ostopalvelujen käytön suhteen toisin sanoen osasto-oloja vaativat huume- ja lääkevieroitukset hoidetaan pääasiassa omassa toiminnassa Töölössä. Tervalammen kartanon pitkään jatkunut vajaakäyttö oli yhtenä syynä laitoksen hoitopaikkamäärän alentamiseen 2016.⁹⁴

Voidaan sanoa, että palveluprosessi on muuttunut sujuvammaksi. Tuottavuutta on nostettu avohoidossa. Laitoshoidon on vähennetty strategian mukaisesti. Perus- ja erikoistason välistä palveluprosessia on sujuvoitettu lisäämällä perusterveydenhuollossa toteutettavia palveluja.⁹⁵

2.4.3 Palvelujen laatu

Kiireettömään hoitoon pääsyn toteutuminen Helsingin kaupungin omassa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on toteutunut alle kuudessa kuukaudessa, kuten taulukosta 1 voidaan havaita.⁹⁶ Psykiatrisen erikoissairaanhoidon siirtoviivehoitopäivien määrä väheni vuonna 2015 vuodesta 2014.⁹⁷

Taulukko 1 Toimenpidettä tai hoitoa odottavien odotusajat⁹⁸

	Keskimääräinen odotusaika psykiatrian poliklinikoille (vrk)
31.8.2016	15
30.4.2016	26
31.12.2015	20
31.8.2015	33
30.4.2015	17
31.12.2014	62

⁹³ Sosiaali- ja terveystieteiden intranet, tilastoportaali.

⁹⁴ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

⁹⁵ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

⁹⁶ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016.

⁹⁷ Helsingin kaupungin tilinpäätös 2015.

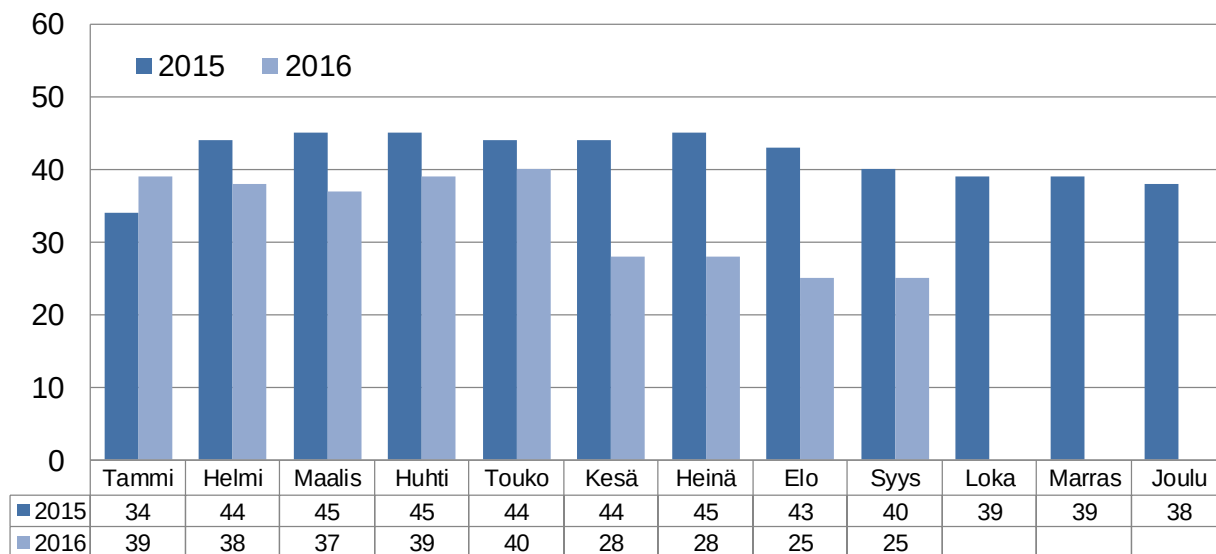
⁹⁸ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016. THL:n ohjeistuksen mukaan. Ilmaistu mediaanina: aika, johon mennessä puolet odottaneista potilaista on päässyt hoitoon.



31.8.2014

76

Jonottajat, lkm

**Kuvio 11 Psykiatrisesta sairaalahoidosta ja asumiskuntoutuksesta palveluasumiseen jonottajat kuukausittain 2015–2016⁹⁹**

Kuvio 11 osoittaa, että jonot palveluasumiseen ovat hieman vähentyneet vuoden 2016 aikana edelliseen vuoteen nähden. Jonottajien määrä on kuitenkin yhä melko suuri. Vuonna 2012 yli kuusi kuukautta psykiatriasta palveluasumiseen jonottaneita oli 28 henkilöä. Vuonna 2015 heitä oli 59 henkilöä. Vaikka jonottajien määrä sairaalassa on vähentynyt, ovat jonotusjaksot pidentyneet merkittävästi. Jonotusjaksojen mediaanipituus palveluasumiseen on kaksinkertaistunut ollen vuonna 2015 peräti 386 vuorokautta.¹⁰⁰

Huumevieroitukseen ja korvaushoittoon pääsystä ei ole vuositasolla vertailtavissa olevaa kehityskulkua. Korvaushoittoon, kuten muuallekin, pääsee (2014, 2015) hoitotakuun puitteissa. Sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaalihuollon henkilökunnan havaitsemat epäkohdat asiakkaan sosiaalihuollon toteuttamisessa kirjataan HaiProa¹⁰¹ vastaavaan SosPro-järjestelmään. SosProsta ei ole vielä saatavissa raportteja.¹⁰²

⁹⁹ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016. Saapumistapakoodi 6, poikkileikkaustilanne kuukauden viimeisenä päivänä, lähde BO.

¹⁰⁰ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

¹⁰¹ haitta- ja vaaratilanneilmoitusjärjestelmä.

¹⁰² Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 31.10.2016.



Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastossa asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuneet läheltä piti- ja haittatapahtumat raportoidaan HaiProon - terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. Psykiatria- ja päihdepalveluissa (kaikki työpisteet) HaiPro otettiin käyttöön loppuvuonna 2014. Tietoja on kokonaiselta kalenterivuodelta vuoden 2015 osalta. Vuonna 2015 psykiatria- ja päihdepalvelujen työpisteet tekivät 975 ilmoitusta, koko virastossa tehtiin 20 573 vaaratapahtumailmoitusta. Tammi-lokakuussa 2016 psykiatria- ja päihdepalvelujen työpisteet ovat tehneet 689 ilmoitusta. Tapahtumia raportoidaan HaiPro-järjestelmällä kiitettävästi.¹⁰³

Kuten taulukoista 2 ja 3 voidaan havaita, sosiaali- ja terveysviraston potilasvahinkojen kokonaismäärässä ei ole havaittavissa systemaattista trendiä. Sen sijaan niistä maksettavien korvausten summa on noussut vuosien 2014 ja 2015 välillä selvästi (56 prosenttia).¹⁰⁴

Taulukko 2 Korvattavien potilasvahinkojen lukumäärä v. 2006–2015¹⁰⁵

Vuosi	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Helsinki sote / lkm	35	49	34	32	48	44	28	38	41	41

Taulukko 3 Korvaukset 2005–2015, 1 000 €¹⁰⁶

Vuosi	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1000 €	259	199	300	379	349	369	327	256	264	355	553

Asiakastyytyväisyyskysely tehdään virastotasoisena. Viimeisin on tehty vuonna 2014, vuoden 2016 tulokset eivät ehtineet tähän arviointiin mukaan. Jotkut yksiköt tekevät omia asiakaskyselyitään. Yksittäisissä palveluissa käytetään asiakaspalautetta, muistutuksia ja kanteluita.¹⁰⁷

Muistutuksia ja kanteluita yksiköt ovat tilastoineet Digiumiin vuoden 2016 alusta. Uudessa organisaatiossa (sosiaali- ja terveysvirastossa) ei ole tilastoitu asiaa aiempina vuosina. Aikanaan terveyskeskuksessa tietoja ylläpidettiin manuaalisella keräyksellä.¹⁰⁸

¹⁰³ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 14.11.2016.

¹⁰⁴ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 14.11.2016.

¹⁰⁵ Sosiaali- ja terveysviraston potilasturvallisuusraportti 2015.

¹⁰⁶ Sosiaali- ja terveysviraston potilasturvallisuusraportti 2015.

¹⁰⁷ Psykiatria- ja päihdepalvelut 29.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016 ja Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

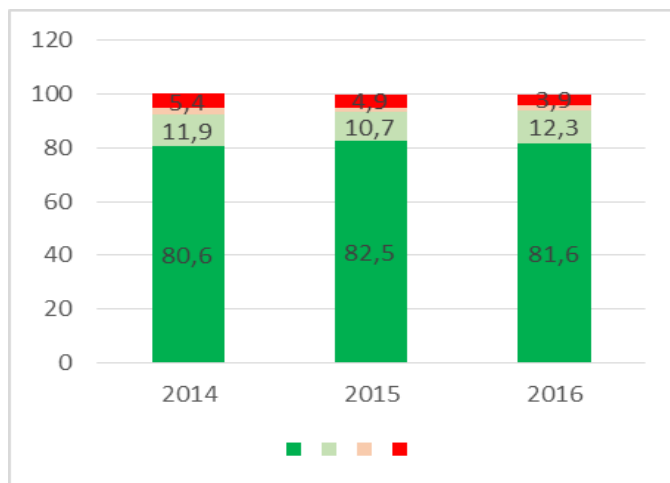
¹⁰⁸ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 14.11.2016.



Yhteydenotot potilas- ja sosiaaliasiamiehiin ovat pysyneet vuosien aikana samalla tasolla ja koskevat pääasiassa psykiatria. Vuosittain psykiatria- ja päihdepalveluihin liittyviä yhteydenottoja potilas- ja sosiaaliasiamiehille tulee noin 500 (vuonna 2015 potilasasiamiehelle 520 ja sosiaaliasiamiehelle 20).¹⁰⁹

Laadun seurannassa käytetään myös eri käyntityyppien seuranta (ikäryhmittäin ja koti-, verkosto-, perhe- ja ryhmäkäynnit, monisuorittajakäynnit). Koska psykiatriassa pyritään palvelujen monimuotoisuuteen hoidon tehokkuuden ja vaikuttavuuden saavuttamiseksi, käyntityyppien seurannalla pyritään tukemaan tätä. Määrät eivät kuvaa sellaisenaan palvelun laatua, mutta eri palvelumuotojen toteutuminen on osoitus laadukkaaseen, tuottavaan ja vaikuttavaan toimintaan pyrkimisestä. Uusien ja hoidon lopettaneiden sekä hoitoon tulleiden lähtö- ja jatkohoitotiedot kuvaavat lähinnä palveluprosessin sisäistä sujuvuutta.¹¹⁰

Psykiatria- ja päihdekeskukset ovat keränneet pikapalautetta (Happy or not) vuodesta 2014 alkaen. Tyytyväisyyden (kuviossa vihreällä värillä) voi sanoa hieman lisääntyneen kuvion 12 mukaisesti.



Kuvio 12 Psykiatria- ja päihdekeskusten pikapalautteen mukainen asiakastyytyväisyys 2014–2016¹¹¹

Sisäisen tarkastuksen vuonna 2016 laatimassa muistiossa alle 65-vuotiaita koskevien ostettavien asumispalvelujen laadunvalvonnan todettiin olevan tyydyttävällä tasolla.

¹⁰⁹ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 14.11.2016.

¹¹⁰ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

¹¹¹ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 7.11.2016. Vuoden 2016 tieto 1.1.–7.11.2016 asti. Vuoden 2014 tieto on 1.4.2014 alkaen.



Lopputulemana voidaan todeta, että palvelujen laatu on pysynyt lähes ennallaan, mutta kiireettömään hoitoon pääsy on parantunut ja asumispalveluihin pääsy heikentynyt.

2.4.4 Vaikuttavuus

Palvelun vaikuttavuutta mitataan yksittäisen asiakkaan/potilaan hoidossa kliinillä mittareilla (psykiatriassa esimerkiksi BDI-masennuskysely, MADRS-depressioasteikko) ja kirjallisessa hoitosuunnitelmassa. Kirjalliset työohjeet (hoitoprosessit) on tehty kansallisten Käypä hoito – suositusten mukaisesti. Kliinisistä mittaritiedoista ei saada koottua yhteenvetoraporttia potilastietojärjestelmästä. Työryhmät keräävät ja raportoivat hoitamiensa potilaiden tietoja manuaalisesti potilastietojärjestelmästä.¹¹²

Terveyspalveluissa seurataan palvelujen samanaikaista käyttöä ja erityyppisissä palveluissa käyneiden potilaiden osuuksia kalenterivuoden aikana (esimerkiksi sairaala- ja avohoito, psykiatria ja päivystys, psykiatria ja kotihoito).¹¹³ Tämä kuvaa hoidon vaikuttavuutta ja palvelujärjestelmän tehokkuutta. Palvelujärjestelmän tasolla tavoitteena on, että avohoidossa olevat potilaat käyttävät sairaalahoitoa vain avohoidon tukena, toisin sanoen mitä vähemmän avohoidossa olevilla potilailla on sairaalahoitopäiviä, niin sen parempi. Mitä paremmin tässä onnistutaan, sen vaikuttavampaa avohoidon voidaan olettaa olevan. Palvelujen samanaikaista käyttö seurataan myös niin sanotun pyöröovisyndrooman välttämiseksi, jotta ei synny tilannetta, jossa potilas ei jostain syystä ohjaudu tarpeensa mukaiseen hoitopaikkaan, vaan käy joka päivä esim. päivystyksessä.¹¹⁴ Vaikuttavuudesta ei ole kuitenkaan saatavissa mitattavaa tietoa.

Yhteenveto

Tuloksellisuuden osatekijöiden kehitystä voi kuvata oheisella tavalla:

¹¹² Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.

¹¹³ Psykiatria- ja päihdepalvelut 29.8.2016, vastaus tuloksellisuuden mittareita koskevaan arviointiin 2016.

¹¹⁴ Kehittämisen ja toiminnan tuki, vastaus lisätietopyyntöön 9.11.2016.



Taulukko 4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuloksellisuusmittareiden kehitys

Näkökulma	Toteutuminen
Taloudellisuus - päihdehuolto - psykiatria	päihdeh. asukaskohtaiset kustannukset alentuneet psyk. asukaskohtaiset kustannukset alentuneet laitoshoidossa, avohoidossa kohonneet
Tuottavuus/palveluprosessin sujuvuus	palvelujen sujuvuus parantunut kuormitus- ja käyttöasteiden kehitys vaihtelevaa
Laatu - asiakastytyväisyys - kiireettömään hoitoon pääsy - palveluasumiseen pääsy - muistutukset kante- lut, potilasvahingot	asiakastytyväisyys parantunut (pikapalaute) kiireettömään hoitoon pääsy parantunut palveluasumiseen pääsy heikentynyt muistutukset, kantelut, potilasvahingot pysyneet ennallaan
Vaikuttavuus	avohoito lisääntynyt ja laitoshoido vähentynyt, mutta palvelun vaikuttavuudelle ei ole saatavilla varsinaisia mittareita

Vaikuttaa siltä, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuloksellisuus on parantunut taloudellisuudella, palvelutuotannon sujuvuudella ja asiakastytyvyydellä mitattuna asumispalvelua lukuun ottamatta. Vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole saatavilla tietoa.

2.5 Kokoavat havainnot

Arvioinnin osakysymyksiin vastaaminen

1. Arvioinnin ensimmäinen osakysymys oli, saako päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitseva asukas hoidon tarpeen arvion, hoitosuunnitelman, hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti. Osakysymys on hyvin laaja. Tilanne on viime vuosina parantunut, mutta sekä johdon että työntekijöiden näkemysten mukaan vasta uuden terveys- ja hyvinvointikeskusmallin yhteisine tietojärjestelmineen uskotaan ratkaisevan hoidon tarpeen arviointiin, hoitosuunnitelmiin ja oikeisiin palveluihin ohjautumisen ongelmia perusteellisella tavalla. Asiakkaiden moniammatillista tunnistamista, moniammatillisten hoitosuunnitelmien laadintaa asiakaslähtöisesti sekä palveluohjaajia on lisätty terveys- ja hyvinvointikeskusten kokeiluissa. Kokeiluissa määrät ovat suuria, mutta toistaiseksi koko kaupungin tasolla toimintamalli ei ole vielä käytössä. Kysymykseen voidaan siis vastata, ei.
2. Arvioinnin toinen osakysymys oli, ovatko psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitospaikat lyhentyneet ja toistuvat sairaala- ja laitospaikat vähentyneet strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti. Sairaalahoito nähdään tukipalveluna avohoidolle. Laitospaikkoja on vähennetty



tavoitellusti samalla avohoitoa lisäten, mutta sairaala- ja laitospaikat eivät ole lyhentyneet. Sen sijaan psykiatrian toistuvat sairaalapaikat ovat vähentyneet, mutta päihdehuollosta ei ole saatavissa vastaavaa tilastoa. Kysymykseen voidaan vastata vain osittain kyllä. Sairaalapaikkoja pidentää muun muassa erityisryhmien asumisprosessin toimimattomuus. Vaikka hoitoon pääsy onkin parantunut muutoin, jonot asumispalveluun ovat yhä kasvaneet.

3. Kolmas osakysymys oli, onko työtapoja uudistettu strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti. Työtapoja on uudistettu. Akuuttivastaanottoa, liikkuvia palveluita, interventioita sekä kotiin vietäviä palveluita on selvästi lisätty. Psykiatria- ja päihdepalvelujen keskinäinen integraatio on syventynyt ja laajentunut myös osaksi terveysasemien toimintaa. Osakysymykseen voidaan vastata kyllä.
4. Arvioinnin neljäs osakysymys oli, onko sosiaali- ja terveysvirasto käynnistänyt sellaisten mittareiden kehittämisen, joilla voitaisiin seurata monisairaalan tai -ongelman hoidon toteutumista ja onnistumista kokonaisuutena. Virasto on käynnistänyt Triple Aim -ajattelun mukaisten mittareiden laadinnan, joka käsittää muun muassa vaikuttavuutta kuvaavat terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit. Osakysymykseen voidaan vastata kyllä.
5. Viides osakysymys oli, onko hoito toteutettu terveyskeskuksissa, sisätautien poliklinikalla ja psykiatria- ja päihdekeskuksissa tarkastuslautakunnan 2014 antamien suositusten mukaisesti, vastaako hoito tarvetta ja miten hoidon toteutuminen varmistetaan? Hoidon toteutumisen seuranta on alkamassa mittareiden laadinnan avulla. Depressio- ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoketju on parantunut jonkin verran. Voidaan sanoa, että tarkastuslautakunnan suositusten mukaisiin toimenpiteisiin on jossakin määrin ryhdytty, mutta hoito ei vielä toteudu suosituksen mukaisesti. Psykiatria- ja päihdepoliklinikan yksi ongelma on lääkäripula, joka ei ole helpottunut huolimatta aktiivisesta rekrytoinnista.¹¹⁵

3 JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvioinnin pääkysymys oli, ovatko Helsingin mielenterveys- ja päihdepalvelujen avohoidon saatavuutta ja riittävyttä koskevat kaupungin strategiaohjelman toimenpiteet toteutuneet. Kysymykseen voidaan vastata, että osa toimenpiteistä on toteutunut eli palveluiden saatavuutta ja riittävyttä on parannettu monella tapaa, mutta osa toimenpiteistä on vielä kesken.

¹¹⁵ Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti pohjoisen psykiatria- ja päihdekeskukseen 12.9.2016.



Työtapoja on uudistettu ja palveluita on integroitu toisiinsa. Yhteistyötä on kehitetty muiden keskeisten hoitoa antavien tahojen kanssa. Myös läheteettömyyttä ja etsivää työtä on lisätty. Avohoidon palveluita on vahvistettu laitoshoidon palveluiden vähentämisen rinnalla. Vasta tulevalla terveys- ja hyvinvointikeskus -mallilla pyritään ratkaisemaan useita ongelmaksi havaittuja asioita aina hoidon tarpeen arvioinnista, moniammatillisuudesta, hoitosuunnitelman laadinnasta yhtenäiseen tietojärjestelmään sekä hoidon seurantaan vastuushenkilöiden avulla. Myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen uskotaan olennaisesti paranevan uuden asiakassegmentoinnin ja palvelujen yhdistämisen avulla. Kokeiluja uudesta toimintamallista on jo käynnissä.

Psykiatria- ja päihdepalvelujen tuloksellisuuden kehitys on vaihtelevaa eikä vaikuttavuudesta ole saatavissa kuvaajaa. Helsingin päihdehuollon asukaskohtaiset kustannukset ovat laskeneet parin viime vuoden aikana. Muutos johtuu laitoshoidon asiakasmäärän vähenemisestä. Psykiatrian laitoshoidon asukaskohtaiset kustannukset ovat laskeneet erittäin paljon. Avopalveluita on puolestaan lisätty, joka näkyy asukaskohtaisten kustannusten nousuna. Palveluprosessien voidaan sanoa yleensä ottaen muuttuneen sujuvammaksi, vaikka tuottavuutta kuvaavista mittareista onkin vaikea osoittaa yhtä kehityssuuntaa. Kiireettömään hoitoon pääsy on parantunut asumispalveluja lukuun ottamatta ja asiakastytyväisyys on hieman kohonnut pikapalautteella mitattuna.

Arvioinnissa tuli esille, että asumisen hoitoketju ei ole sujuva, koska sosiaali- ja terveysviraston sekä kiinteistöviraston välillä on asumispalveluprosessiin liittyvä katkos eikä erityisryhmien asumista koordinoita riittävästi. Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmän loppuraportin 30.4.2016 mukaan prosessi paranisi muun muassa välivuokrauksen hallintoa selkiyttämällä siten, että välivuokraus siirretään kokonaisuudessaan kiinteistötoimen vastuulle ja sosiaali- ja terveysvirasto osoittaisi asukkaan. Lisäksi keskitetysti tulisi laatia nykyisten useiden pysyväisohjeiden korvaava tukiasuntojen asiakasryhmien asumista koskeva pysyväispäätös, joka ohjaisi sekä kiinteistötointa että sosiaali- ja terveystointia. Pysyväispäätöksessä jokaiselle asiakasryhmälle tulisi laatia yksiselitteiset selkeät periaatteet, joiden pohjalta tukiasuntopaikka myönnetään ja miten asukas voi siirtyä normaalin asumisen piiriin. Tämä edellyttää myös sosiaali- ja terveystoimen palvelujen kehittämistä siten, että erityisesti päihde- ja mielenterveysasiakkaat saavat asumisessaan tarvittavan tuen.¹¹⁶

Työntekijöiden näkökulmasta vaativien potilasryhmien vastaanottoaikoja tulisi pidentää sekä terveysasemilla että psykiatria- ja päihdepoliklinikoilla. Hoitosuunnitelmien yksinkertaistaminen, selkeyttäminen ja asiakkaiden itse asettamien riittävän konkreettisten ja realististen tavoitteiden asettaminen parantaisi asiakkaiden sitoutumista omaan hoitoonsa. Tämän ohella saatavilla tulisi

¹¹⁶ Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmä, loppuraportti 2016.



olla asiakkaan omaa vastuuta ja omahoitoa korostavia tietopaketteja, jotka kattavat tiedon myös muista saatavilla olevista palveluista. Informaation tulisi olla kaksisuuntaista asiakkaisiin nähden yhteydenottojen, sähköisen tiedotuksen ja muistutusten muodossa. Psykiatria- ja päihdepoliklinikoiden lääkäripuolaan tulisi pohtia ratkaisuja.

Tavoitteena oli arvioida, ovatko kaupungin järjestämät aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten avohoidon palvelut riittäviä suhteessa asumis- ja laitospalveluihin sekä vastaavatko ne asiakkaiden tarvetta. Asiakkaiden tarpeisiin vastaamista on aktiivisesti lisätty, mutta voidaan sanoa, ettei tässä onnistuta vielä täysin. Mikäli asiakassegmentointi sekä terveys- ja hyvinvointikeskusmalli onnistutaan toteuttamaan suunnitelmien mukaisesti, tämä tulee parantamaan tilannetta selvästi. Muun muassa kasvava moniammatillinen yhteistyö, vastuuhenkilömalli, hoito- ja palvelusuunnitelmien integrointi sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta ja mittaaminen saattavat osoittautua käytännön työssä vielä haasteelliseksi.

4 TOIMENPIDE-ESITYS JA LISÄTIEDOT

Tarkastuslautakunnan 2. jaosto hyväksyy muistion ja esittää, että aiheesta laaditaan arviointikertomuksen tekstiluonnos.

Arviointia koskevia lisätietoja antavat kaupunkitarkastajat Liisa Kähkönen, puhelin 310 36606 ja Jari J. Ritari, puhelin 310 36542.

Liisa Kähkönen

Jari J. Ritari

JAKELU Tarkastuslautakunnan 2. jaosto

LÄHTEET

Haastattelut ja arviointikäynnit:

Terveys- ja päihdepalvelujen vs. osastopäällikkö ja vs. psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja, sosiaali- ja terveysvirasto, terveys- ja päihdepalvelut -osasto sekä toiminnansuunnittelija, henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto, sosiaali- ja terveysvirasto 15.6.2016.

Tarkastuslautakunnan 2. jaoston arviointikäynti pohjoisen psykiatria- ja päihdekeskukseen 12.9.2016

**Sähköpostitiedustelut:**

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtoryhmä 20.10.2016

Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka, johtoryhmä 4.10.2016

Kiinteistöviraston asunto-osasto 30.9.2016

Sähköinen kysely:

Psykiatria- ja päihdekeskusten työntekijät 9.9.2016

Terveysasemien omalääkärit, omahoitajat ja mielenterveys- ja päihdetyöstä vastaavat sairaanhoitajat 9.9.2016

Muut lähteet:

Helsingin kaupungin tilinpäätös 2015.

Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön lupa- ja valvontavirasto Valvira. Ohje 3/2015
25.5.2015.

Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä vuosina 2013–2015, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto ja Kehittämisen ja toiminnan tuki -yksikkö 14.8.2015.

Kaupungin välivuokrausmenettelyn kehittäminen -työryhmä. Helsingin kaupunginkanslia, talous- ja suunnitteluosasto. Loppuraportti 30.4.2016.

Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2015. Kuusikko -työryhmän julkaisusarja 3/2016.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012

Mielenterveyslaki (1116/1990).

Mielenterveysasiakkaiden asumispalvelujen suunnitelma vuosille 2015–2016. Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto 19.11.2014.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (785/1992).



Päihdehuoltolaki (41/1986).

Päihde-, mielenterveysongelmaisten ja aikuisiän diabeetikkojen hoitoon pääsy sekä ikääntyvien pääsy kotihoitoon. Tarkastusviraston arviointimuistio 2014. Helsingin kaupunki.

Sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen. Tarkastusviraston arviointimuistio 2015. Helsingin kaupunki.

Strategiasuunnitelman 2014–2016 seuranta – katsaus tilanteesta 31.12.2015. Sosiaali- ja terveysvirasto, viraston johtoryhmä 1.3.2016

LIITTEET

Liite 1. Arvioinnin toteuttamissuunnitelma

Arviointiaihe		
Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus ja riittävyys		
Suunnitelman laatija Liisa Kähkönen		Pvm 2.6.2016
Arvioinnin ohjausryhmä 2. jaosto		
Aloittamisaika kesäkuu 2016	Valmistumisaika helmikuu 2017	Vastaava valmistelija, muut valmistelijat Liisa Kähkönen, Jari Ritari
Arviointiaiheen tausta		
Tavoitteena on arvioida, ovatko kaupungin järjestämät aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten avohoidon palvelut riittäviä suhteessa asumis- ja laitospalveluihin ja vastaavatko ne asiakkaiden tarvetta. Näitä edellytetään myös lainsäädännössä että Helsingin strategiaohjelmassa ja sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa.		
Säädöspohja		
Mielenterveyspalveluita annetaan mielenterveyslain ¹¹⁷ 1 §:n mukaan lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön perusteella. Lain 4 §:n mukaan mielenterveyspalvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan ”sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää”. Palvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina ja siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tue-		

¹¹⁷ 1116/1990



taan.

Päihdehuoltolain¹¹⁸ 7 §:n mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden käyttöön liittyvistä ongelmista kärsivälle ja tämän läheisille avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Lain 3 §:n mukaan kunnan on huolehdittava, että ”päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää”. Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Helsingin strategiaohjelman tavoitteet

Kaupungin strategiaohjelmassa 2013–2016 on tavoitteena, että

- Päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitseva asukas saa hoidon tarpeen arvion joutamatta sekä hoitosuunnitelman, hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa. Sen toimenpiteinä määritellään palveluketjun optimaalinen palvelurakenne ja odotusajat sekä nimetään avainasiakkaille palveluohjaaja.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti ja tarvittaessa läheteettömästi.
- Palvelun saatavuus paranee keskeisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa palvelulu-
pausten mukaisesti.
- Palvelun tulisi käynnistyä ensimmäisessä kohtaamispisteessä.
- Psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitosjaksot lyhenevät ja tois-
tuvat sairaala- ja laitosjaksot vähenevät. Toimenpiteenä vahvistetaan avohoidon
akuuttitoimintoja sekä sairaala- ja laitosjaksojen jatkohoitoja sekä vähennetään hal-
litusti sairaala- ja laitospaikkoja.
- Avohoidon palveluihin liittyvät myös kotiin vietävät palvelut. Strategiassa tavoitteena
on, että hoidon jatkuvuus turvataan henkilöstön työtapoja uudistamalla ja sen toi-
menpiteenä on ottaa jalkautuvat palvelut laajasti käyttöön, tunnistaa hoidon jatku-
vuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät, arvioida asiakkaan palvelutarve omassa
ympäristössä moniammatillisesti sekä lisätä kotikäyntejä.
- Asunnottomuuden vähentämiseen liittyen strategiaohjelmassa toimenpiteenä on
laatia yhteinen suunnitelma kaupungin eri virastojen yhteistyönä ja vahvistaa asu-
miskuntoutusohjelma psykiatria- ja päihdepalveluissa.
- Tavoitteita on lisäksi lastensuojelun asiakkaisiin ja ikäihmisiin liittyen. Lastensuoje-
lussa toimenpiteenä on puuttua varhain asiakaslasten vanhempien mielenterveys-
ja päihdeongelmiin. Strategian mukaan myös ikäihmisten päihdeongelmat tulisi ot-
taa huomioon.

Sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelmassa 2014–2016 toimenpiteinä ja mittareina on edellisten lisäksi, että

- Toimenpiteinä palvelulupaus määritellään perusterveydenhuollon, mielenterveys-
työn ja suun terveydenhuollon vastaanottopalveluille, joiden saatavuutta paranne-
taan sekä käynnistää seuranta psykiatria- ja päihdekeskusten asiakkaiden hoito-
suunnitelmista sekä hoidon keskeytyksistä. Tätä mitataan seuraavilla mittareilla:

¹¹⁸ 41/1986



palvelulupausten toteutuminen paranee puolivuotisseurannassa, hoidon keskeyttäneiden potilaiden ja asiakkaiden määrä vähenee ja hoitosuunnitelmien kattavuus kasvaa.

- Toimenpiteenä on muun muassa tarkoitus arvioida asiakas ja potilas hoitosuunnitelmaa varten lähtökohtaisesti vain kerran ja mahdollistaa suora ajanvaraus mm. päivystyksen, neuvoloiden ja kotihoidon sekä terveysasemien ja päihde- ja mielen-terveyskeskuksien välillä.
- Tavoitteen ”psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitoshakset lyhenevät” mittareina ovat sairaala- ja laitoshoidojaksojen hoitopäivät sekä asiakaskoh- taisten sairaala- ja laitoshaksojen lukumäärä.
- Työtapojen uudistamisen mittareina on, että hoidon jatkuvuuden kriteerit kriittisille asiakasryhmille on määritelty ja yhteistyöprosessit kuvattu sekä kotikäyntien määrä.

Tarkastuslautakunnan arvioinnit

Vuonna 2014 tarkastuslautakunta arvioi aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoitoon pääsyä osana palveluihin pääsyyn liittyvää arviointia, joka koski myös T2 -tyypin diabeetikkoja ja vanhusten kotihoitoa. Arvioinnin mukaan depression ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa on ongelmia. Joskus asiakas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä tilanteissa, jossa nopea apu olisi tarpeen. Tällaisia olivat erityisesti depressiopotilaat. Muun muassa psykiatrisia sairaanhoitajaresursseja ei ole terveysasemilla saatavilla riittävästi. Vaikka valtakunnallisten tilastojen mukaan lakisääteinen hoitoon pääsy toteutuu, terveyskeskuksen omalääkäreistä 57 prosenttia arvioi, että psykiatrian poliklinikalle pääsee huonosti tai melko huonosti. Psykiatrisen poliklinikan hoitoon on korkea kynnys. Mielenterveyspalvelujen hoitoketjussa on selvästi ongelmia.

Vuonna 2015 lautakunta arvioi sosiaali- ja terveysviraston yhdistämisen toteutumista valtuuston asettamien tavoitteiden mukaan, joista yksi oli, että uudessa sosiaali- ja terveysvirastossa huomioidaan mielenterveys- sekä päihdekuntoutujien monipuoliset asumispalvelut. Uuden psykiatria- ja päihdepalvelut -toimiston toiminta aloitettiin vuonna 2013. Arvioinnin 2015 mukaan palvelujen integrointi on kehittänyt mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan kaksoisdiagnoosipotilaan arviointia, hoitoonohjausta ja hoitoa.¹¹⁹ Psykiatrian kiireettömän hoidon osalta jonotusajat ovat lyhentyneet olennaisesti vuodesta 2014 vuoteen 2015. Arvioinnin mukaan psykiatriseen erikoissairaanhoitoon pääsy on tapahtunut lakisääteisten aikojen puitteissa. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hoitoketju asumisen osalta ei kuitenkaan ole parantunut.¹²⁰ Helsingin sosiaali- ja terveysviraston psykiatrisessa sairaalahoidossa ja asumiskuntoutuksessa olevia, palveluasumiseen tai kuntouttavaan asumispalveluun jonottavia oli toukokuun lopussa 2015 yhteensä 62 henkilöä ja heistä palveluasumiseen yli 28 vuorokautta jonottaneita oli 42. Aiemmin on arvioitu, että tukiasunnois-

¹¹⁹Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä vuosina 2013–2015, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto ja Kehittämisen ja toiminnan tuki -yksikkö 14.8.2015

¹²⁰ Katsaus asiakasosallisuudesta ja palveluprosessien kehittämisestä vuosina 2013–2015, Henkilöstö- ja kehittämispalvelut -osasto ja Kehittämisen ja toiminnan tuki -yksikkö 14.8.2015



sa asuu noin 300 asukasta, jotka voisivat siirtyä itsenäiseen asumiseen, jos asunto järjestyisi¹²¹.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palvelujen integroinnin haasteita on jonkin verran. Viraston tavoitteena on vähentää sairaala- ja laitospaikkoja hallitusti, mikä edellyttää mahdollisuutta oikea-aikaiseen vuodeosastopotilaiden uloskirjoitukseen ilman asumispalveluihin jonottamista sekä vuokra-asuntojen saamista tuetussa asumisessa oleville henkilöille. Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksojen suhteellinen määrä onkin vähentynyt Helsingissä suhteellisesti selvästi voimakkaammin kuin Espoossa, Vantaalla tai maassa keskimäärin THL:n Sotkanet.fi -tilastotietojen mukaan vuodesta 2005 vuoteen 2015. Kuitenkin hoitajaksot edelleen ovat keskimäärin pidempiä.¹²² Sosiaali- ja terveysvirasto on tehnyt yhteistyötä vuokra-asuntojen saamiseksi potilaiden käyttöön kiinteistöviraston kanssa. Tilanne ei ole kuitenkaan korjautunut, vaan jonossa on runsaasti mielenterveys- ja päihdekuntoutujia.¹²³

Tuloksellisuusnäkökulmat

Arvioinnissa käytetään tuloksellisuusmittareiden kehitystä taustatietoina, mikäli niitä saadaan ao. palvelujen osalta arvioinnissa "tuloksellisuuden mittaaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa." Erityistä huomiota kiinnitetään laatuun ja vaikuttavuuteen.

Aiheeseen liittyvien suositusten jälkiseuranta

Vuoden 2014 arvioinnin suositukset olivat

- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon on tehtävä nykyistä systemaattisemmin potilaiden ja asiakkaiden erilaisten sairauksien ja ongelmien moniammatillista tunnistamista.
- Terveysasemien, sisätautien-, psykiatrian- ja päihdepoliklinikoiden sekä kotihoidon tulee laatia kaikille monisairaille tai -ongelmaisille asiakkailleen hoito- tai palvelusuunnitelma moniammatillisesti asiakkaan kanssa asiakasta motivoiden siten, että hän ottaa itse vastuuta hoidostaan.
- Sosiaali- ja terveysviraston on määriteltävä useita palveluja tarvitseville asiakkaille palveluohjaaja strategiaohjelman 2013–2016 mukaisesti. Tällä hetkellä monisairaiden ja -ongelmaisten hoitoa koordinoiva taho käytännössä usein puuttuu.
- Terveysasemien ja päihde- ja psykiatriakeskusten tulee voimakkaasti kehittää psykiatria- ja päihdepalvelujen integraatiota käytännön työn tasolla. Erityisesti depression ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitoon pääsyä ja hoitoa tulee parantaa.

Vuoden 2015 sosiaali- ja terveysviraston yhdistämiseen liittyneen arvioinnin suositukset, jotka liittyivät teemaan, olivat

Sosiaali- ja terveysviraston tulee

- parantaa erityisesti päihde- ja mielenterveysasiakkaiden asumisen hoitoketjua,
- lisätä palveluneuvontaa ja ohjausta erityisesti haavoittuville asiakasryhmille ja vahvistaa asiakkaiden ja heidän omaistensa osallisuutta palvelujen sisällön määrittelyssä.

Vuoden 2014 suositusten seuranta voidaan liittää tähän arviointiin. Vuoden 2015 suositus-

¹²¹ Erityisryhmien asumisen selvitystyöryhmä 2013

¹²² Terveys- ja päihdepalvelut -osaston vastaus 6.10.2015

¹²³ Terveys- ja päihdepalvelut -osaston vastaus 6.10.2015



ten toteutumista tarkastellaan sosiaali- ja terveyslautakunnalta arviointikertomukseen 2015 saadun lausunnon perusteella.

Arviointikysymykset ja aineisto

Arvioinnin pääkysymys on, ovatko Helsingin mielenterveys- ja päihdepalvelujen avohoidon saatavuutta ja riittävyyttä koskevat strategiaohjelman toimenpiteet toteutuneet?

Pääkysymykseen vastataan arvioinnin osakysymysten avulla, jotka ovat seuraavat:

1. Saako päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitseva asukas hoidon tarpeen arvion, hoitosuunnitelman, hoidon, kuntoutuksen ja palvelut viiveettä oikeassa paikassa strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti?
2. Ovatko psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaiden sairaala- ja laitosjaksot lyhentyneet ja toistuvat sairaala- ja laitosjaksot vähentyneet strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti?
3. Onko työtapoja uudistettu strategian 2013–2016 tavoitteiden mukaisesti?
4. Onko sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus käynnistänyt sellaisten mittareiden kehittämisen, joilla voitaisiin seurata monisairaalan tai -ongelmaisen hoidon toteutumista ja onnistumista kokonaisuutena?
5. Onko hoito toteutettu terveyskeskuksissa, sisätautien poliklinikalla ja psykiatria- ja päihdekeskuksissa tarkastuslautakunnan 2014 antamien suositusten mukaisesti, vastaako hoito tarvetta ja miten hoidon toteutuminen varmistetaan?

Arvioinnin pääkysymykseen vastataan arvioinnin osakysymysten avulla. Strategiaa ja vuoden 2014 yleistä suositusta koskeviin kysymyksiin 1-4 voitaneen vastata osittain vuosien 2014 ja 2015 aineiston pohjalta, jonka lisäksi tehdään palveluista vastaaville henkilöille haastattelu. Kysymys 5 liittyy vuonna 2014 annettujen suositusten seurantaan, joista kaksi viimeistä kohtaa ovat otsikon mukaisia lisäkysymyksiä. Kysymykseen vastataan toteuttamalla kysely otoksena terveysasemien omahoitajille, lääkäreille sekä päihdehoitajille ja psykiatrisille sairaanhoitajille sekä sisätautien poliklinikalle. Lisäksi aiheesta tehdään kysely psykiatria- ja päihdekeskuksille ja niiden alaisille poliklinikoille.

Rajaukset

Arviointi rajataan koskemaan suositusten kohteena olleita terveysasemia ja psykiatria- ja päihdepalveluja. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja työterveyshuolto rajataan arvioinnin ulkopuolelle.



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen ja kaupunkitarkastaja Jari J. Ritari

Liite 2 Terveysasemien työntekijöiden vastausten keskiarvot (asteikolla 1-4)

	Kaikki vastaajat	etelän alueella	idän alueella	lännen alueella	poijosen alueella
	N=132	N=19	N=35	N=36	N=41
Hoitosuunnitelmassa	2,77	2,65	2,67	2,97	2,71
asiakas on itse määritellyt tarpeen ja tavoitteen	2,51	2,22	2,55	2,75	2,42
ammattilaisen rooli on sellainen, että omahoidon tuella asiakas voisi saavuttaa asettamansa tavoitteen	2,81	2,65	2,66	3,03	2,83
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan mikä on asiakkaan rooli	2,89	2,72	2,77	3,09	2,84
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan tulevat hoitotapahtumat	2,88	3	2,73	3,03	2,78
Yhteenveto	2,28	2,17	2,29	2,36	2,26

	Kaikki vastaajat	hoitajat	lääkärit
	N=132	N=75	N=53
Hoitosuunnitelmassa	2,77	2,72	2,81
asiakas on itse määritellyt tarpeen ja tavoitteen	2,51	2,51	2,44
ammattilaisen rooli on sellainen, että omahoidon tuella asiakas voisi saavuttaa asettamansa tavoitteen	2,81	2,74	2,88
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan mikä on asiakkaan rooli	2,89	2,78	3,05
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan tulevat hoitotapahtumat	2,88	2,84	2,9
Yhteenveto	2,28	2,21	2,36

ei koskaan	1,00–1,74
joskus	1,75–2,49
yleensä	2,50–3,24
aina	3,25–4,00



Johtava tuloksellisuustarkastaja Liisa Kähkönen ja kaupunkitarkastaja Jari J. Ritari

Liite 3 Psykiatria- ja päihdepalvelujen työntekijöiden vastausten keskiarvot (asteikolla 1-4)

	Kaikki vastaajat	etelän alueella	idän alueella	lännen alueella	pohjoisen alueella
	N=93	N=24	N=17	N=15	N=36
Hoitosuunnitelmassa	2,88	2,94	2,73	2,98	2,83
asiakas on itse määritellyt tarpeen ja tavoitteen	2,92	2,9	2,87	3,23	2,79
ammattilaisen rooli on sellainen, että omahoidon tuella asiakas voisi saavuttaa asettamansa tavoitteen	2,65	2,81	2,44	2,79	2,56
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan mikä on asiakkaan rooli	2,95	3,09	2,88	2,93	2,88
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan tulevat hoitotapahtumat	2,98	2,95	2,73	3	3,06
Yhteenveto	2,29	2,32	2,21	2,32	2,28

	Kaikki vastaajat	esimies	hoitotyöntekijä	erityistyöntekijä	lääkäri
	N=93	N=14	N=36	N=32	N=11
Hoitosuunnitelmassa	2,88	2,85	2,86	2,79	3,23
asiakas on itse määritellyt tarpeen ja tavoitteen	2,92	3	2,8	2,9	3,2
ammattilaisen rooli on sellainen, että omahoidon tuella asiakas voisi saavuttaa asettamansa tavoitteen	2,65	2,57	2,79	2,43	3
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan mikä on asiakkaan rooli	2,95	2,93	2,94	2,86	3,3
asiakas ja ammattilainen pystyvät hahmottamaan tulevat hoitotapahtumat	2,98	2,92	2,91	2,94	3,4
Yhteenveto	2,29	2,31	2,26	2,23	2,53

ei koskaan	1,00–1,74
joskus	1,75–2,49
yleensä	2,50–3,24
aina	3,25–4,00