

Kristian Wahlbeck, Outi Hietala, Lauri Kuosmanen,
David McDaid, Juha Mikkonen, Johannes Parkkonen,
Kaarina Reini, Samuel Salovuori, Jouni Tourunen

Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut

Helmikuu 2018

Valtioneuvoston selvitys-
ja tutkimustoiminnan
julkaisusarja 89/2017

KUVAILULEHTI

Julkaisija ja julkaisuaika	Valtioneuvoston kanslia, 7.2.2018		
Tekijät	Kristian Wahlbeck, Outi Hietala, Lauri Kuosmanen, David McDaid, Juha Mikkonen, Johannes Parkkonen, Kaarina Reini, Samuel Salovuori, Jouni Tourunen		
Julkaisun nimi	Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018		
Asiasanat	Mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, mielenterveystyö, sosiaalityö, kuntoutus		
Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot			
Julkaisuaika	Helmikuu, 2018	Sivuja 154	Kieli Suomi

Tiivistelmä

YhdessäMieli-hankkeen tavoitteena on ollut tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista päättäjille. Hanke toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, asiantuntijahaastatteluina, väestökyselynä ja kokemusasiantuntijoiden fokusryhmätyöskentelynä. Luonnos mielenterveys- ja päihdetyön toimivista malleista oli avoimesti kommentoitavissa Ota kantaa -sivustolla.

Keskeisenä näkökulmana korostui näyttöön perustuvien tai hyviksi käytännöiksi todettujen hoitomallien painottaminen. Päähavaintona nousee myös esille uusien ihmislähtöisten, osallisuutta ja vertaisuutta tukevien toimintamallien luomat mahdollisuudet uudistaa mielenterveys- ja päihdepalveluja. Tutkimusnäyttö puoltaa perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota perusterveydenhuoltoon. Monitoimijaiset mielenterveys- ja päihdepalvelut rakentuvat julkisia palveluja täydentävien järjestöjen palveluja hyödyntäen. Selvityksen mukaan mielenterveyspalveluihin ja mielenterveyden edistämiseen investoimalla on mahdollista vähentää mielenterveysongelmien epäsuoria kustannuksia – kuten tuottavuuskustannuksia – merkittävästi.

Liite 1. Haastatellut asiantuntijat

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2017 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare & utgivningsdatum	Statsrådets kansli, 7.2.2018		
Författare	Kristian Wahlbeck, Outi Hietala, Lauri Kuosmanen, David McDaid, Juha Mikkonen, Johannes Parkkonen, Kaarina Reini, Samuel Salovuori, Jouni Tourunen		
Publikationens namn	Fungerande modeller för mental- och missbrukarvården		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 89/2018		
Nyckelord	Mentalvård, missbrukarvård, vårdreformen, arbete för psykisk hälsa, socialt arbete, rehabilitering		
Publikationens delar /andra producerade versioner			
Utgivningsdatum	Februari, 2018	Sidantal 154	Språk finska

Sammandrag

Projektet SamSinne har haft som mål att producera ett evidensbaserat beslutsunderlag om fungerande modeller i mental- och missbrukarvården. Projektet bygger på översikter av forskningslitteraturen, sakkunnigintervjuer, en enkät och fokusgrupper med erfarenhetsexperten. Kommentarer som getts till ett förslag om fungerande modeller på portalen Din åsikt har beaktats.

En centralt perspektiv i rapporten är att betona modeller som är evidensbaserade eller har visats utgöra god praxis. En huvudobservation är möjligheterna att förnya mental- och missbrukarvården med nya människonära verksamhetsmodeller som betonar delaktighet och kamratstöd. Forskning stöder nyttan av att mental- och missbrukarvården på basnivå integreras med övrig primärvård. En fungerande mental- och missbrukarvård på flerpartsbas inkluderar den tredje sektorns kompletterande tjänster. Enligt utredningen är det möjligt att betydligt minska de indirekta kostnaderna av psykisk ohälsa, såsom bortfall av produktivitet, genom satsningar på att främja psykisk hälsa och på mentalvården.

Bilaga 1 Lista på sakkunniga som intervjuats

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2017 (tietokayttoon.fi/sv).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt.

DESCRIPTION

Publisher and release date	Prime Minister's Office, 7.2.2018		
Authors	Kristian Wahlbeck, Outi Hietala, Lauri Kuosmanen, David McDaid, Juha Mikkonen, Johannes Parkkonen, Kaarina Reini, Samuel Salovuori, Jouni Tourunen		
Title of publication	Effective mental health and substance abuse services		
Name of series and number of publication	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 89/2018		
Keywords	Mental health services, substance abuse services, social and healthcare reform, mental health action, social work, rehabilitation		
Other parts of publication/ other produced versions			
Release date	February, 2018	Pages 154	Language Finnish

Abstract

The objective of the MindsTogether project has been to provide decision makers with evidence-based information about effective models for mental health and addiction services. The project consisted of a literature review, expert interviews, general public survey, and focus group work with experts by experience. A draft of the effective mental health and substance abuse service models was openly available for comments on the *Ota kantaa* public participation portal.

Emphasising service models that are evidence-based or established good practices is highlighted as a key perspective in the report. The opportunities to reform mental health and substance abuse services that new operating models, which are person-centred and support inclusion and peer experience, have created also emerges as a main finding. Existing evidence supports integration of basic mental health and substance use services with primary care. A multi-stakeholder approach, which includes complementary services provided by the third sector, is recommended. According to the analysis, investing in mental health services and mental health promotion enables a significant reduction of indirect costs, like production costs, caused by mental health problems.

Appendix 1 Interviewed experts

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2017 (tietokayttoon.fi/en).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.

ESIPUHE

YhdessäMielin-hankkeen toteutuminen on ollut mahdollista vain laajan yhteistyön ansiosta. Haluankin kiittää kaikkia hankkeen tiedonkeruuseen osallistuneita, ja erityisesti tietoaan jakaneita asiantuntijoita, mukaan lukien hankkeeseen aktiivisesti osallistuneita kokemusasiantuntijoita. Hankkeen kyselyyn ja kansalaiskuulemiseen osallistuneita kansalaisia ympäri Suomea haluan kiittää arvokkaista ja raportin kannalta varsin hyödyllisistä näkökulmista.

Erityisen kiitoksen ansaitsevat hankkeen ohjausryhmän jäsenet, jotka aktiivisesti ja asiantuntevasti ohjasivat työtä niin hankkeen alussa tehtävien rajaamisessa, matkan varrella työn suuntaamisessa ja tarkentamisessa, sekä raporttia kommentoimalla sisällön kirkastamisessa ja muotoilussa. Hankkeen ohjausryhmässä on puheenjohtajana toiminut Helena Vormo sosiaali- ja terveysministeriöstä. Vastuuministeriön muina edustajina ohjausryhmässä ovat toimineet Antti Hautaniemi (13.10. alkaen), Lotta Hämeen-Anttila, Virve Flinkkilä (13.10. alkaen), Kirsi Kaikko, Päivi Kaukonen, Saara Leppinen (13.10. alkaen), Carolina Sierimo (13.10. saakka) ja Linda Soikkeli. Tuula Tiainen on toiminut ympäristöministeriön edustajana ohjausryhmässä.

Olen kiitollinen erinomaista yhteistyötä tehneelle monitieteiselle tutkijaryhmälle ja sen taustayhteisöille. Tutkijaryhmän jäsenet ovat sitoumuksellaan ja asiantuntevuksellaan mahdollistaneet nyt käsillä olevan kattavan raportin mielenterveys- ja päihdetyön toimivista malleista. Suomen Mielenterveysseuran puolelta tiedonkeruuta ja aineiston analyysia koordinoi Juha Mikkonen, väestökyselystä vastasi Johannes Parkkonen ja loppuraportin toimittamisesta on vastannut Samuel Salovuori. A-klinikkasäätiön asiantuntemusta hankkeeseen on tuonut Jouni Tourunen. Evipro Oy:n asiantuntijat Outi Hietalan ja Lauri Kuosmasen vastuualueina on ollut mallit palveluiden tavoitettavuuden parantamiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi palvelujen käytössä. Kansainväliset kokemukset monituottajamallista on koonnut David McDaid, London School of Economics and Political Science. Kaarina Reini Åbo Akademin Vaasan yksiköstä on vastannut raportin terveystaloudellisesta analyysista.

Hankkeen nimen mukaisesti lukijan kädessä on nyt tavanomaista asiantuntijayhteistyötä laajemman työn tulos. Toivomme että kansalais- ja kokemusnäkökulmalla rikastetulla työstämme on hyötyä suomalaisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen uudistamisessa, osana sosiaali- ja terveydenhuollon laajempaa uudistustyötä.

Helsingissä 10.1.2018

Kristian Wahlbeck

Psykiatrian dosentti, hankejohtaja

Kehitysjohtaja, Suomen Mielenterveysseura

SISÄLLYS

YHTEENVETO	12
1. JOHDANTO	15
1.1. Hankkeen tausta	15
1.2. Hankkeen tavoitteet	16
2. MENETELMÄT	17
2.1 Kirjallisuuskatsaus.....	17
2.2. Kyselytutkimus	17
2.3. Asiantuntijahaastattelut.....	18
2.4. Kokemusasiantuntijoiden fokusryhmät	19
2.5. Kansalaiskuuleminen	19
2.6. Taloudellinen analyysi.....	20
3. TULOKSET	21
3.1. Tavoittaminen: Koti- ja ulkomaiset toimivat mallit apua tarvitsevien tavoittamiseksi	21
3.1.1. Kirjallisuuskatsaus: tavoittaminen	21
3.1.2. Kyselytutkimus	24
3.1.3. Keskeiset haastatteluhavainnot	24
3.1.4. Kokemustieto	26
3.1.5. Kansalaiskuuleminen	26
3.1.6. Pohdinta	27
3.1.7. Hyvät mallit apua tarvitsevien tavoittamiseksi	27
3.2. Koti- ja ulkomaiset mallit mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiosta	28
3.2.1. Kirjallisuuskatsaus: integraatio.....	29
3.2.2. Väestökyselyn tuloksia.....	32
3.2.3. Keskeiset havainnot asiantuntijahaastatteluista	34
3.2.4. Kokemustieto	36
3.2.5. Kansalaiskuuleminen	37
3.2.6. Yhteenveto ja suositukset	37
3.3. Ulkomaiset mallit mielenterveys- ja päihdepalvelujen monituottajamalleista	38

3.3.1. Multiple Service Provision Models: Core Findings.....	40
3.3.2. Promoting choice through financing mechanisms: experience with vouchers and personal budgets in mental health.....	45
3.3.3. Recommendations	51
3.4. Koti ja ulkomaiset mallit sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden sektoreiden koordinaatiosta.....	53
3.4.1. Havaintoja kirjallisuudesta: poikkisektoriaalisuus	54
3.4.2. Kyselyn tuloksia	56
3.4.3. Havaintoja asiantuntijahaastatteluista.....	59
3.4.4. Kokemustieto	61
3.4.5. Kansalaiskuuleminen	62
3.4.6. Yhteenveto ja suositukset.....	62
3.5. Väestöryhmät: Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytön eroja vähentävät järjestelmäpiirteet.....	63
3.5.1. Eriarvoisuuden vähentämisen haasteet.....	64
3.5.2. Apua ja hoitoa tarvitsevien tavoittaminen arjessa.....	66
3.5.3. Palveluihin pääsyn helpottaminen	68
3.5.4. Yhteisöllisyyttä ja vertaistukea	71
3.5.5. Palveluprosessin joustava koordinointi ja kuilujen ylittäminen	73
3.5.6. Kuntoutuksen kynnysten madaltaminen ja joustavat palvelumallit.....	77
3.5.7. Luottamuksen rakentaminen asiakkaiden ja palveluissa työskentelevien välillä	81
3.5.8. Johtopäätökset ja suositukset.....	82
3.6. Kustannukset: Mielenterveyspalvelujen kustannusvaikutukset	83
3.6.1. Ennaltaehkäisy ja varhaisen puuttumisen kustannusvaikutukset.....	84
3.6.2. Hoitoketjujen katkeamisen kustannusvaikutukset	88
3.6.3. Hoidon laajentamisen kustannusvaikutukset.....	89
3.6.4. Simuloinnit.....	90
3.6.5. Pohdinta	94
3.6.6. Suositukset.....	94
3.7. Mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattorit	95
3.7.1. Kirjallisuuskatsaus: osoittimet	96
3.7.2. Kyselytuloksia	103
3.7.3. Haastattelutuloksia: Mitä tietoa on saatavilla ja mistä tarvitaan lisätietoa	104
3.7.4. Kokemustieto	106
3.7.6. Kansalaiskuuleminen	107
3.7.7. Yhteenveto	107
3.7.8. Suositukset koskien mielenterveys- ja päihdepalvelujen avainindikaattoreita .	110

3.8. Terveys- ja sosiaalipäivystyksen uudistusten vaikutukset paljon palveluja tarvitsevien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osalta.....	111
3.8.1. Kirjallisuuskatsaus: päivystys.....	112
3.8.2. Kyselytutkimuksen tulokset.....	117
3.8.3. Asiantuntijahaastattelut.....	118
3.8.4. Kokemustieto	118
3.8.5. Kansalaiskuuleminen	119
3.8.6. Pohdinta	120
3.8.7. Suositukset.....	121
4. Pohdinta	122
4.1. Mielenterveyspalveluiden taloudelliset vaikutukset	122
4.2. Monituottajamallit	123
4.3. Päivystysuudistus.....	124
4.4. Palveluiden integraatio.....	125
4.5. Hoidon saatavuus	126
4.6. Toimivat mallit mielenterveys- ja päihdetyössä	126
4.7. Palvelukäytön eriarvoisuuden vähentäminen	127
LIITTEET	129
LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA	130

SANASTO

Henkilökohtaistaminen

Henkilökohtaistamisella tarkoitetaan palveluita läpäisevää ajattelu- ja toimintatapaa, jossa avun tarvitsijaan suhtaudutaan tasaveroisena kumppanina niin heidän palveluidensa suunnittelussa kuin niiden kehittämisessä ja arvioinnissa. Asiakkaan tarpeita ja valintoja kohdellaan arvostavasti huomioimalla hänen kulttuurinen ja sosiaalinen kontekstinsa.

Integraatio

Tässä raportissa integraatiota tarkastellaan palveluiden käyttäjän näkökulmasta. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa se tarkoittaa perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erityis- palvelujen saumatonta yhteistyötä asiakkaan yksilöllisen hoitosuunnitelman toteuttamiseksi. Mielenterveys- ja päihdeongelmien kokonaisvaltainen ja vaikuttava hoito edellyttää lähes aina tällaista integraatiota.

Jalkautuva ja liikkuva työ

Jalkautuvalla sosiaalityöllä ja terveydenhuollon liikkuvalla avohoidolla tarkoitetaan tässä raportissa erikseen tai yhdessä tarjottavaa helposti tavoitettavissa oleva palvelua, joka vie- dään sinne missä sitä tarvitsevat ihmiset ovat.

Lyhytneuvonta

Lyhytneuvonnalla eli mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholin riskikuluttajan lyhyttä neuvontaa, joka sisältää alkoholin kulutuksen kartoittamisen, neu- vonnan runsaan kulutuksen merkityksestä potilaan omalle terveydelle suhteessa koettuihin oireisiin sekä käytön vähentämisen hyödyistä ja keinoista. Usein annetaan myös kirjallisia neuvoja. Potilas itse päättää, millaisen tavoitteen hän haluaa itselleen asettaa. Potilaan oma halu muutokseen huomioidaan ja sitä tai sen puutetta myös kunnioitetaan. Potilaan toimin- nan tai ratkaisujen moralisointi ei kuulu mini-interventiohoitoon.

Matalan kynnyksen palvelu

Matalan kynnyksen palveluun ei tarvitse varata aikaa, ei vaadita lähetettä ja sinne voi päästä usein virka-ajan ulkopuolellakin. Myös psyykkisten esteiden, epäluottamuksen ja val- vonnan pelon purkaminen on osa kynnyksen madaltamista. Fyysisten esteiden purkaminen tarkoittaa sopivaa, helposti saavutettavaa sijaintia. Sosiaalisten kynnysten madaltaminen edellyttää kulttuuri- ja sukupolieroihin, ikärakenteeseen sekä palveluiden leimaavuuteen liittyvien esteiden poistamista. Taloudellinen esteettömyys tarkoittaa ilmaisia tai hyvin edulli- sia palveluita sekä tukea julkisten liikennevälineiden käyttöön palveluihin pääsemiseksi. Henkilöstön, aukioloaikojen ja käytäntöjen pysyvyys ovat tärkeitä tekijöitä, kuten myös oi- keus päihtyneenä ja anonyyminä asioimiseen sekä luopuminen asiakkaaseen kohdistuvista liiallisista muutos- ja sitoutumisvaatimuksista.

Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan sekä sosiaalihuollon mielenterveyspalveluja että terveydenhuollon mielenterveyspalveluja.

Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, joka tukee hyvän mielenterveyden toteutumista ja jonka tavoitteena on vahvistavien ja suojaavien tekijöiden lisääminen. Mielenterveyden edistämistä voidaan toteuttaa yhteisö- tai yksilötasolla

Mielenterveysongelma

Mielenterveysongelmalle ei ole tarkkaa määritelmää, mutta lähes jokainen kohtaa niitä joskus elämässään, esimerkiksi unettomuuden, ahdistuneisuuden, masentuneisuuden tai päihdeongelman muodossa.

Mielenterveyden häiriö

Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 määrittelee milloin on kyse mielenterveyden häiriöstä ja milloin ei. Myös päihdeongelmat luokitellaan mielenterveyden häiriöiksi. Elämänsä aikana noin puolet suomalaisista sairastuvat johonkin mielenterveyden häiriöön.

Monitoimijainen yhteistyö

Monitoimijainen yhteistyö on asiakaslähtöinen yhteinen toiminta, johon asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheisensä lisäksi osallistuvat sekä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon että järjestösektorin edustajia.

Palveluluotsi

Tässä raportissa käytetään termiä palveluluotsi kuvaamaan työntekijää, joka pidempiaikaisesti asiakkaan rinnalla auttaa asiakasta löytämään ja kiinnittymään hänen tarpeisiinsa parhaiten vastaaviin palveluihin. Luotsina toimiminen voi olla osa työntekijän muuta asiakastyötä, mutta hänen tulisi olla erityisen hyvin perillä siitä, mitä asiakkaalle kuuluu, missä hän on ja millaisia palveluita, hoitoja ja etuuksia hänellä kussakin kohdassa on käytössään ja mitä hänelle on tarkoituksenmukaista tarjota. Tarvittaessa palveluluotsi jalkautuu asiakkaan luo. Viranomaisena ja päätöksentekijänä hänellä tulee olla käytössään sekä sosiaali- että terveydenhuollon tietojärjestelmät tai sitten hän voi toimia kolmannella tai yksityisellä sektorilla edunvalvontaan painottuvista lähtökohdista. Molemmissa tapauksissa hän asiakaslähtöisesti kutsuu koolle sekä koordinoi moniammatillisia ryhmiä ja verkostoja, joihin asiakas itse sekä hänen valitsemansa läheiset (omainen, tukihenkilö ja vaikkapa kokemusasiantuntija) osallistuvat.

Palveluohjaus

Palveluohjaus on toimintaa, jonka avulla pyritään sovittamaan asiakkaan palvelut paremmin yhteen, edistämään näin palvelujen kohdentamista sekä tarjoamaan asiakkaalle hänen tar-

vitsemiaan palveluita. Tehostettu palveluohjaus (Intensive case management) on yksi palveluohjauksen muodoista, jossa työntekijällä on korkeintaan 20 ohjattavaa. Siinä tarkoituksena on määrittää ihmisten yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niiden kanssa yhteensopivat palvelut. Tehostetussa palveluohjauksessa on päämääränä palvelujen keskitetty ja vastuullinen koordinointi yhdessä palvelujen käyttäjän kanssa.

Selviämisasema

Selviämisasema on terveydenhuollon vastuulla olevaan hoidollinen palvelu, joka usein toimii yhteistyössä poliisin kanssa. Fyysisesti selviämisasema voi sijoittua eri paikkoihin (poliisi-asema, päihdehuollon yksikkö, terveydenhuollon yksikkö tai päivystys).

Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään edistämään erityisesti asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä. Sen tavoitteena on puuttua asiakkaan arjen- ja elämänhallinnan ongelmiin, edistää osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, auttaa sosiaalisissa suhteissa ja tilanteissa selviämistä sekä tukea asiakkaan voimaantumista. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on myös parantaa ihmisen työelämävalmiuksia joko välillisesti tai välittömästi.

Toipumisorientaatio

Päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyen toipumisorientaatiolla viitataan yksilöllisesti muovautuviin toipumispolkuihin, joihin liittyvät keskeisesti merkityksellisyyden ja toiveikkouden kokemukset sekä myönteisten voimavarojen kasvattaminen. Osallisuudella ja yhteisöön liittymisellä on keskeinen asema toipumisorientaatioissa.

Yhteispäivystys

Tässä raportissa yhteispäivystyksellä tarkoitetaan saman katon alla olevaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä riippumatta siitä, ovatko hallinto ja resurssit yhteiset tai erilliset.

YHTEENVETO

Mielenterveyden häiriöt ja niihin lukeutuvat päihdeongelmat ovat kansanterveyshaaste. Väestön fyysisen terveyden parantuessa mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus suomalaisesta sairaustaakasta kasvaa. Joka neljäs sairauslomapäivä johtuu mielenterveyden ongelmista. Puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia ja osuus on kasvamassa. Mielenterveyden ongelmat ovat Suomessa keskeisin syrjäytymiseen johtava tekijä. Mielenterveyden häiriöiden kustannukset ovat noin kuusi miljardia vuodessa. Alkoholin muutokset tulevat erittäin todennäköisesti lisäämään kustannuksia.

Mielenterveyden ongelmien kasvavasta merkityksestä huolimatta yhä pienempi osuus kuntien terveydenhuollon menoista ohjautuu mielenterveyspalveluihin. Vuonna 2000 mielenterveyspalvelujen osuus oli 5,5 % ja vuonna 2015 osuus oli enää 4,3 %. Suhteellinen panostus mielenterveyden ongelmien häiriöiden hoitoon on vähentynyt samalla kuin niiden merkitys on kasvanut. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjonta ei jakaudu alueellisesti, väestöryhmittäin tai diagnosoitavuuksittain oikeudenmukaisesti. Palvelujen saatavuudessa, oikea-aikaisuudessa ja integraatiossa on suuria ongelmia. Nämä puutteet lisäävät kustannuksia.

Laadukkaat mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat saavutettavissa, käyttävät vaikuttavia työmenetelmiä, kunnioittavat asiakkaan oikeuksia, lisäävät osallisuutta, tarjoavat kuntoutumista tukevia mahdollisuuksia ja vähentävät eriarvoisuutta. Heikko asiakaslähtöisyys, puuttuva sektoreiden välinen yhteistyö ja olemassa olevien resurssien, kuten kokemusasiantuntijuiden ja vertaistuen, hyödyntämättä jättäminen ovat nykyjärjestelmän kipupisteitä.

Mielenterveyden ja päihdehaittojen kansanterveydellisestä ja -taloudellisesta merkityksestä huolimatta mielenterveys- ja päihdekysymykset ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa (sote-uudistuksessa) katveessa. YhdessäMieli-hankkeen tavoitteena on osaltaan vähentää tätä katvetta tuomalla tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista päätösten tueksi.

Hanke toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, asiantuntijahaastatteluina, väestökyselynä ja kokemus-asiantuntijoiden fokusryhmätyöskentelynä. Luonnos mielenterveys- ja päihdetyön toimivista malleista oli avoimesti kommentoitavissa Ota kantaa -sivustolla.

Selvitystyön mukaan mielenterveyden häiriöistä johtuva taloudellinen taakka muodostuu pääosin toimintakyvyn heikkenemisestä. Ulkomaisten tutkimusten valossa näyttää todennäköiseltä, että kustannus tulee kasvamaan ilman mielenterveyden tehostamista. Ennaltaehkäisevillä ja varhaisen puuttumisen toimilla on merkittävää vaikutusta kustannuksiin. Mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauspäiväraha-kaudet pienentävät bruttokansantuotetta 0,3–0,4 prosenttia. Jos mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vähenisi 10–15 prosenttia, bruttokansantuote vahvistuisi 0,3–0,5 prosentilla. Investoimalla kunnissa ja maakunnissa mielenterveyden edistämiseen, osatyökyisten paluuseen työmarkkinoille ja mielenterveyspalveluihin on mahdollista saada säästöjä useilla sektoreilla sekä saada pienennettyä epäsuoria kustannuksia kuten tuottavuuskustannuksia merkittävästi.

Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus suosittaa, että perustasolla mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi integroida muuhun terveydenhuoltoon. Parhaimmillaan tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisemman lähestymistavan, lisää palveluiden saavutettavuutta ja vähentää stigmaa eli häpeäilemää. Integraation tulee kattaa hoidon rahoituksen, vahvan järjestämisen ja vai-

kuttavan tuottamisen. Perustasoa tuetaan joustavin konsultaatioin. Integraatiota tukevia raportissa esiteltäviä perustason toimintamalleja ovat yksilöllinen integroitu hoitosuunnitelma, kolmiomalli ja terveyshyötymalli.

Monituottajamallit asiakaseteleineen ja henkilökohtaisine budjetiteineen tukevat toipumisorientaation mukaista palvelutoimintaa ja asettavat asiakkaan nykyistä paremmin keskiöön. Valinnanvapauden lisääminen henkilökohtaisella budjetilla tukee mielenterveys- ja päihdekuntoutujien voimaantumista ja toimijuutta, jolloin asiakastyytyväisyys on parempi kuin tavanomaisissa tavoissa tarjota palveluja. Tutkimustiedon mukaan asiakaseteleillä tai henkilökohtaisella budjetilla ei saavuteta säästöjä, minkä vuoksi tulee varautua järjestelmän vaatimiin lisäkustannuksiin tuottajien valvonnassa, järjestäjän taloushallinnossa ja ennen kaikkea asiakasohjauksessa. Asiakasohjaukseen tarvitaan palvelutuottajista riippumattomia palveluluotseja, joilla on laaja ymmärrys palvelukentästä myös perinteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkopuolelta.

Toimivaksi todettuja malleja sosiaali- ja terveyssektorin ja muiden sektoreiden yhteistyöhön ovat yksilöllinen työhön sijoituksen ja tuen malli (IPS-malli), klubitalomalli, Asunto ensin – malli ja omaan asuntoon viety arjen tuki. Sektoreiden välistä yhteistyötä edistää päätöksenteon tueksi rakennettuja malleja, kuten sähköinen hyvinvointikertomus tai mielenterveysvai- kutusten arviointimalli.

Kotimaiset kokemukset matalan kynnyksen päivystyspalveluista mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ovat lupaavia. Järjestöjen kanssa toteutettu monitoimijainen päivystys tarjoaa mahdollisuuden paremmin auttaa paljon palveluja käyttäviä mielenterveys ja päihdeasiak- kaita. Harventuvan päivystysverkon johdosta matka lähimpään päivystyspisteeseen kasvaa, jolloin myös ensihoitoyksiköiden rooli kasvaa. Paljon palveluja tarvitsevien mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon haasteet ensihoidossa ja päivystyksessä ovat henkilöstön osaami- sessa, käännyttämiskäytännöissä sekä turvallisessa ja paneutuvassa kohtaamisessa. Hoi- don laadun parantamiseksi keskeisiä toimenpiteitä ovat henkilöstön mielenterveysosaami- sen vahvistaminen, työkalupakki toiminnan tueksi, erikoistuneiden mielenterveys- ja päihde- työntekijöiden sijoittaminen päivystykseen sekä tiedonvaihdon parantaminen toimijoiden vä- lillä. Läheltä saatavat ja vertaistukeen nojaavat matalan kynnyksen järjestöjen palvelut voi- vat ehkäistä päivystykseen hakeutumista tarjoamalla välitöntä kriisiapua.

Selvityksen mukaan hoidon saavutettavuuden turvaamiseksi ja hoidon kokoamiseksi yksilöl- lisen hoitosuunnitelman mukaisesti tarvitaan perusterveydenhuoltoon vahvaa mielenter- veys- ja päihdetyön osaamista. Perustasolla tulee olla helposti saavutettavissa yleislääkärin palveluiden lisäksi mielenterveys- ja päihdeammattilaisten sekä kokemusasiantuntijoiden palveluja. Nopea pääsy lyhyeen psykoterapiaan perustason palveluista (IAPT-malli) sekä omaisten tarpeiden huomiointi ehkäisevät ongelmien monimutkaistumista. Näiden sisäänkä- veltävien ja leimaamattomien peruspalvelujen lisäksi tarjolla tulee olla verkko- ja puhelinpal- veluja (omahoito-ohjelmia ja verkkopsykoterapiaa) sekä arkilähtöisiä päivätöimintoja.

Sosiaalityön toteuttamalla palvelujen koordinaatiolla ja palveluohjauksella voidaan vähentää eriarvoisuutta palvelujen käytössä, ja sitä voidaan tarvittaessa täydentää palveluluotsin to- teuttamalla tehostetulla palveluohjauksella ja jalkautuvalla työllä. Erityisesti työryhmäpohjai- nen tehostettu avohoito (ACT-malli) lisää hoidon piirissä pysymistä ja vähentää sairaalahoi- toja.

Sosiaali- ja terveysministeriön KUVA-työryhmä on listannut 83 indikaattoriehdotusta mielen- terveys- ja päihdepalveluihin. Ehdotuksista voidaan muodostaa palvelujen kustannuksia, toi-

mintaa ja vaikuttavuutta koskevat avainindikaattorit. Avainindikaattoreita tulee kuitenkin täydentää palvelujen saavutettavuutta ja saatavuutta, turvallisuutta, henkilökuntaa, asiakaskokemusta ja kokemusasiantuntijuutta koskevilla laatuindikaattoreilla.

YhdessäMielin-hankkeen asiantuntijahaastatteluissa ja kirjallisuuskatsauksessa yhtenä keskeisenä näkökulmana korostui näyttöön perustuvien tai hyviksi käytännöiksi todettujen hoitomallien painottaminen. Päähavaintona nousee myös esille uusien ihmislähtöisten, osallisuutta ja vertaisuutta tukevien toimintamallien luomat mahdollisuudet uudistaa mielenterveys- ja päihdepalveluja. YhdessäMielin-hankkeen esittelemät toimivat mallit mielenterveys- ja päihdetyöhön on koottu alla olevaan taulukkoon (suluissa olevat numerot viittaavat raportin osioihin):

Kunnat

- Mielenterveyttä määrittävien tekijöiden ja väestön mielenterveyden seuraaminen kunnan sähköisessä hyvinvointikertomuksessa (kts osio 3.4, 3.7)
- Päätösten mielenterveysvaikutusten arviointi (3.4)
- Mielenterveyden edistäminen kouluissa (3.6)
- Vanhemmuuden tukeminen (3.6)
- Etsivän nuorisotyön Aikalisä-malli (3.6)
- Asunto ensin -malli (3.4)
- Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kulttuuri-, sivistys- ja liikunta- sekä työllisyyspalveluiden käytön helpottaminen (3.5)

Maakuntien kasvupalvelut

- Yksilöllisen työhön sijoituksen ja tuen malli (IPS-malli) (3.4)

Ensihoito ja päivystys

- Triage-ohjeistuksen kehittäminen ja henkilöstön kouluttaminen (3.8.)
- Monitoimijapäivystys (3.8)
- Itsemurhien ehkäisyn malli (ASSIP) (3.8)
- Lyhytneuvonta (3.8)
- Päivystykseen kytketty selviämishoito sekä katkaisuhuitoon ohjaus (3.5)

Sote-keskukset

- Lyhytneuvonta (3.8)
- Nopea pääsy lyhytpsykoterapiaan (IAPT-malli) (3.1)
- Yksilöllinen integroitu hoitosuunnitelma, vastuuhenkilö ja palveluohjaus (3.2, 3.5)
- Vanhemmuuden tukeminen (3.6)
- Kolmiomalli (3.2)
- Terveystyömalli (3.2)
- Kokemusasiantuntijatoiminnan integrointi palveluihin (3.1, 3.5)

Maakunnan liikelaitos

- Yhteen yksikköön tai organisaatioon integroidut, matalan kynnyksen avun & kohtaamispaikan, hoidon ja kuntoutuksen kattavat palvelukokonaisuudet (3.5)
- Sähköiset omahoito-ohjelmat ja verkkopsykoterapiat (3.1)
- Perustason tukeminen kolmiomallissa (3.2)
- Tehostettu palveluohjaus (3.2, 3.5)
- Jalkautuva erityistyö (ACT-malli 3.1, etsivä ja jalkautuva sosiaalityö 3.5)
- Ympäri vuorokautinen pääsy selviämishoitoon, josta yhteys katkaisuhuitoon (3.5.)
- Kokemusasiantuntijakoulutuksen järjestäminen (3.1)
- Vanhemmuuden tukeminen (3.6)

Kansalaisjärjestöjen avustettava toiminta

- Etsivä ja jalkautuva työ sekä ruohojuuritason verkostotyö (3.5.)
- Kokemusasiantuntimukseen ja vapaaehtoisuuteen perustuva auttaminen (3.5, 3.8)
- Väestölle suunnatut mielenterveyden ensiapu-koulutukset (3.1)
- Arkilähtöinen osallistava päivätoiminta (3.5)
- Klubitalomalli (3.4)

1. JOHDANTO

1.1. Hankkeen tausta

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kasvava kansanterveyshaaste. Suomalaisten fyysinen terveys paranee, mutta nykyinen palvelujärjestelmä ei ole pystynyt lisäämään psyykkistä hyvinvointia. Palvelujärjestelmä on pirstoutunut, resurssit eivät kohdennu oikein ja mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuus on vailla strategista ohjausta.¹ Palveluita tarjotaan järjestelmälähtöisesti ja niiden saatavuus on heikko. Varhaisen avun puuttuessa ihmisten ongelmat monimutkaistuvat ja pitkittyvät ja kustannukset kasvavat.

Kansallisen Mieli 2009 -mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteena oli vähentää mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niihin liittyvää syrjäytymistä, kehittää palveluita vastaamaan kansalaisten todellisiin tarpeisiin, huolehtia palveluiden olevan vaivattomasti ja sujuvasti saatavilla sekä varmistaa, että toiminta perustuu hyviin ja vaikuttavaksi arvioituihin käytäntöihin. Mieli 2009 -suunnitelmakauden aikana mielenterveys- ja päihdeavopalvelut ovatkin kehittyneet ja psykiatrian osastohoito suunnitelman mukaisesti vähentynyt. Pakon käytön määrällä ja sairaalaepisodin kestolla mitattuna sairaalahoido näyttää kehittyneen myönteiseen suuntaan myös sisällöllisesti.

Suomessa tahdostaan riippumatta hoitoon tulevien potilaiden osuus on kuitenkin edelleen eurooppalaisittain poikkeuksellisen suuri, mikä viittaa ongelmiin avohoidon saatavuudessa ja riittävyudessa. Päihdehuollossa alkoi jo 1990-luvun puolivälissä siirtymä laitospainotteisista sosiaalihuollon päihdepalveluista avopalveluihin. Toisaalta pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma on lisännyt päihdeongelmallisille tarjolla olevia asumispalveluja suurissa kaupungeissa.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa ei ole riittävästi siirrytty asiakkaan kotona tapahtuvaan tuettuun asumiseen, vaan painopiste on edelleen tehostetuissa ryhmämuotoisissa asumispalveluissa. Psykoterapiakuntoutus tavoittaa yhä useamman sitä tarvitsevan, mutta saatavuus vaihtelee voimakkaasti alueittain ja tuloryhmittäin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden järjestää mielenterveys- ja päihdetyö toimivaksi ja vaikuttavaksi kokonaisuudeksi, aina ehkäisystä kuntoutukseen saakka. Laadukkaat mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat saavutettavissa, käytävät vaikuttavia työmenetelmiä, kunnioittavat asiakkaan oikeuksia, lisäävät osallisuutta sekä tarjoavat kuntoutumista tukevia osallistumisen mahdollisuuksia ja vähentävät eriarvoisuutta. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluilla tulee olla toimiva, asiakaslähtöinen yhteys muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä asumiseen, toimeentuloon, työllistymiseen ja koulutukseen liittyviin palveluihin. Tämä on välttämätöntä varsinkin sosioekonomisesti heikossa asemassa olevien kansalaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyyn, palveluihin pääsyn, hoidon sekä kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta. Heikko asiakaslähtöisyys, puuttuva sektoreiden välinen yhteistyö ja olemassa olevien resurssien, kuten kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen, hyödyntämättä jättäminen ovat nykyjärjestelmän kipupisteitä.

¹ Laajempaa terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyyn näkökulmaa ei painotettu hankkeen toimeksiannossa, jonka vuoksi tämän raportin huomio on ensisijaisesti palvelujärjestelmässä.

1.2. Hankkeen tavoitteet

YhdessäMieliin-hankkeen päätavoitteena on tuottaa, arvioida ja levittää tutkittuun tietoon perustuvaa aineistoa suomalaisten päätöksentekijöiden käyttöön toimivista, vaikuttavista ja kustannustehokkaista mielenterveys- ja päihdepalveluista. Erityistä huomiota kiinnitetään hyvinvointi- ja terveyseroihin sekä yhteiskunnallisiin kustannuksiin liittyviin vaikutuksiin.

Kokoavan mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämissuuntaa kuvaavan tutkimuskatsauksen tuottamisen lisäksi hankkeen osatavoitteina on tuottaa tutkimus- ja kokemustietoon perustuvia katsauksia, analyyseja ja päätelmiä seuraavista toimeksiannon kysymyksistä:

1. Mitkä ovat toimivia koti- ja ulkomaisia malleja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tavoittamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin?
2. Minkälaisia, toimivia, koti- ja ulkomaisia malleja on mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiosta?
3. Onko löydettävissä kansainvälistä tietoa erityisesti monituottajamalleista?
4. Mitkä ovat koti- ja ulkomaisia malleja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sote-palvelujen ja muiden sektorien koordinaatiosta (asuminen, koulutus, työllisyys, osallisuus yhteiskuntaan)?
5. Minkälaiset piirteet palvelujärjestelmässä pienentävät sosioekonomisten ryhmien ja sukupuolten välistä eroa mielenterveys- ja päihdepalvelujen käytössä?
6. Mitkä ovat palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin sekä epäsuoriin ja aineettomiin kustannuksiin?
7. Mitkä voisivat olla mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattoreita uudessa sote-järjestelmässä?
8. Mitkä ovat tulevan päivystysuudistuksen ja siihen liittyvän sosiaalipäivystyksen uudistuksen vaikutukset paljon palveluja tarvitsevien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tavoittamiseen ja palvelujen saamiseen?

2. MENETELMÄT

2.1. Kirjallisuuskatsaus

Tutkimus- ja arviointitiedon kokoamiseksi hankkeessa toteutettiin sähköinen kirjallisuushaku yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tietopalvelun kanssa. Hakuun sisällytettiin sekä tieteellisiä julkaisuja että tavanomaisten tiedejulkaisujen ulkopuolelta löytyvää tietoa, ns. harmaata kirjallisuutta.

Kansainvälinen haku tehtiin sosiaalitieteiden osalta ProQuest -tietokannasta (kattaen tietokannat Social Science Database, Sociological Abstracts ja Social Services Abstracts) ja terveystieteiden osalta PubMed- ja Cinahl-tietokannoista. Tutkimus- ja arviointitieto kerättiin ”scoping review” -menetelmän mukaisesti, täydentäen hakuja pitkin matkaa, koska tutkimuskysymysten luonteen takia eksaktien hakutermien löytäminen oli haasteellista. Menetelmä mahdollistaa haun uusimisen, jos ensimmäiset hakutulokset lisäävät tietämystä ja hakua on syytä laajentaa. Menetelmän mukaisesti sähköinen haku täydennettiin kunkin osatavoitteen osalta käsihaulla. Hakustrategia on saatavilla ensimmäiseltä kirjoittajalta. Relevantit julkaisut ja raportit sijoitettiin hankkeen tutkijoiden yhteiskäytössä olevaan indeksoituun Zotero-tietokantaan.

2.2. Kyselytutkimus

Hankkeen tavoitteena on ollut osallistaa kansalaisia, palveluiden käyttäjiä ja heidän omaisiin selvitystyöhön. Tutkimus- ja arviointidokumentaation lisäksi hankkeessa kerättiin kokemustietoa kunkin osatavoitteen sidosryhmien osalta avoimella sähköisellä kansalaiskyselyllä, lukuun ottamatta ulkomaisia malleja mielenterveys- ja päihdepalvelujen monituottajamalleista. Kysely julkaistiin Webropol-verkkokyselynä 15.6.2017 ja suljettiin 2.10.2017. Tietoa kyselystä suunnattiin konsortion jäsenten verkostoille, kansalaisjärjestöille ja kokemusasiantuntijoille. Lisäksi kyselyä levitettiin THL:n sekä sosiaali- ja terveysministeriön sähköisten kanavien kautta. Vastauksia saatiin yhteensä 307. Vastaajien jakaantuminen pääasiallisten roolien mukaan on esitelty kuviossa 1.

Kyselyn vastaukset otettiin mukaan kunkin osatavoitteen tulosten analysoinnissa ja suositusten valmistelussa.



Kuvio 1. YhdessäMielin-kyselyn vastaajien roolit (N = 307)

2.3. Asiantuntijahaastattelut

Asiantuntijahaastatteluita varten koostettiin temaattinen runko, joka sisälsi kysymyksiä hankkeen tiedonkeruun kannalta keskeisiltä osa-alueilta. Haastatteluaineistoa koottiin yksilöhaastatteluissa sekä kahden ryhmähaastattelun avulla.² Haastateltavien toivottiin tarjoavan omaan asiantuntemukseensa perustuvia näkökulmia ja tietoja, jotka voisivat hyödyttää sote-uudistuksen valmistelua mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta. Tarkempia kohdennettuja kysymyksiä esitettiin haastateltavan henkilön asiantuntemuksen mukaisesti.

Haastattelut nauhoitettiin ja niiden kesto vaihteli 1–2 tunnin välillä. Haastateltavien suhtautuminen tiedonkeruuseen oli myönteistä, mutta sote-uudistuksen valmistelua kohtaan paikoin kriittistä. Haastatteluissa tuotiin laajasti esiin sote-uudistuksen haasteita ja mahdollisuuksia, mutta toimivia malleja mainittiin rajallisesti.

Haastatteluihin osallistuneet 27 asiantuntijaa on listattu liitteessä 1.

² Ryhmähaastattelut toteutettiin väestöryhmien välisiä eroja käsitelleessä osa-alueessa (5). Ryhmähaastatteluiden kautta erityisen heikossa asemassa olevien kansalaisten (mm. asunnottomat, huumeriippuvaiset, korvaushoidossa olevat, syrjäytyneet tai vankilataustaiset) kanssa ruohonjuuri- ja arkitasolla toimivat asiantuntijat saattoivat pohtia sote-uudistusta ja erityisen heikossa asemassa olevien kansalaisten palveluiden saatavuutta ja käyttöä koskevia ratkaisuja.

2.4. Kokemusasiantuntijoiden fokusryhmät

Kokemusasiantuntemukselle on annettu suuri painoarvo YhdessäMielin –hankkeessa, joka toteutettiin yhteistyössä Koulutetut Kokemusasiantuntija KoKoa ry:n kanssa. Hankkeen jokainen osio käsiteltiin kokemusasiantuntijoiden fokusryhmäkeskustelussa, jotta tunnistettaisiin palvelujen käyttäjien kannalta oleelliset asiat. Tampereella 15.–16.9.2017 järjestettyyn fokusryhmä-työpajaan osallistui 14 kokemusasiantuntijaa, joista kaksi toimi vastuuhenkilöinä vastaten työskentelyn käytännön järjestelyistä.

Työpajapäiviin avattiin haku 21.8.2017 yhdistyksen Facebook-ryhmässä. Jokainen työpajaan ilmoittautunut valittiin mukaan. Kokemusasiantuntijat saivat ennakoon tutustua oman parinsa kanssa materiaaliin ja heitä pyydettiin vastaamaan myös YhdessäMielin-hankkeen Webropol-kyselyyn.

Osallistujat jaettiin kahteen työskentelyryhmään ensimmäiselle päivälle ja pareittain toiselle päivälle. Työpajapäivien osallistujat olivat Salosta, Kotkasta, Turusta, Nummelasta, Helsingistä, Espoosta sekä Jyväskylästä.

Työskentelyyn osallistuvista kokemusasiantuntijoista yhdeksän oli miehiä ja viisi naisia. Työpajapäiviin tulevat saivat ennakoon kirjeen ja työpajojen ohjelman. Tapaamisen alussa tutustuttiin lyhyesti ja vastuuhenkilöt kertoivat työskentelytavoista sekä aikataulusta.

Ensimmäisenä päivänä työskentely aloitettiin kustannusvaikuttavuudesta (kts osio 3.6) ja päivystyksen toimivista malleista (kts osio 3.8). Molemmissa ryhmissä oli kuusi osallistujaa. Toisena päivänä käytiin jokainen teema läpi koko ryhmän kanssa. Kaikki kommentit kirjattiin. Lopussa kaikki täyttivät palautelomakkeen työpajapäiviin liittyen.

Työpajapäivien jälkeen vastuuhenkilöt kirjoittivat puhtaaksi ylös kirjatut kommentit. Teemojen käsittelyyn käytettiin vielä yksi lisäpäivä Tampereella. Tähän työpajaan osallistui puheenjohtaja ja viisi kokemusasiantuntijaa. Ryhmässä tuotettiin lisää tekstiä teemoihin ja lopuksi yhdistettiin eri työpajoissa tuotetut kirjalliset aineistot yhdeksi kokonaisuudeksi.

2.5. Kansalaiskuuleminen

Kansalaiskuuleminen toteutettiin julkaisemalla osatavoitteiden alustavat suositukset oikeusministeriön Ota kantaa -sivustolla. Kysely oli avoinna 24.10.–12.11.2017 otsikolla ”Vaikuta mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseen”. Suosituksia oli mahdollista kommentoida seuraavan jaottelun pohjalta: mielenterveys- ja päihdeasiakkaitten tavoittaminen, sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittaminen, laaja-alainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ylittävä yhteistoiminta, palveluiden käyttöön liittyvän sosiaalisen ja taloudellisen eriarvoisuuden vähentäminen, mielenterveys- ja päihdetyön avainosoittimet sekä päivystys. Yhteensä suosituksia kommentoi 99 osallistujaa.

Kysely on löydettävissä verkosta osoitteesta: <https://www.otakantaa.fi/fi/hankkeet/188>.

2.6. Taloudellinen analyysi

Tässä loppuraportissa kuvataan mielenterveyspalvelujen kustannusvaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kuluina, epäsuorina kustannuksina (mm. tuottavuuskustannukset) ja ai-neettomina kustannuksina (mm. elämänlaatu ja toimintakyky). Työn tilaajan pyynnöstä painopiste on erityisesti ennaltaehkäisevien toimien, hoitoketjujen katkeamisen ja hoidon laajentamisen kustannusvaikutuksissa.

Lisäksi tässä raportissa tutkitaan yleisen tasapainon mallilla erilaisten skenaarioiden vaikutuksia, joissa selvitetään mielenterveyden häiriöistä aiheutuvien tuottavuuskustannusten suuruutta. Simuloinneilla pystytään kuvaamaan sekä lyhytaikaisen (sairauspäivärahat) ja pitkäaikaisen sairastamisen (työkyvyttömyyseläkkeet) taloudellista merkitystä. Myös osatyökykyisyyden taloudellista merkitystä pohditaan.

Taloudellisten vaikutusten analyysissa hyödynnettiin YhdessäMielin-hankkeen tuottamaa materiaalia, kuten asiantuntijahaastatteluita, ryhmähaastatteluita ja kirjallisuushakujen tuloksia. Sisältö painottuu vahvasti kirjallisuudesta saatuihin tietoihin sekä yleisen tasapainon mallin antamiin tuloksiin.

3. TULOKSET

3.1. Koti- ja ulkomaiset toimivat mallit apua tarvitsevien ta-voittamiseksi

Mielenterveys- tai päihdeongelmiin on tärkeää saada apua ja tukea varhaisessa vaiheessa. Ongelmat ovat niin yleisiä, että apua tarvitsevien tavoittamiseksi kaikkiin palveluihin tarvi-taan tämän alueen perusosaamista. Erilaiset arkea kannattelevat päivätoiminnot tulee tur-vata ja internet-pohjaiset apukeinot ottaa nykyisten apukeinojen rinnalle. Osa potilaista tulee etsiä avun piiriin ja viedä hoito heidän omaan arkeensa.

3.1.1. Kirjallisuuskatsaus: tavoittaminen

Palveluun hakeutuminen tulisi tehdä asiakkaalle helpoksi, koska päihde- ja mielenterveys-ongelmiin liittyy edelleen paljon häpeäilemaa, joka estää ongelmista kärsiviä hakemasta ajoissa apua. Kansalaisten tietoisuuden lisääminen mielenterveydestä, sen ongelmista ja avun hakemisesta vähentää häpeäilemaa ja rohkaisee avun tarvitsijoita hakemaan apua. Tähän hyvä malli on Mielenterveyden ensiapukoulutukset, joista on hyviä kokemuksia mo-nista maista (Svensson & Hansson, 2014; Suomen Mielenterveysseura, 2017). Varhaisella tavoittamisella voidaan tehokkaasti ennaltaehkäistä ongelmien pitkittyminen ja muuttuminen hankalammaksi. Terveysasemilla käy jo nyt huomattavan paljon päihde- ja mielenterveys-on-gelmista kärsiviä ja usein heitä voidaankin tehokkaasti auttaa omalääkärin ja omahoitajan avulla sekä monimuotoisilla hoitomalleilla (Kuosmanen & Melartin, 2015).

Terveysasemien lisäksi tärkeitä toimijoita ovat neuvolat, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä työterveyshuolto, joissa myös tulee olla perusvalmiudet yleisimpien mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitoon. Erityisesti nuorten tavoittamiseksi mielenter-veys- ja päihdepalveluihin tulee palvelujärjestelmän tehdä yhteistyötä monella tasolla (oppi-lashuolto, perusterveydenhuolto, sosiaalityö, erikoissairaanhoido, päihdepalvelut) ja tarjota apua yli erilaisten organisaattiorajojen. Opiskeluterveydenhuollossa toteutettavan mielenter-veys- ja päihdetyön palvelut tulee koordinoida tulevaisuudessa maakunnassa. Yksittäisen opiskelijan hoidon koordinaatiovastuu tulee säilyä opiskeluterveydenhuollossa (Haravuori, Muinonen, Kanste, Marttunen, 2016; Lepistö, Kuosmanen, Partanen, Moring, 2012; Sterling, Weinsner, Hinman, Parthasarathy, 2010). Myös vanhusten ja muiden kotona hoidettavien ja autettavien palvelujärjestelmässä tulee olla mielenterveys- ja päihdeosaamista, jotta alkavat ongelmat havaittaisiin tässä asiakasjoukossa varhaisessa vaiheessa (kts. Thompson ym. 2008).

Ei ole selkeää käsitystä siitä, minkälainen palvelujärjestelmä olisi tavoitettavuuden suhteen tehokkain. Linden, Gothe ja Ormel (2003) vertailivat Saksan (vapaa hakeutuminen hoitoon) ja Hollannin (portinvartijamalli) järjestelmiä ja totesivat, että Hollannissa mielenterveyden on-gelmista kerrottiin lähes poikkeuksetta ensin perusterveydenhuollon lääkärille. Kolmen kuu-kauden aikana hollantilaisista 24 prosenttia ja saksalaisista 60 prosenttia oli yhteydessä myös muihin lääkäreihin. Hollannissa vuoden kuluessa sairaalahoitoon päätyi kaksi kertaa enemmän potilaita ja hoito oli löyhempää kuin Saksassa, jossa taas lääkehoitojen käyttö oli aktiivisempaa. Ilman perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen kehittämistä portinvar-tijamalli tuskin johtaa hoidon parempaan kohdentumiseen ja tehostumiseen.

Ongelmista kärsivien tavoittaminen internetin erilaisten palvelusivustojen (Suomessa esimerkiksi Mielenterveystalo) ja puhelinsovellusten kautta täydentävät jo nyt olemassa olevia hoitomalleja. Esimerkiksi depression hoito verkossa tapahtuvan psykoterapian avulla on sisällytetty osaksi hoitosuosituksia Suomessa (Depressio: Käypä hoito –suositus, 2016). Lisää tietoa tarvitaan kuitenkin näiden menetelmien hyväksyttävyydestä potilaan näkökulmasta ja siitä miten hyvin potilaat sitoutuvat niihin. Kaiken kaikkiaan psykoterapioihin pääsy tulee helpottaa ja nopeuttaa, esimerkiksi monissa maissa käytössä olevan Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) -ohjelman mukaisesti näyttöön perustuviin lyhyt-psykoterapioihin yksilöllisesti tai ryhmässä (8-20 käyntikertaa) (NHS 2017).

Osa erityisesti psykoosipotilaista on päätenyt palvelujärjestelmän ulkopuolelle ja on vaikeasti tavoitettavissa minkään tuen tai avun piiriin. Syynä voivat olla huonot kokemukset hoidosta, epäluottamus järjestelmään, sairaudentunottomuus ja palvelujärjestelmän hahmottamisen vaikeudet. Tällaisten potilaiden kohdalla kannattaa harkita erilaisten potilaita etsivien ja heidän luokseen jalkautuvien palvelujen mahdollisuutta. Yksi erityisen paljon käytetty ja tutkittu menetelmä on Assertive Community Treatment (ACT), jossa huonosti hoitoon sitoutuvien ja vaikeasti oireilevien potilaiden kohdalla rakennetaan luottamukseen perustuva ja potilaan omaan elinympäristöön tarjottu hoito ja tuki. Näyttö erilaisten potilaiden luo jalkautuvien mallien vaikuttavuudesta ja kustannuksista on osin ristiriitainen.

Drukker, van Os, Sytema, Driessen, Visser ja Delespaul (2011) selvittivät Tanskassa ACT:stä versioitun FACT-menetelmän kustannuksia Hollannissa ja totesivat, että tätä tukimuotoa saaneilla potilailla oli viisi kertaa enemmän kontakteja psykiatriseen avohoitoon, eli sitoutuminen hoitoon oli aikaisempaa parempi. Toimintamalli voi lisätä hoidon piirissä olevia potilaita, joilla ei ole kykyä sitoutua ja joiden alueellinen palvelujärjestelmä on hajanainen, eikä toimi riittävän hyvin yhteen yli erilaisten organisaatioarajojen (Drukker, Laan, Dreef, Driessen, Smeets, van Os, 2014). ACT:n näyttö tulee vahvasti Amerikasta ja sen toimivuudesta eurooppalaiseen järjestelmään ei ole ollut vahvaa tutkimusnäyttöä. Hugulet, Koellner, Boulguy, Nagalingum, Amani, Borrás ym. (2012) tutkimuksessa ACT-menetelmällä saatiin myönteisiä tuloksia potilaiden oireisiin ja elämänlaatuun. Erityisesti he suosittelivat sitä nuorille ja melko vähän aikaa sairastaneille. Nuorille kohdennettuna myös sairastuneen perheen kuormitusta saatiin lievennettyä, jolloin vaikutukset laajenevat sairastuneen ulkopuolellekin. ACT toimii ainakin Amerikassa hyvin potilaille, joilla ennen hoitomalliin siirtymistä on ollut erityisen paljon palvelun käyttöä (Morrisey, Domino, Cuddeback, 2013). Suomen oloihin ACT-toiminnan on arvioitu käytettävissä olevan tutkimustiedon perusteella soveltuvan kohdallaisesti ja on arvioitu, että se saattaa vähentää skitsofreniapotilaiden sairaalahoitajaksojen määrää ja kestoa (Pirkola, 2013). Helsingin kaupungin psykiatrisessa hoidossa on ACT –mallin mukaisesti työskennelty jo useita vuosia. Alustavien raporttien mukaan hoitomuodon piirissä olleista potilaista vain 35 prosenttia on tarvinnut seurantajakson aikana sairaalahoittoa ja sairaalahoidon käyttö on vähentynyt 80 prosenttia (Mannila, Merano, Männynsalo, Ligi, Suhonen, Jansson ym. 2017).

ACT-toiminnan kustannuksista on ristiriitaisia näyttöä ja sen on raportoitu lisäävän (Harrison-Read, Lucas, Tyrer, Ray, Shipley, Simmonds ym., 2002; Ford, Barnes, Davies, Chalmers, Hardy, Muijen, 2001), vähentävän (Latimer, 2005) tai pitävän hoidon kustannukset ennallaan (Hastrup & Aagaards 2015). Joissakin tutkimuksissa menetelmän on havaittu lisäävän kustannuksia ilman merkittävää hyötyä oireisiin, toimintakykyyn tai palvelujen käyttöön (Harrison-Read ym. 2002; Ford ym. 2001). Potilastyytyväisyys ja hoitoon sitoutuminen saattaa menetelmän avulla kuitenkin lisääntyä ja siksi sitä on perusteltu yhtenä hoitovaihtoehtona vakavista ja pitkäaikaisista ongelmista kärsiville potilaille (McCrone, Killaspy, Bebbington, Johnson, Nolan, Pilling ym. 2009). Latimerin (2005) mukaan hoitoon sitoutumisen

myötä äkilliset ja akuuttivaiheen sairaalahoitajaksot vähenevät ja ACT:n käyttö maksaisi näin itsensä takaisin lyhyellä aikavälillä. Englannissa tehdyssä kymmenen vuoden seurannassa ACT-toiminta ei osoittautunut (kliinisesti) paremmaksi paikallisen nykykäytännön mukaisen avohoidon tiimin toimintaan verrattuna (Killaspy, Mas-Exposito, Marston, King, 2014).

Usein päivystyksissä asioivat (ns. ”heavy-users”) mielenterveys- ja päihdepotilaat kannattaa pyrkiä identifioimaan järjestelmästä ja oman tukihenkilön (case manager, asiakasvastaava ym.) avulla räätälöidä juuri heille sopiva tapa saada apua ja tukea arjessa (Witbeck, Hornfeld, Dalack, 2000). Myös pienen taloudellisen edun myöntämistä potilaille, joilla on vaikeuksia sitoutua lääkehoitoon voisi kokeilla Suomessa. Tuoreessa hollantilaisessa tutkimuksessa psykoosipotilaat saivat 30 euroa kuukaudessa, jos he hakevat pitkävaikutteisen injektion sovitun ohjelman mukaan, mikä selvästi lisäsi sitoutumista lääkehoitoon ja vähensi oletettavasti kalliita sairaalahoitajaksia tällä potilasryhmällä (Noordrave, Wierdsma, Blanken, Bloemendaal, Staring, Mulder, 2017; Szmukler, 2009).

Päihdeongelmia olisi oleellista pystyä tunnistamaan kaikilla järjestelmän tasoilla, jotta niistä kärsiviä pystyttäisiin tavoittamaan palvelujen piiriin. Erityisen tärkeää se on terveysasemilla, koulu- ja oppilasterveydenhuollossa sekä potilailla jotka ovat fyysisesti loukanneet – lievästikin – itseään päihtyneenä (Dawson, Goldstein, Grant, 2012).

Perusterveydenhuollossa työskentelevät mielenterveystyöntekijät voivat parantaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten tavoittamista. Monissa maissa tarve tällaisille työntekijöille tunnustetaan, mutta samalla on tiedossa suuria osaamisen tason vaihteluja työntekijöiden välillä. Yleisissä mielenterveyden ongelmassa tällainen toiminta lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon, mutta ei välttämättä vähennä potilaiden oireita (Lester, Freemantle, Wilson, Sorohan, England, Griffin ym. 2007).

Kun hoitoa ja hoivaa viedään potilaiden kotiin – esimerkiksi vanhuksien luo – on tärkeää käyttää luotettavia ja validoituja oiremittareita sekä palvelutarpeen arvioita mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen, koska pelkkä työntekijöiden kliininen arvio ja itse kehitetyt arviointimittarit eivät ole osoittautuneet riittävän luotettaviksi (Thompson ym. 2008). Ikäihmisten ja muiden kotihoidon piirissä olevien mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistaminen on oleellinen osa hoidon piiriin tavoittamisen prosessia ja vakavimpien ongelmien ehkäisyä.

Kokemusasiantuntijoiden käyttäminen palvelujen antajina on yksi tapa tavoittaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä. Sen lisäksi, että se tarjoaa ylimääräisiä resursseja, saat- taa se madaltaa kynnystä hakeutua vertaisvastaanotolle (Barnes, Baskerville, Whelan, White, 2003). Vantaan kaupungin terveysasemilla on jo viiden vuoden ajan työskennellyt päihdetyön kokemusasiantuntija, jolla on oma vastaanotto päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Toiminnasta on kertynyt jo tuhannen potilaskäynnin kokemus, mutta sen systemaattista arviointia ei ole vielä tehty.

Helposti kuntalaisten tavoitettavissa olevia mielenterveyspalveluja on tällä hetkellä kokeilussa monin paikoin. Vantaalla ja Keravalla päihde- ja mielenterveyspalvelupisteet toimivat walk in -periaatteella, jolloin palveluun ei tarvita lähetettä tai ammattilaisen ohjausta, vaan potilaan oma tunne pahoinvoinnista riittää. Toiminnasta tehtyjen arviointien perusteella palveluun hakeutuu ahdistuksesta, unettomuudesta, masennuksesta ja elämän kriiseistä kärsiviä ihmisiä, jotka 1-2 käynnin avulla saavat helpotusta tilanteeseen tai heille löydetään soveltuva jatkohoitopaikka (Hara & Juvonen, 2017; Ylönen, 2017; Kuosmanen, 2017; www.ke-rava.fi; www.vantaa.fi). Vantaalla psykiatriselle sairaanhoitajalle voi myös varata suoraan

ajan sähköisen ajanvarauksen kautta ja saada lyhytkestoista tukea ja keskusteluapua 1-3 käyntikerran verran. Vuonna 2015 tehdyn arvion mukaan potilaat saivat avun keskimäärin kahdella käynnillä ja iso osa ei tarvinnut muuta apua (Kuosmanen, Sundman, Savolainen, Kjellberg, Sinkkonen, 2014). Systemaattista arviota näistä menetelmistä ei ole toistaiseksi tehty eikä tarkkoja potilaskohtaisia vaikutuksia pystytäkään kuvaamaan.

3.1.2. Kyselytutkimus

Kansalaiskyselyssä kysyttiin mitä seikkoja vastaajat pitävät tärkeimpinä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tavoittamiseksi. Tarkasteltaessa pelkästään erittäin tärkeäksi koettua väittämää, tärkeimmäksi seikaksi nousi palvelujen leimaamattomuus. Erittäin tärkeäksi tämän koki 65 prosenttia (n = 200) vastaajista. Vähiten tärkeäksi koettiin väittämä mielenterveys- ja päihdepalvelujen sijaitsemisesta muiden palvelujen yhteydessä, jonka 33 prosenttia (n=102) koki erittäin tärkeäksi. Palveluiden ilmaisuutta piti erittäin tärkeänä tai tärkeänä 70 prosenttia vastaajista.

Aineistoa voi tarkastella myös yhdistäen vastausvaihtoehdot 1 ja 2 (erittäin tärkeä, tärkeä) sekä 4 ja 5 (ei kovin tärkeä, vähiten tärkeä). Tässä tarkastelussa näkyy, että vastaajat kokiivat yhtä tärkeiksi palvelujen leimaamattomuuden sekä palvelujärjestelmän paremman ymmärryksen erityisryhmien tarpeista. Vähiten tärkeänä seikkana vastaajat ilmoittivat, että mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulisi sijaita muiden palvelujen yhteydessä.

3.1.3. Keskeiset haastatteluhavainnot

Haastateltavien mielestä ns. perustason sosiaali- ja terveystalveluiden kykyä tunnistaa ja hoitaa yleisimpiä mielenterveys- ja päihdeongelmia tulee vahvistaa. Näin tavoittaminen toteutuu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Erikoissairaanhoidon tavoitettavuutta parantaa erilaiset diagnoosilähtöiset menetelmäkoulutukset (esimerkiksi näyttöön perustuvat ja tarpeenmukaiset psykoterapiat eri potilasryhmille). Palvelujärjestelmän tasolla häiriöperustainen (organisaatio jaetaan toimintoihin, jotka keskittyvät eri sairauksien hoitoon) jako on toiminut ainakin isojen kaupunkien erikoissairaanhoidon avopalveluissa, joissa työntekijät ovat saaneet erikoistua. Näiden keinojen avulla potilas pääsee nopeammin erikoistuneen hoidon piiriin ja pompottelua eri yksiköistä toiseen voidaan vähentää.

Toinen tapa hahmottaa palvelujen tarve on segmentoida asiakkaita palvelutarpeen mukaan. Silloin esimerkiksi resursseja ja osaamista voidaan kohdentaa niihin, joilla on paljon palveluiden tarvetta sekä monimutkaisia ja yhtäaikaista ongelmia. Osa mielenterveys- ja päihdepotilaista kuuluukin juuri tähän paljon tukea tarvitsevien ryhmään.

Ihmislähtöiset palvelut

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten tavoittamiseksi on koko palvelujärjestelmän muututtava asiakaslähtöisempään suuntaan. Nykyisiä palveluja on kehitetty pääosin organisaatioiden ja professioiden näkökulmasta, jolloin palvelut näyttäytyvät avun hakijalle vaikeasti lähestyttävänä. Erilaiset helpon tavoitettavuuden takaavat menetelmät, kuten sähköiset ajanvaraukset tai aina avoinna olevat puhelinpalvelut ovat esimerkkejä asiakaslähtöisestä ja helposti tavoitettavasta palvelusta.

Apua tarvitsevien tavoittamiseksi haastatellut toivat esille monia hyviä käytäntöjä. Ensinnäkin mielenterveys- ja päihdepalveluorganisaatiot tulee rakentaa kansalaisten tarpeiden mukaisesti. Nykyisin on paljon palveluprosesseja, jotka ovat asiantuntijoiden kehittämiä ja ylläpitämiä, mutta niissä ei käy asiakkaita tai palvelu ei aidosti ole asiakkaalle sopiva.

Palvelujen toteuttamisesta

Haastatteluissa tuotiin esiin, että perustason mielenterveys- ja päihdetyössä apua tarvitsevien tavoittaminen vaatii erityisosaamisen tuomista laajasti peruspalveluihin. Psykiatrien, psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja psykiatristen hoitajien osaamista tulee aktiivisesti tarjota laajasti kuntalaisten käyttöön, myös sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolelle. Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeosaaminen on mahdollista saada hyvälle tasolle, niin että siellä työskentelevillä on tarvittaessa saatavilla tukea erikoisosaajien ja erilaisten työkalujen kautta. Erään haastatellun mukaan perusterveydenhuoltoa ajoittain vaivaava rohkeuden, osaamisen ja puuttumisen vaje on mahdollista korjata tukemalla myönteistä ajattelua mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Tätä voitaisiin edistää esimerkiksi mielen terveyden ensiapukursseilla sekä tarjoamalla riittävästi erikoistason tukea.

Organisaatioiden tulee keskittyä potilaiden saamiseen ylläpitämiinsä palveluihin, eikä siihen, miten asiakkaat pidetään sen ulkopuolella. Tämä on keskeinen kilpailuvaltti sote-uudistuksen jälkeen. Haastateltavat toivat esille pelkoa siitä, että ns. julkisen palvelun tuottajat eivät oivalla tätä, koska perinteinen ajattelu- ja toimintatapa on yrittää rajoittaa potilaita tulemasta palveluun erilaisilla aukioloaikoihin, läheteisiin ja kriteereihin liittyvillä esteillä. Tässä erityisesti kolmannen sektorin toimijoilla on tärkeä rooli, koska he ovat lähimpänä ihmisten arkea, tunnistavat mielenterveys- ja päihdeongelmien aiheuttaman toimintakyvyn heikkenemisen alkuvaiheessa ja lisäksi heillä on tietoa palveluista. Järjestöjen rooli hoitoon ohjaamisen prosessissa pitää tuoda selkeästi esiin ja lisäksi niiden toimintaedellytyksiä tulee vahvistaa.

Erityisesti päihdepalveluihin tulee päästä nykyistä nopeammin, eli käytännössä silloin kun asiakas sitä haluaa. Sisään käveltäviä palveluja on monin paikoin tälläkin hetkellä, mutta edelleen päihdepotilaiden motivaatiota testataan erilaisilla aikarajoituksilla ja käytännöillä, joiden seurauksena joskus ohut motivaatio hakea apua katkeaa. Organisaatioiden tulisi ymmärtää, että erityisesti päihdeongelman kohdalla on ”taottava silloin kun rauta on kuumaa”.

Digitaalisista mahdollisuuksista avun tarpeessa olevien tavoittamiseksi on hyviä kokemuksia. Sähköisiä ajanvarauspalveluita tarvitaan lisää, sillä niissä voi varata suoraan ajan ammattilaiselle ilman läheteitä, ongelmien alkukartoitusta ja muita esteitä. Tällaisten palveluiden tulisi toimia niin, että aika tarjottaisiin 1–3 arkipäivän sisällä varauksesta. Palvelu on silloin luonteeltaan nopeaa ongelmien ja jatkohoitopaikan kartoittamista sekä itsehoitoa tukevaa. Organisaatioiden verkkosivuilla ja muissa viestimissä voisi olla myös ”ota minuun yhteyttä” -kutsunappeja, joita klikkaamalla asiakkaaseen otettaisiin yhteys vaikkapa vuorokauden kuluessa.

Liikkuvat palvelut

Kotiin tarjottavat ja liikkuvat palvelut ovat yksi menetelmä lisätä apua tarvitsevien tavoittamista. Erityisesti psykoosisairaille toimivia ovat ACT-tiimit, jotka kohtaavat potilaita heidän omissa ympäristöissään: esimerkiksi kodeissa, kahviloissa, julkisilla paikoilla, puistoissa. Tällaiset työtiimit pystyvät antamaan esimerkiksi pitkävaikutteisen neurolepti-injektion vaikka ”assan vessassa”, kuten eräs haastatelluista totesi oman organisaationsa liikkuvasta tiimistä. Monissa haastatteluissa tuli esille joukko palvelujen käyttäjiä, erityisesti skitsofreniapotilaat ja rankasti huumeita käyttävät, joiden on vaikea luottaa palvelujärjestelmään ja

siksi he yrittävät pysytellä kaukana siitä. Tämän asiakasryhmän tavoittamiseksi ja luottamuksen voittamiseksi on tärkeää jalkautua asiakkaiden luontaisiin ympäristöihin. Joukko on lukumääräisesti pieni, mutta heidän tavoittamisensa on sekä kansanterveydellisesti että taloudellisesti perusteltua. Palvelua käyttäville tulee myös taata mahdollisuus palata esimerkiksi osastohoitoon joustavasti ilman monimutkaisia ja aikaa vieviä läheteprosesseja. Näin voidaan välttää tilanteiden kriisiytyminen, voinnin romahtaminen ja sitä seuraavat pitkät ja kalliit laitoshoidot.

Hankkeen haastatteluissa myös etsivä mielenterveys- ja päihdetyö nostettiin esiin toimivana mallina tiettyjen kohderyhmien tavoittamiseksi. Etsivä työ on ratkaisu erityisesti silloin, kun ihminen on jäänyt yksin ilman tukiverkostoa. Työ toteutuu moniammatillisesti ja varmistaa asiakkaan tavoitteellisen etenemisen toimimalla ns. "rinnallakulkijana". Etsivässä työssä olennaista on alueen toimijoiden ja palveluiden tunteminen sekä kyky tarjota erilaisia vaihtoehtoja asiakkaalle mielekkään arjen rakentamiseksi.

Kokemusasiantuntijuus ja vertaisuus osana järjestelmää

Palvelujen käyttäjien osallisuutta, kokemusasiantuntijuutta ja vertaisuutta tulee tukea järjestelmän kaikilla tasoilla. Tätä osa haastatteluista piti jopa kaikkein tärkeimpänä kehitystehtävänä tulevaisuudessa. Jos palvelu on rakennettu vastaamaan asiakkaan tarpeisiin, asiakkaan hakeutuminen palveluun on todennäköisempää ja apua tarvitsevat tavoitetaan. Tarvitaan tarkkaa tietoa siitä, mitä palveluja asiakkaat käyttävät tällä hetkellä, sillä tulevaisuuden palvelut rakennetaan tämän tiedon pohjalta. Hyvänä analogiana ovat kauppojen bonuskortit: keräämällä tarkkaa tietoa asiakkaiden ostotottumuksista kauppa voi paremmin vastata asiakkaiden tarpeisiin.

3.1.4. Kokemustieto

Kokemusasiantuntijoiden kommentoissa tuotiin esille erilaisten arjessa selviytymistä tukevien päivätoimintojen tärkeys. Päivätoiminnot, joissa on säännöllinen ohjelma, pienryhmiä ja kokemusasiantuntijat paikalla vertaistukena, edistävät arjessa selviytymistä ja sairaudesta kuntoutumista. Tällaisiin tukimuotoihin voitaisiin liittää myös tiivis voinnin ja kuntoutumisen seuranta sekä helposti saavutettava lisäapu, jos vointi huononee. Kokemusasiantuntijat korostivat ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidettaessa. He pitivät tärkeänä palvelujen saatavuutta yhden oven takaa, joka tarjoaisi tukea ja apua monenlaisiin ongelmiin samanaikaisesti. Erilaisten terapiapalveluiden tasa-arvoisesta saatavuudesta kannettiin huolta ja edellytettiin, että myös suurten kaupunkien ulkopuolella olisi mahdollisuus saada erikoistunutta terapeutista tukea. Internetissä tarjottavat palvelut ovat yksi keino lisätä esimerkiksi psykoterapian saatavuuden tasa-arvoa, mutta kokemusasiantuntijoiden kannanotoissa tuli selvästi esille se, että verkossa tapahtuvat hoitomuodot eivät voi korvata kasvokkain tapahtuvaa hoitoa ja kuntoutusta.

3.1.5. Kansalaiskuuleminen

Ota kantaa -sivustolla tähän osatavoitteeseen tuli 22 kommenttia. Ne voidaan tiivistää kolmen pääteeman alle: 1) asiakkaiden ja potilaiden luo vietävät palvelut, 2) ammattilaisten asenteisiin vaikuttaminen, sekä 3) avun saamisen helppous. Vastaajien mielestä osa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivistä on elämäntilanteessa, jossa apua on aktiivisesti vietävä sinne missä he elävät ja toimivat. Taustalla on monenlaisista syistä johtuvia vaikeuksia sitoutua hoitoon ja kuntoutukseen, esimerkiksi huonoa kohtelua tai "pompottelua" luvulta toiselle. Vastaajien mielestä tällainen asiakas jää helposti yksin, eli kaiken avun ja tuen

ulkopuolelle. Näiden henkilöiden kohdalla tulee myös harkita jonkinlaista arkea helpottavaa palkitsemista hoitoon sitoutumisen parantamiseksi.

Vastaajien kommenteista välittyvät mielenterveys- ja päihdeongelmiin edelleen liittyvät negatiiviset asenteet. Valitettavan monet apua hakevat kokevat syyllisyyttä ja kyynistä suhtautumista sekä maallikoiden että ammattilaisten taholta. Henkilökunnan asenteita muuttavaa koulutusta sekä vaikuttamista väestön asenteisiin ja osaamiseen toivottiin lisää. Näin voidaan vähentää stigmaa ja rohkaista ihmisiä hakemaan apua ajoissa palvelusta, joka tuntuu helpoimmalta ja luontevimmalta. Kannanotoista välittyy lisäksi toive erilaisten matalan kynnyksen tai helposti lähestyttävien palveluiden lisäämisestä, joko osana terveyskeskuksia tai sitten erikoistuneissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

3.1.6. Pohdinta

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin apua tarvitsevien tavoittamiseksi järjestelmän asiakaslähteisyyttä tulee parantaa. Erityisesti siinä vaiheessa, kun ongelmat ovat vielä lieviä, ammattilaisten tulee luottaa ihmisten omaan arvioon avun tarpeestaan ja tarjota tukea nopeasti ja helposti lähestyttävissä palveluissa. Alkuvaiheen ongelmiin tulee tarjota monipuolisesti apua eri menetelmillä. Internetissä toimivat auttamisen muodot on otettava laajasti käyttöön ja ammattilaisten tulee tuntee niiden mahdollisuudet. Erilaisia sisään käveltäviä palveluita tulee järjestää perusterveydenhuoltoon. Osa asiakkaista ei halua tai pysty sitoutumaan virallisissa hoitopaikoissa tarjottavaan apuun, joten näille ihmisille apu on vietävä sinne missä he toimivat ja elävät.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat niin yleisiä, että vähintäänkin kaikissa perustason sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä kouluissa ihmissuhdetyötä tekeville tulee olla valmiudet, asenne ja osaaminen tunnistaa ja kohdata yleisimpiä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tämän lisäksi työntekijöiden tulisi pystyä tekemään interventio tilanteen korjaamiseksi ja hallita palveluohjaus, jos omat keinot eivät riitä. Näiden taitojen vahvistamiseksi on annettava myös koulutusta. Myös kansalaisten mielenterveys- ja päihdetietoisuutta tulee lisätä, jotta ongelmiin edelleen liittyvä stigma vähenisi ja ongelmiin uskallettaisiin hakea apua varhaisessa vaiheessa.

3.1.7. Hyvät mallit apua tarvitsevien tavoittamiseksi

- Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä kouluissa työntekijöillä tulee olla valmiudet, asenne ja osaaminen 1) tunnistaa ja kohdata yleisimpiä mielenterveyttä uhkaavia elämäntilanteita ja -tapahtumia, 2) toteuttaa joku auttamisen menetelmä tilanteen korjaamiseksi ja 3) tuntee muut hoitomahdollisuudet ja ohjata niiden piiriin, jos omat keinot eivät riitä. Työntekijöille on tarjottava tähän koulutusta ja heille on turvattava mahdollisuus nopeasti saada tukea alan erikoisosaajilta.
- Kaikkien mielenterveys- ja päihdetietoisuutta lisätään esimerkiksi Mielenterveyden ensiapu -koulutuksia järjestämällä.
- Päiväkeskukset ja kohtaamispaikat tarjoavat tukea ja konkreettista apua arjen sujumiseen osana kuntoutumista. Järjestöjen ja kansalaistoimijoiden rooli näiden toimintojen ylläpitämisessä on merkittävä ja se tulee säilyttää sote-uudistuksessa.

- Erilaisia sisään käveltäviä, ilman läheteitä tai sisäänpääsykriteereitä toimivia mielenterveys- ja päihdepalveluita kehitetään ja niiden toimivuutta arvioidaan.
- Psykoterapiaan pääsyä heti ongelmien alkuvaiheessa tulee helpottaa ja nopeuttaa monissa maissa käytössä olevan Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) -ohjelman mukaisesti.
- Luotettavia ja tutkittuja internetissä toteutettavia (esimerkiksi Mielenterveystalo.fi) omahoidon menetelmiä tarjotaan aktiivisesti erityisesti ongelmien alkuvaiheessa. Internetin välityksellä toteutettavaa psykoterapiaa tulee aktiivisemmin tarjota niille, jotka haluavat kokeilla tällaista hoitovaihtoehtoa.
- Osalle vakavista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivistä apu on vietävä sinne missä he toimivat ja elävät. Tähän soveltuva malli on ACT -malli. Pienen osan kohdalla potilaista voidaan harkita palkitsemista, kuten ilmaista lounasta tai muuta arkea helpottavaa vaihtoehtoa, jos he esimerkiksi sitoutuvat lääkehoitoon.

3.2. Koti- ja ulkomaiset mallit mielenterveys- ja päihdeasiakaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiosta

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen eriyttäminen sekä toisistaan että somaattisesta terveydenhuollosta on osoittautunut asiakasnäkökulmasta ongelmalliseksi. Hoidon koordinointi tarvitsee selkeän vastuuhenkilön, palveluluotsin, joka näkee asiakkaan tilanteen ja hoitotarpeen kokonaisuudessaan. Palveluiden rahoituksen avulla voidaan varmistaa yksi selkeästi määriteltä järjestäjätaho, joka vastaa integraation toteutumisesta. Lisäksi terveydenhuollon tietojärjestelmät tarvitsevat Suomessa kehittämistä, jotta ne voisivat tukea integroituja hoitopolkuja.

Tiiviimpää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatiota on esitetty keinoksi, jonka avulla kyettäisiin paremmin vastaamaan kansalaisten monitahoisiin sekä pitkäkestoihin terveys- ja hyvinvointiongelmiin ihmislähtöisellä tavalla. Laaja konsensus vallitsee tarpeesta tiiviimpään palveluiden integraatioon mutta integraation keinoista ei ole olemassa selkeästi jaettua näkemystä (Nolte & McKee, 2008a).

Tiivis hoitoprosessi voi parhaimmillaan tarjota lukuisia hyötyjä, kuten esimerkiksi (1) parempia hoitotuloksia kokonaisvaltaisemman hoidon kautta, (2) järjestelmätasolla resurssien tehokkaampaa käyttöä päällekkäisyyksiä karsimalla ja (3) nopeampaa hoitoonpääsyä ja korkeampaa hoitotyytyväisyyttä (Humphries & Curry, 2011).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö nostaa integraation kannalta keskeisiksi viisi eri integraation tasoa (www.alueuudistus.fi/integraatio), joita ovat (1) järjestämisen integraatio, jossa yksi vahva järjestäjä vastaa tuotantorakenteesta ja sen ohjaamisesta, (2) rahoituksen integraatio, jossa kaikki rahoitus kulkee yhden kokonaiskuvan omaavan järjestäjän kautta, (3) tiedon integraatio, jossa potilastiedot liikkuvat vaivattomasti eri toimijoiden välillä, (4) palveluketjujen integraatio, jossa hoito- ja palvelukokonaisuudet on järjestetty sopimusten tai yhdistettyjen kokonaisuuksien avulla niin, että eri tuottajilla on sujuva yhteys toisiinsa, (5) tuotannollinen integraatio, jossa palveluita on tarjolla selkein ja kustannusvaikuttavina kokonaisuuksina osana laajempaa verkostoa.

Nolte ja Pitchforth (2014) nostavat esiin kaksi erilaista tapaa tarkastella palveluiden tiiviimpää integraatiota. Ensimmäinen näkökulma korostaa integraatiota kustannussäästöjen ja taloudellisen kestävyuden mahdollistajana. Toinen näkökulma keskittyy integraatioon strategiana, jonka kautta on mahdollisuus kehittää palvelujärjestelmää innovatiivisemmaksi ja kykeneväksi vastaamaan paremmin palveluiden käyttäjien tarpeisiin. Vallitseva tutkimusnäyttö ei anna vahvaa tukea ensimmäiselle näkökulmalle, jonka mukaan tiiviimpi integraatio johtaisi väistämättä kustannussäästöihin. Lyhyellä tähtäimellä integraation vahvistaminen voi parantaa palveluita mutta samalla myös lisätä kustannuksia.

Kustannustehokkuuden puutetta onkin esitetty yhtenä keskeisenä tekijänä miksi integroitujen palveluiden kehittäminen on ollut vaikeaa. Kansainvälisellä tasolla haasteeksi on myös nähty julkisten sosiaali- ja terveystalouksien resurssit uusien integraatiota edistävien innovaatioiden kehittämistyöhön (Wolff, 2002).

3.2.1. Kirjallisuuskatsaus: integraatio

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio perustasolle

Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on pitkään tuotu esiin havainto, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden eriyttäminen on useissa tapauksissa ongelmallista, koska palveluiden käyttäjien päihde- ja mielenterveysongelmat ovat lähes aina yhteydessä toisiinsa (Drake ym. 2004). Tästä syystä eriävät hoitojärjestelmät aiheuttavat tehottomuutta ja heikentävät palveluiden vaikuttavuutta. Länsi-Euroopassa mielenterveyshoidon suunta on ollut pitkään kohti avohoitoa.³

Toinen keskeinen tutkimuskirjallisuuteen pohjautuva havainto liittyy mielenterveyspalveluiden eriyttämiseen muusta somaattisesta perusterveydenhuollosta, jonka on useissa tapauksissa katsottu edistävän siiloutumista sekä vaikeuttavan mielenterveysongelmista kärsivien somaattisten terveystilojen tarpeenmukaista hoitoa (Green & Cifuentes, 2015). Somatiikasta eriytyneet päihde- ja mielenterveyspalvelut voivat myös lisätä koettua stigmaa (Pating ym. 2012).

Mielenterveyshoidon pitäminen olennaisena osana perusterveydenhuoltoa ja asianmukaisen rahoituksen kanavointi perustason mielenterveyspalveluille on nähty vaikuttavuuden kannalta tärkeäksi (Kathol & Clarke, 2005). Hoitojärjestelmän rakenteiden tulisi pyrkiä ehkäisemään tarpeetonta kustannusten siirtoa järjestelmän sisällä eri toimijoiden välillä, koska siitä ei seuraa etua potilaille eikä hoidon maksamisesta vastaavalle järjestäjälle (Rost, 2005). Rahoitusjärjestelmän tulisi tukea palveluiden käyttäjälähtöistä integraatiota, johon yksi keskeisin malli on yksi selkeän kokonaiskuvan omaava vahva järjestäjätaho (Wolff, 2002). Mielenterveyspalveluiden integraation perusterveydenhuoltoon ja vahvemman tukautumisen kotihoitoon on kuitenkin todettu lisänneen mielenterveyspotilaan läheisten kokemaa psyykkistä rasitusta (Breen ym. 2007).

Chambers ym. (2008) esittävät, että integraation vaatiman eri toimijoiden välisen yhteistyön edellytyksiä ovat muun muassa jaettu käsitys ratkaisua vaativasta ongelmasta, yhteiset tavoitteet ja tehokas operatiivinen johtaminen. Eri tasoilla tapahtuvan viestinnän merkitys ko-

³ Eri maiden mielenterveyshoidon järjestelmät eroavat toisistaan mutta hoidon tuloksellisuuden suhteen tutkimus ei ole osoittanut selkeästi mitään hoidon toteuttamisen mallia ylivertaiseksi (Becker & Kilian, 2006).

rosta integraatiotavoitteen saavuttamisessa. Tästä näkökulmasta integraation toimeenpanossa on ensiarvoisen tärkeää keskittää huomiota horisontaaliseen ja vertikaaliseen kommunikaatioon eri toimijoiden sekä toimintatasojen välillä.

Yksilöllinen integroitu hoitosuunnitelma, joka huomioi psyykkisen sekä somaattisen terveydentilan lisäksi myös psykososiaalisen tuen tarpeen on yksi mahdollinen tapa edistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä (Koponen & Lappalainen, 2015). Yksilöllisten hoitosuunnitelmien on myös todettu merkittävästi vähentäneen palveluita paljon käyttävien toistuvia hoitokäyntejä.

Toistuvien käyntien syyn perusteellisen selvittämisen jälkeen yksilöllisen hoitosuunnitelman toimeenpanon tulisi ensisijaisesti olla perusterveydenhuollossa toteutettavaa lähipalvelua, joka tarvittaessa hyödyntää myös muita tarpeenmukaisia tuki- ja kuntoutuspalveluja. Tulevien vuosien keskeinen haaste on saada terveydenhuollon tietojärjestelmät palvelemaan yksilöllisen integroidun hoitosuunnitelman toteuttamista ja seuranta.

Terveydenhoitopalveluita käsittelevässä kirjallisuudessa on toistuvasti tuotu esiin somaattisten terveyspalveluiden erottaminen mielenterveyspalveluista kielteisenä ilmiönä, joka vaikeuttaa mielenterveysongelmista kärsivien kokonaisvaltaista hoitoa (Kathol ym. 2008). Päihdeongelmista kärsiville integroidusti toteutettu hoito voi olla kustannusvaikuttavaa etenkin mitattaessa riippuvuusongelman hoidon lisäksi myös somaattisten terveysongelmien tarpeenmukaisen hoidon myötä vähentynyttä palveluiden käyttöä sekä parantunutta elämänlaatua (Weisner ym. 2001).

Suomalaisen tutkimustiedon valossa näyttää selvältä että varsinaista yhteyttä psykiatrian sairaalakäytön määrän ja avohoitotarjontaan välillä ei ole. Integroidulla, hyvin toimivalla avohoidolla ei pystytä ratkaisevasti vaikuttamaan sairaalahoidon määrään, joka näyttää liittyvän paremminkin paikalliseen kontekstiin, esimerkiksi sairaalan vastuuväestön keskimääräiseen alkoholinkulutukseen. (Ala-Nikkola ym. 2016a).

Kolmiomalli (Collaborative Care Model)

Sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä on tutkittuja toimintamalleja ja -periaatteita, joita voidaan soveltaa erilaisissa ympäristöissä päihde- ja mielenterveysongelmien hoitotulosten parantamiseksi. Kirjallisuudessa ns. kolmiomalli (collaborative care model) on osoittautunut vaikuttavaksi malliksi etenkin masennuksen hoidossa (Farooq, 2013; Gilbody ym. 2006; van Steenbergen-Weijenburg ym. 2010). Yleisellä tasolla yhteistoimintaan perustuva kolmiomalli koostuu kolmesta keskeisestä elementistä: (1) Mielenterveystyön integroimisesta osaksi perusterveydenhuoltoa, (2) mielenterveystyön ammattilaisten ja somaattisen lääketieteen tiiviistä yhteistyöstä ja (3) hoitokäsityksestä, jossa palveluiden käyttäjää sekä hänen lähiyhteisöään (ml. perhe) tarkastellaan kokonaisvaltaisesti (Farooq, 2013).

Suomalaisessa perusterveydenhuollossa kolmiomallia ovat käytännössä toteuttaneet ensisijaisesti terveyskeskusten depressiohoitajat, joita kansainvälisessä kirjallisuudessa on kuvattu termillä ”case manager”. Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan depressiohoitajan tehtävänä on hoidon koordinaatio, tuen antaminen sekä toipumisen seuranta (Tarnanen ym. 2016). Perusterveydenhuollossa toteutetun kolmiomallin mukaisen masennuksen hoidon on todettu useissa tutkimuksissa parantavan hoitotuloksia, joita on mitattu muun mu-

assa oireiden esiintyvyytenä, hoitomyöntyvyytenä, masennuksen uusiutumisena ja pysyvämpänä toipumisena (Lappalainen, 2014b). Sen sijaan järjestelmätasolla vaikutusta on vaikea havaita. Terveyskeskusten mielenterveyspalveluresurssi, joka yleensä on sairaanhoitajahoitajatasoinen avohoito, ei Suomessa ole yhteydessä alueen psykiatriseen sairaalakäyttöön. Sairaalakäyttö on vahvemmin yhteydessä alueen sosioekonomisiin tekijöihin kuin perustason avomielenterveyshoidon resursseihin (Sadeniemi ym. 2014).

Kolmiomalli on osoittautunut kustannustehokkaaksi ja elämänlaatua parantavaksi syöpään sairastuneiden masennuksen hoidossa (Walker ym. 2014; Duarte ym. 2015). Kolmiomallia on toteutettu myös etätyönä (telemedicine based collaborative care). Tulokset etänä tapahtuvan yhteistoiminnan ja konsultaation tuloksista ovat olleet hyviä eikä terveydenhuollon ammattilaisten työn kuormittavuudessa havaittu lisääntymistä. Kansainvälisesti on tutkittu toimintamallia, jossa mielenterveystyön ammattilaiset ovat toimineet perusterveydenhuollon tukena hyödyntäen video- ja puhelinyhteyksiä sekä sähköisiä potilastietoja (Fortney ym. 2011). Vaikuttavuusvertailua kuitenkin ei ole suoritettu perinteisten perustasolla läsnäolevien mielenterveystyön ammattilaisten ja etänä suoritettun tuen välillä. Ensisijaisena hoitokontaktina olevien depressiohoitajien ainakin osittain etänä tapahtuva ohjaus konsultoivan psykiatrin toimesta on helposti sovellettavissa suomalaiseseen toimintaympäristöön.

Kolmiomallin mukaisesti toteutetun hoidon pitkän aikavälin hoitotuloksista on todettu tarvittavan vielä lisää tietoa (Gilbody ym. 2006). Useat yhdysvaltalaiset tutkimukset ovat todenneet kolmiomallin mukaisesti toteutetun hoidon olevan kustannusvaikuttavaa, kun mittareina on käytetty elämänlaadun ja tuottavuuden paranemista sekä terveystalouden kokonaiskäyttöä (Lappalainen, 2014a).

Yhdysvaltojen vakuutusperustaisessa terveydenhuollossa pysyvän yhteistoimintaan kannustavan rahoitusmallin luominen on osoittautunut haasteelliseksi johtuen eri hoitotahojen hallinnollisesta ja rakenteellisesta siiloutumisesta. Keskeiset hallinnolliset ongelmat ovat liittyneet hoidon korvausten maksamiseen ja niiden suuruuden määrittelyyn (O'Donnell, Williams, & Kilbourne, 2013). Yleisellä tasolla kolmiomallin sovittaminen terveydenhuoltoon monituottajamalliin vaatii kustannusten tasapuoliseen jakoon ja potentiaaliseen kermankuorintaan liittyvien riskien hallintaa.

Terveyshyötymalli (Chronic Care Model)

Terveyshyötymallia (chronic care model) on kehitetty vastauksena kroonisten sairauksien lisääntymiseen kaikissa länsimaissa (www.improvingchroniccare.org). Malli ei ole sellaiseen kopioitavissa, mutta sen yleiset periaatteet ovat sovellettavissa eri maiden terveydenhoidossa. Suomessa terveyshyötymallia on kehitetty Kaste-hankkeissa, erityisesti Hyvä vastaanotto-hankkeessa sekä POTKU-hankkeessa, jotka on raportoitu Innokylä -portaalissa (www.innokyla.fi).

Terveyshyötymallin keskeiset painopisteet koostuvat ennen kaikkea (1) huomion kohdentamisesta pitkäaikaissairauksien kokonaisvaltaiseen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn, (2) ihmislähtöisyyteen, jossa korostuu palveluiden käyttäjän aktiivisuus ja oma toimijuus, (3) jatkuva ja suunnitelmallinen hoito ja sairauksien hallinta vastakohtana sairauksien parantamiselle sekä (4) hoidon toteuttaminen perusterveydenhuollossa ja yhteydessä palveluissa asioivaan lähiyhteisöön (Stanhope ym. 2015).

Integroidun hoidon mallina terveyshyötymalli on todettu vaikuttavaksi mielenterveysongelmien hoidossa ilman merkittävää kustannusten kasvua (O'Donnell ym. 2013). Ihannetilanteessa mallia toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen (esim. sairaanhoitaja tai

sosiaalityöntekijä) osana perusterveydenhuoltoa. Kaiken hoidon ja tuen keskiössä on hoitoa saava yksilö, joka osallistuu aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen (Stanhope ym. 2015). Vastuutyöntekijä antaa neuvontaa itsehoidossa, seuraa toipumista ja tarvittaessa konsultoi mielenterveystyön asiantuntijaa (esim. psykiatria), joka voi sijaita perusterveydenhuollossa tai ulkopuolisessa konsultaatiotukea antavassa yksikössä (O'Donnell ym. 2013).

Terveysyhytymallin osana voidaan hyödyntää erilaisia itsehoitoa hyödyntäviä menetelmiä. Esimerkiksi masennuksen hoidossa tuettu itsehoito (supported self-management) on kanadalaisen tutkijoiden mukaan lupaava ja useissa tapauksissa kustannustehokas menetelmä, jota edelleen kuitenkin hyödynnetään vähäisesti nykyisessä palvelujärjestelmässä (Bilsker, Goldner, & Anderson, 2012). Tuettuun itsehoitoon tyypillisesti kuuluu hoitoa tukeva materiaali (painettuna tai verkossa) sekä terveydenhuollon ammattilaisen tarjoama tuki. Lisäksi voidaan hyödyntää koulutettuja tukihenkilöitä. Yhtenä keskeisenä esteenä tuetun itsehoidon leviämiseksi pidetään terveydenhuollon vakiintuneita käytäntöjä, joihin uusien menetelmien sisällyttäminen tapahtuu usein hitaasti. Pitkäaikaisen masennuksen hoitoon on kehitetty Espoossa ja Vantaalla toimintatapa, jossa erikoissairaanhoidon jälkeen potilas siirtyy terveysaseman lääkärin ja omahoitajan (case manager) seurantaan ja sen lisäksi osallistuu erilaisiin järjestöjen ja muiden toimijoiden vertaistukiryhmiin (Heino & Melartin, 2012; Hyytiäinen & Huittinen, 2012).

Terveysyhytymallia soveltamalla myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon vaikuttavuutta voitaisiin merkittävästi parantaa. Yhdysvalloissa Bauer ym. (2006a, 2006b) tutkivat satunnaistetussa vertailukokeessa hoitomallia, joka sisälsi palveluiden käyttäjien psykoedukaatiota, palvelutuottajien ohjeistamista hoitokäytännöistä, palveluiden saatavuuden sekä jatkuvuuden parantamisesta. Pidempiaikaisessa seurannassa toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumista havaittiin etenkin kahden ja kolmen vuoden jälkeen.

Tehostettu palveluohjaus (Intensive Case Management)

Palvelujärjestelmässä case management -toiminta viittaa palveluiden käyttäjälle nimettyyn ja säännöllisessä kontaktissa olevaan asianhoitajaan (case manager), joka on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Vastuuhenkilö voi olla esimerkiksi sosiaalityöntekijä tai sairaanhoitaja, jonka tehtävän on palveluiden käyttäjän hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointi sekä hoidon suunnittelu ja koordinointi (Saxén, 2012). Suomenkielisessä terveydenhuollossa termejä "case management" ja "care management" kuvataan usein palveluohjauksena. Menetelmänä palveluohjauksen on todettu meta-analyysin perusteella parantaneen vähäisesti tai kohtalaisesti mielenterveyspalveluiden vaikuttavuutta (Ziguras & Stuart, 2000).

Tehostettu palveluohjaus (intensive care management, ICM) viittaa yhden ohjaajan ohjauksessa olevien palveluiden käyttäjien määrän rajaamista 10-20 henkilöön (Saxén, 2012). Tehostetun palveluohjauksen on todettu vähentäneen vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien sairaalajaksoja ja parantaneen sosiaalista toimintakykyä (Dieterich ym. 2010). Pitkäaikaisvaikutukset esimerkiksi hoitomyyntyvyyden suhteen tulokset eivät ole yhtä selkeitä (Cruz & Cruz, 2001).

3.2.2. Väestökyselyn tuloksia

Vastaajat pitivät kaikista tärkeimpänä integraation elementtinä saumattomien hoitoketjujen varmistamista eri palveluiden ja sektoreiden välillä. Tämän jälkeen tärkeimpinä pidettiin palveluohjauksen parantamista, käytännön työntekijöiden nykyistä vahvempaa osallisuutta pal-

veluiden suunnittelussa, palveluihin kiinnittymisen varmistamista riippumatta mitä kautta niihin on hakeuduttu (ns. yhden oven periaate) ja palveluiden käyttäjien tiiviimpää osallisuutta palveluiden suunnittelutyöhön.

Integraatiota tukevat toimintamallit (palveluiden käyttäjät ja omaiset)

Keskeisin ylätason toistuva teema palveluiden käyttäjien ja omaisten vastauksissa oli toive terveyspalveluiden siirtymisestä kokonaisvaltaisempaan suuntaan, jossa palveluiden käyttäjien sairaushistoria ja elämäntilanne tulisi huomioiduksi kokonaisuutena. Palveluiden toivottiin myös toimivan huomattavasti nykyistä saumattomammin yhteen.

Terveyspalvelujärjestelmän toiminnan kehittäminen

Toivottiin, että palvelutarpeen kannalta olennaiset tiedot siirtyisivät sulavasti eri toimijoiden välillä ilman, että potilaan itsensä täytyy eri käynneillä toistaa aikaisemmin kertomiaan asioita. Hoitoyksiköiden välillä tapahtuvia siirtymiä toivottiin tehtävän joustavammiksi "saattavan hoidon" avulla. Tietojen kirjaamiseen liittyen vastauksissa toivottiin palveluiden käyttäjälle mahdollisuutta kirjata omia tietojaan sähköiseen järjestelmään, jossa olevien tietojen jakamisen voisi sallia eri toimijoiden kesken.

Arjen auttajat ja kanssakulkijat

Palveluiden käyttäjien ja omaisten avovastauksissa esitettiin jalkautuvan työotteen vahvistamista tulevaisuudessa. Toivottiin, että arjen auttajat ja kanssakulkijat osallistuisivat palvelutarpeessa olevan arkiseen elämänhallinnan vahvistamiseen. Yksilöllisesti tarjotun kotipalvelun ja tuen ohella toivottiin kartoitettavan ryhmätoimintaa arjen haasteiden kanssa.

Integraatiota tukevat toimintamallit (sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja muut vastaajat, N=80)

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten vastauksissa oli paljon yhtenevää palveluiden käyttäjien ja heidän läheistensä vastauksien kanssa. Vastauksissa toistuvina teemoina olivat matkan kynnyksen palveluiden tarve, arkinen apu ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen. Vastaajat toivoivat, että sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkailla olisi jo ensimmäisestä yhteydenotosta lähtien joku vastuukontakti, jonka kautta vältettäisiin pallottelu luukulta toiselle tai pitkään jatkuva yhteydenoton odotteluun liittyvä epätietoisuus.

Hoitoketjujen toimivuuden varmistaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vastauksissa kiinnitettiin erityishuomiota hoitoketjujen sujuvuuteen. Käytännössä tämän nähtiin tarkoittavan, että palveluiden käyttäjät ohjautuvat tarpeita vastaavan palvelun piiriin minkä tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon kontaktin kautta. Osa vastaajista piti tärkeänä, että samasta paikasta olisi mahdollisuus saada sekä sosiaalialan ja terveydenhuollon palveluita, mutta myös yhdistetysti mielenterveys- ja päihdepalveluita.

Työntekijöiden vaihtuvuuden minimointi koettiin myös tärkeänä, jotta hoitokontaktien jatkuvuus voitaisiin turvata. Hoitoketjujen ja paremmin integroitujen palveluiden luomiseksi esitettiin tarve validien ja paremmin asiakkaan kokemusta osoittavien ja eri sektoreiden yhteisten arviointi- ja mittaustapojen käyttöönotto.

Johtamisen ja moniammatillisen työn kehittäminen

Erilaisista johtamistyön malleista esiin nostettiin muun muassa valmentava johtajuus, jossa korostuu alaisten arvostaminen ja yhteistoiminta sekä yhteen sovittava johtajuus, jota on yhtenä kokonaisuutena sovellettu Suomessa lasten, nuorten ja perheiden palvelujen parempaan koordinaatioon. Integraation edistämiseksi esimiehillä tulisi olla hallinnollisen ymmärryksen lisäksi myös ymmärrys mielenterveys- ja päihdetyön sisällöstä.

Moniammatillisuus nähtiin vastauksissa keinoksi, jolla ihannetilanteessa varmistetaan avun saaminen yhdeltä luukulta ilman lähetteitä ja pitkiä odotusaikoja.

3.2.3. Keskeiset havainnot asiantuntijahaastatteluista

Palvelukokonaisuudet

Moninaisuuden tunnistaminen on edellytys sille, että erilaisten yleisten kohderyhmien palvelutarpeet tulevat tunnistetuksi (esim. nuoret, iäkkäät, työssäkäyvät, työttömät, maahanmuuttajat), mutta samalla järjestelmän tulisi kyetä huomioimaan myös tarpeiden yksilöllinen variaatio kohderyhmän yleisten tarpeiden rinnalla. Palvelukokonaisuuksien tulisi osoittaa niiden piirissä olevalla käyttäjälle yksilöllisesti syntyvä arvonalisä koetun terveyden tai sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta.⁴

Moniongelmaisten ja merkittäviä terveyshaasteita omaavien erityisryhmien tavoitettavuuteen ja hoitoon pääsyyn tulisi kiinnittää huomiota sote-uudistuksen toimeenpanovaiheessa. Eri-tyisryhmien osalta palveluiden käyttäjien kokemuksen huomioimista ja ihmislähtöistä työtettä pidettiin tärkeänä luottamuksen syntymisen edellytyksenä.

Esimerkiksi korvaushoitopotilaiden suhteen tulisi kartoittaa psykososiaalisen tuen tarvetta mahdollisesti ensisijaiseksi määritellyn lääkehoidon ohella. Sosiaalityön integroiminen osaksi hoitoa on keskeistä, mikäli päihdeongelmasta toipuvia halutaan aidosta integroida esimerkiksi koulutukseen ja työelämään.

Haastatteluissa mainittiin keskeisinä johtamiseen liittyvinä yhteistyötä edistävinä tekijöinä selkeät rakenteet ja vastuut sekä osallistava työtapa, jossa työntekijöitä kannustetaan kehittämään omaa toimintaansa. Hyvällä henkilöstöjohtamisella voidaan luoda vapaampaa ilmapiiriä, vähentää työntekijöiden ns. ajalehtimistä sekä purkaa työntekemisen esteeksi tulevia asenteita, jotka voivat nousta eri ammattiryhmien erilaisista valtahierarkioista ja kulttuureista (esim. erot lääkäreiden, sairaanhoitajien ja sosiaalityöntekijöiden välillä).

Haastatteluiden perusteella suositukseksi voidaan nostaa käytännön työntekijöiden vahvempi osallistaminen palveluiden ja prosessien kehittämistyöhön. Huomio tulisi kiinnittää vaaraan, että merkittävässä määrin ns. ylhäältä-alas laaditut palvelukokonaisuudet eivät tulisivat vastaamaan työntekijöiden todellisuutta eivätkä palveluiden käyttäjien tarpeita. Yleisesti toivottiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia johtamiseen sekä poikkisektoriaaliseen hallintoon vahvistettaisiin täydennyskoulutuksena sekä tutkintojen sisältöjä kehittämällä.

⁴ Terveydenhuollossa usein käytetty ns. triple aim -käsite kattaa asiakaskokemuksen, saavutetun terveyshyödyn ja kustannusvaikuttavuuden. Myöhemmin rinnalle on nostettu neljäs tavoite eli henkilöstökokemus, joka liittyy työn suorittamisen edellytyksiin ja työhyvinvointiin (ns. quadruple aim).

Haastateltavien näkökulmasta erityinen kehittämiskohde mielenterveys- ja päihdepalveluissa on edelleen näiden integroituminen. Hallinnollisesti näin on monin paikoin tehty, mutta työntekijätason integraatiota on jatkettava. Moniammatillisten tiimien rakentamista vaikeuttavat horisontaalisesti siiloutuneiden rakenteiden lisäksi organisaatioiden vertikaaliset hierarkiatasot ja ammattilaisten vakiintuneet työtavat sekä toisistaan eroavat toimintakulttuurit. Työnkuvien kapeneminen voi johtaa erikoispalveluiden tuottamiseen, joka on palveluiden käyttäjien tarpeiden kannalta vinoutunutta ja luo mielenterveys- ja päihdeongelmien kohtamiseen ”ei kuulu minulle” -ilmiön.

Tarpeiden parempi tunnistaminen

Palvelutarpeista tarvittaisiin parempi kokonaiskuva. Valmiiksi luotujen ”pakettien” sijaan ihmislähtoisempänä lähestymistapana esitettiin, että kerätään tietoa kasautuvista tarpeista nykyistä järjestelmällisemmin.

Palvelutarpeiden tarkemman kartoittamisen keskeisinä keinoina mainittiin käyttäjien osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Yksinkertaisimmillaan kyseeseen tulevat suorat mekanismit, joiden kautta on mahdollista antaa välitöntä palautetta palveluiden kehittämistyöhön sekä tämän palautteen asianmukaista käsittelyä ja siitä nousevia toimenpiteitä.

Yhteistyöhön perustuvissa malleissa tukeudutaan ajatukseen, jonka mukaan yksilön kuntoutumista voidaan merkittävästi edistää omaehtoisen toiminnan kautta myös ilman asiantuntijoiden tukea. Useammassa haastattelussa esitettiin, että erilaisia tuetun kuntoutumisen malleja tulisi tuoda Suomeen merkittävästi nykyistä suuremmassa mittakaavassa.

Kokonaisvastuun varmistaminen

Perusterveydenhuollossa tulisi olla laaja tietämys paikallisesti tarjolla olevista palveluista, sekä siitä miten ne kytkeytyvät toisiinsa, jotta palveluihin ohjaaminen olisi mahdollista. Käytön tarvittaisiin puolueettomasti tuotettu paikallinen tietopankki palvelujen kokonaisuudesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista ja kykyä toimia palveluohjaajan roolissa tulisi vahvistaa koulutuksen ja johtamisen avulla. Keskeisenä haastatteluissa esitettyä huolena tuotiin esille vaara palveluiden edelleen nykyistä suuremmasta pirstoutumisesta ja tilanteesta, jossa kukaan ei ole selkeää kokonaisvastuuta heikossa asemassa olevista mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeutuneista kansalaisista. Ratkaisuna esitettiin selkeäns. kanssakulkijaportaan luomista varmistamaan, että heikoimmassa asemassa oleva noin 10 prosenttia kansalaisista tulisi pärjäämään uudessa järjestelmässä.

Mielenterveys- tai päihdepalveluissa asioivalla tulisi olla selkeä kuva palvelu- ja hoitoprosessin luonteesta sekä sen etenemisestä. Yksi palveluohjauksen malli on varmistaa palveluiden käyttäjälle tietty yhteyshenkilö, joka voi olla tilanteesta ja tarpeesta riippuen esimerkiksi sairaanhoitaja, psykologi tai sosiaalityöntekijä.

Muutos poikkihallinnolliseen työskentelytapaan on kuitenkin haastava, sillä yhteistyön esteeksi muodostuvat helposti muun muassa toisistaan poikkeavat ammatilliset käsitykset taroituksenmukaisesta hoidosta, työskentely- ja toimintatapojen erot professioiden välillä, erilaiset arvomaailmat sekä edellytys vallan uudelleenjakamisesta useiden toimijoiden kesken. Poikkihallinnollisen työskentelytavan toimeenpano vaatii runsaasti aikaa ja vapautta kokeiluun, jota kautta parhaiten toimivat käytännöt on mahdollista juurruttaa organisaatiotasolle.

Palveluihin kiinnittyminen

Haastateltavat toivat esiin keskeisenä palvelujärjestelmää koskevana tavoitteena ns. poiskäännyttämisen minimoimisen. Mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuvat kohtaavat edelleen asiointitilanteita, joissa he kokevat hoitomotivaation ja -myönteisyyden kyseenalaistamista. Ihannetilanteessa palveluntuottajat profiloituisivat ja kokisivat velvollisuudeksi käyttäjien hoitomotivaation kasvattamisen ja sopiviin palveluihin ohjaamisen.

Haastatteluissa kannettiin huolta siitä, että esitetty sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisrakenne ei itsessään lisää palveluihin kiinnittymistä. Keskeiseksi seuraavaksi prioriteetiksi haastateltavat ehdottivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden sisältöihin keskittymistä ja organisointia ohjaavien menetelmien kehitystyön.

Palveluiden käyttäjälle sote-uudistuksen myötä syntyvistä lisäkatkoksisista kannettiin huolta ja esitettiin, että haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden mahdolliset palvelukatkokset tulisi pyrkiä järjestelmällisesti ennakoimaan muutosvaiheessa.

Kokeilut sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Kokeilujen tarvetta päihde- ja mielenterveyspalveluissa painotettiin muutaman haastateltavan toimesta. Keskeistä olisi kysyä miten uusia toimintamalleja ja -tapoja voitaisiin paremmin integroida järjestelmään. Nykyisen sote-uudistuksen suunnan nähtiin johtavan ennen kaikkea tuotteistettuihin toimintamalleihin, mutta ei kokeiluihin. Ratkaisuna esitettiin toimijaa, joka rahoittaisi kokeilevaa ja alkuvaiheen toimintaa, joka eroaa merkittävästi tuotteistamiseen tähtäävästä kehitystyöstä.

3.2.4. Kokemustieto

Kokemusasiantuntijat saivat työpajansa aluksi koonnin keskeisistä integraation edistämisen haasteista. Työpajatyöskentelyssä huomiota pyrittiin kiinnittämään tilanteisiin, joissa hoitojärjestelmän koettiin onnistuneen integraatitavoitteen saavuttamisessa. Ensimmäinen kokemusasiantuntijoille esitetty kysymys liittyi myönteisiin kokemuksiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden joustavasta yhteistoiminnasta. Toimivina malleina esiin nostettiin kokemusasiantuntijan vastaanotto terveysasemilla, sairaaloiden ja järjestöjen yhteistoimintana tarjottu vertaistuki (esim. HUS:n ja EJY ry:n yhteistyönä toteutetut OLKA-pisteet) sekä asiakas- ja tukihenkilötyö sosiaalityössä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteistoiminnan kehittämiseksi esitettiin mielenterveystyötoimijoiden verkostomaisen työtavan kehittämistä ja moniammatillista yhteistyötä. Verkoston tulisi kattaa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Tärkeäksi koettiin, että toimijat tunsivat toisensa niin hyvin, että osaisivat ohjata asiakkaan tarvittaessa paremmin sopivan palvelun piiriin, mikäli toimijalla itsellään ei ole sitä tarjota.

Palveluiden saatavuuteen liittyen kokemusasiantuntijat pitivät tärkeänä, että mahdollisimman suuren osan palveluista voisi saada samasta paikasta. Lisäksi omaisten ja kuntoutujan läheisten osallisuutta hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa pidettiin tärkeänä. Kokemusasiantuntijat toivovat, että palvelujärjestelmä huomioisi nykyistä paremmin palveluiden käyttäjän elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti. Usein diagnosoidun sairauden ohella tukea tarvitaan myös monilla muilla elämän osa-alueilla.

Kokemusasiantuntijoiden laajempi hyödyntäminen vertaiskouluttajina sekä palvelutilanteissa mukana olevina tukihenkilöinä nähtiin kehittämisen arvoisiksi toimintamalleiksi. Käytännön

ehdotuksena esitettiin palvelutuottajien ja kokemusasiantuntijoiden tiivistä yhteistyöverkosta.

Kokemusasiantuntijoiden käsityksiä hyvästä hoitosuhteesta

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tulisi tunnistaa, että osalle mielenterveys- ja päihdepalveluissa asioiville luottamuksen rakentaminen on pitkä ja vaikea prosessi. Luottamuksen rakentamiseen todettiin kuuluvaksi myös vaikeuksien ja vastoinkäymisten sietäminen sekä niistä selviytyminen. Palveluihin vapaaehtoisesti hakeutuvan mielenterveys- tai päihdekuntoutujan oma motivaatio on kyettävä hyödyntämään alussa mahdollisimman hyvin, jolloin kuntoutuminen pääsee nopeasti alkuun. Toisaalta kuntoutujaa ei tulisi hylätä epäonnistumisten tai esimerkiksi retkahdusten vuoksi. Avohoidossa tärkeänä pidettiin sitä, että kuntoutuja saa mahdollisimman vaivattomasti yhteyden omaan vastuuhenkilöönsä, mikäli jokin ajan-kohtainen tarve nousee.

3.2.5. Kansalaiskuuleminen

Ota kantaa -kyselyssä integraatioon ehdotettuja suosituksia kommentoitiin 25 kertaa. Erityisesti korostettiin, että sosiaalityö tulisi ottaa selkeästi mukaan osaksi integraatiota. Sosiaalityön osaaminen nostettiin esille keinona, jonka avulla asiakkaan omaiset, lähipiiri ja arki kokonaisuudessaan voitaisiin huomioida osana hoitoa. Selkeänä ongelmana ja uhkana nähtiin vain oireisiin kohdistuva hoito.

Kokemusasiantuntijan tarjoamaa tukea pidettiin asiakkaan kannalta keskeisenä. Kommentoijat ehdottivat, että kokemusasiantuntija voisi työskennellä osana laajempaa tiimiä tai työparina ammattilaisen kanssa. Asiakkaan hoitoa koordinoivan vastuuhenkilön toivottiin saavan riittävästi valtuuksia päätösten tekemistä varten. Myös vastuuhenkilön osaamisen merkitystä korostettiin, jotta hoito voisi toteutua parhaalla mahdollisella tavalla.

3.2.6. Yhteenveto ja suositukset

- Mielenterveys- ja päihdeongelmien kustannusvaikuttava ja tehokas ratkaiseminen edellyttää osin valtavirrasta poikkeavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita mutta myös toimivaa integraatiota muiden hallinnonalojen palveluihin. Hoitoketjuissa syntyvät katkokset heikentävät hoitomotivaatiota eniten hoidon tarpeessa olevien joukossa. Asiantuntemuksen ja palveluiden laadun varmistaminen tarvitsee ohjausta, valvontaa mutta usein myös riittävän suuria järjestäjäyksiköitä, joiden kautta turvataan riittävä asiantuntemus.
- Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus suosittaa, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi integroida perustason muuhun terveydenhuoltoon. Parhaimmillaan tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisemman lähestymistavan, lisää palveluiden saavutettavuutta ja vähentää stigmaa eli häpeäilemää. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen suorittama kokonaisvaltainen hoidon- ja palvelutarpeiden arviointi tulisi toteuttaa heti hoitosuhteen alkuvaiheessa. Yhteensovitettuun hoitoon tulisi panostaa tulevaisuudessa vahvemmin ja valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. Palvelujärjestelmän tulisi taata yksi vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on palveluihin liittyvän kokonaisuuden suunnittelu ja arviointi.

- Mielenterveysongelmien hoidon integraatiossa perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli ja siellä tulisi pystyä laatimaan myös yksi integroitu hoitosuunnitelma esimerkiksi ns. kolmiomallia (CCM, Collaborative Care Model) käyttämällä. Perusterveydenhuollossa asiakkaan tarpeet huomioidaan mielenterveyden, somaattisen terveyden sekä psykososiaalisen tuen osalta. Hoitoa koordinoi ja toipumista seuraa aina vastuhenkilö, esimerkiksi depressiohoitaja. Asiakkaille tulee tarjota mahdollisuus itse osallistua aktiivisesti pitkäaikaisen sairauden hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kustannustehokkaaksi tavaksi tähän on osoittautunut terveyshyötymalli (Chronic Care Model, CCM), jossa asiakkaan toimijuus ja ihmislähtöisyys korostuvat.
- Yksilöllisen hoitosuunnitelman toimeenpanon tulisi ensisijassa olla perusterveydenhuollossa toteutettavaa lähipalvelua, joka tarvittaessa hyödyntää myös muita tarpeenmukaisia tuki- ja kuntoutuspalveluja. Hoitosuunnitelman päivittämiseen ja seurantaan tarvitaan toimiva tietojärjestelmä yhdistettynä valtakunnalliseen kanta.fi-palveluun. Terveystuon tietojärjestelmien saaminen palvelemaan yksilöllisen integroidun hoitosuunnitelman toteuttamista ja seurantaa on tulevien vuosien keskeinen haaste. Palveluiden käyttäjän näkökulmasta tietojärjestelmien tulisi taata, että yksilöllinen hoitosuunnitelma on vaivattomasti kaikkien hoidon toteuttamisen kannalta relevanttien terveydenhuollon ammattilaisten hyödynnettävissä.
- Aktiivisen kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisen tulee olla osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää. Palveluiden käyttäjien kokemus pitää huomioida paremmin palveluprosessin kaikissa vaiheissa. Hoidon ja tuen lähtökohtana tulee olla luottamuksen syntyminen ja ihmislähtöinen työote. Kokemusasiantuntijoiden vastaanottoja sekä vertaistukeen perustuvaa ryhmätoimintaa tulee olla tarjolla ammattilaisten tarjoaman hoidon rinnalla.

3.3. Ulkomaiset mallit mielenterveys- ja päihdepalvelujen monituottajamalleista

Tässä luvussa tarkastellaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden toiminnasta saatuja kokemuksia tilanteissa, joissa on useita (mahdollisesti kilpailevia) palvelutuottajia. Ruotsista ja Isosta-Britanniasta saatujen kokemusten pohjalta tarkastellaan, miten rahoitus on toteutettu ja onko se ollut tehokasta. Käsiteltävinä malleina ovat henkilökohtainen budjetti ja asiakasasetelit, joiden tarkoituksena on edistää yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja valinnanmahdollisuuksia mielenterveyspalveluissa.

Arvioinnissa todetaan, että siellä missä mielenterveyspalvelut on järjestetty alueittain, kilpailu on ollut vähäistä psykiatrian sairaalapalveluissa, mikä saattaa johtua suurten yksiköiden skaalautuvasta tehokkuudesta. Mahdollisuuksia suurempaan valinnanvapauteen ja kilpailuun on enemmän toipumista tukevista avopalveluista, kuten psykoterapioista. Usean tuottajan tulisi periaatteessa edistää palvelunkäyttäjän voimaantumista, mutta valinnanvapautta lisäävät uudistukset eivät välttämättä edistä palvelujen monimuotoistumista. Markkinoihin joudutaan puuttumaan, jotta voidaan varmistaa, että laatuun ja hoitoon pääsyyn kiinnitetään tarpeeksi huomiota. Lisäksi päättäjien tulee myös huolehtia palvelujen pysyvyydestä. Hoidon jatkuvuuden kannalta saattaa olla ratkaisevaa, että palveluntarjoajia kannustetaan keskinäiseen yhteistyöhön.

Vaikka näyttöä on toistaiseksi niukasti, mielenterveyspalvelujen käyttäjille tarjotusta henkilökohtaisesta budjetista löydettiin myönteisiä kokemuksia. Henkilökohtainen budjetti lisää hallinnollisia kustannuksia, mutta tällainen yksilön tarpeisiin perustuva lähestymistapa voi silti olla kustannustehokas ja sairaanhoitopalvelujen käyttöä vähentävä. Terveyspalvelujen käyttö vähenee ja muiden palveluiden käyttö todennäköisesti lisääntyy. Menestyksekkään toteutuksen kannalta tärkeä tekijä on näiden palvelujen mahdollisimman joustava käyttö sekä suuri määrä saatavilla olevia palveluvaihtoehtoja. Palveluiden käyttäjien ja tuottajien tulisi suunnitteluvaiheessa yhdessä osallistua järjestelmän rahoituksen suunnitteluun, sillä sekä käyttäjät että mielenterveystyön ammattilaiset hyötyvät jatkuvasta tiedonsaannista ja järjestelmän toiminnan kehittämisestä.

=====

This chapter reviews a range of evidence from contexts where multiple (and potentially competing) service providers are responsible for the delivery of mental health and substance abuse services. Drawing primarily on experience in Sweden and the UK it also considers whether funding mechanisms such as personal budgets and vouchers, intended to promote personalisation and greater choice in services and supports for people with mental health needs, have been implemented and whether they have been effective.

The review finds that where mental health services have been organised around geographical areas there has been little competition in the provision of specialist inpatient mental health services and this may reflect economics of scale. There is more potential for choice and competition in community services that help promote recovery, including psychological therapies. In principle multiple providers should help promote more service user empowerment, but implementation of reforms to promote choice may not always lead to diversity in service provision. Policy makers will need to intervene in order to ensure that there is sufficient attention to quality and access issues, as well as addressing concerns around the sustainability of services. Mechanisms to encourage service providers to collaborate with each other may also be essential for continuity of care

The review identified positive albeit limited experience on the use of personal budgets/vouchers for mental health service users; despite additional administration costs these personalised approaches can be cost effective and reduce the need for clinical services. They are also likely to lead to greater use of non-clinical services. Maximising flexibility in how they can be used and the level of choice available are important factors in successful implementation. Service users and health service providers need to work together in planning the introduction of these schemes; both service users and mental health professionals will also benefit from continued access to information and support on the way in which these schemes work.

Background

This review is concerned with looking at the strengths, weakness and experience of the provision of mental health and substance abuse services in contexts where multiple (and potentially competing) service providers are responsible for the delivery of services. It does not concern itself with sources of funding for these services, but is however concerned with the flow of funding to service providers and in particular in the potential use of funding for self-directed support for people living with mental health problems, such as the use of vouchers or personal budgets. It does not look at the separation of responsibility for mental health services from physical health services – that is not considered to fulfil the conditions for multiple service providers in this review. The initial literature review undertaken in Finland has

been supplemented by further information from a refined review and scoping of the literature.

Some of the questions that the review has sought to address have included:

- Can market mechanisms for mental health services work?
- How can continuity of care be maintained in a system with multiple service providers?
- Are multiple service provider models sustainable and do they represent value for money?
- Is there sufficient information, support and safeguards available for service users to make an informed choice?
- Are there particular challenges to a multiple service provider model in areas with very low population density?
- How can equitable access to services be maintained and disincentives such as cream skimming avoided?
- What mistakes have been made when introducing a system of multiple competing providers of mental health and addiction care?
- How have vouchers been used to promote choice, how has their value been determined and how best can systems be organized to minimise bureaucracy and promote better outcomes?
- How can such multi-provider systems, including those with vouchers or similar mechanisms be monitored?

The chapter is divided into two sections. The first looks at multiple service providers, and the second focuses on payment mechanisms that can be used for self-directed support.

3.3.1. Multiple Service Provision Models: Core Findings

Empowering mental health service users to have more choice and control over the services that they use has been a fundamental element of mental health service reform in Europe and elsewhere over the last two decades. This section summarises core findings on the potential for multiple service providers drawing on findings from past experience of multiple service provision for mental health and related areas such as social care.

- In contrast to literature on how mental health services are funded, and indeed as to how any one service, or even mental health system is organised, there has been much less discussion of the costs/benefits of multiple providers competing and /or coordinating in the provision of mental health services in high income countries. This can be contrasted also with literature on competition for somatic / general health care where there has been an extensive discussion of the introduction of market mechanisms within predominantly universal tax or social insurance funded health care systems.

- It is also clear that historically in systems where services have been organised around geographical regions / catchment areas there has been little competition in the provision of acute inpatient mental health services (Mental Health Strategies, 2012). This probably reflects economies of scale – outside of large population centres there is limited scope for competing inpatient services. It is simply not practical to have duplication of service provision. This may have particular implications in sparsely populated areas in parts of Finland.
- Most of the literature looking at the case for multiple provider provision focuses on community mental health services. One example of competition can be in the provision of psychological therapies by multiple (perhaps single-handed) therapists. In addition, primary care services in many countries have long been characterised by plurality in service provision; and primary care providers will play a key role in supporting people with mental health needs. In the Netherlands, for example, mental health ‘physician assistants’ increasingly work with general practitioners to provide services (Westra, Wilbers, & Angeli, 2016).
- There is also likely to be more scope for competition in the provision of smaller scale specialist mental health services which do not have the scale to be delivered in every region, examples of this could include specialist eating disorder, addiction or substance abuse services, as well as long stay inpatient care services for people with complex and severe mental health needs, such as personality disorders.
- Much of the literature on multiple providers is less focused on clinical aspects of recovery but rather on issues such as help with education, employment and housing. This is not surprising given the focus on community mental health services and an emphasis on social and functional recovery rather than symptom management. Here there will be some overlap with the discussions in this report on intersectoral service provision for mental health.
- The success of multiple provider models is mixed; policy makers will need to intervene in the market in order to ensure that there is sufficient attention to quality and access issues, as well as addressing concerns around the sustainability of services. While in principle multiple providers should help promote more service user empowerment, implementation of reforms to promote choice may not always promote diversity in service provision.
- Careful consideration must be given to the accessibility and availability of information for service users.
- Careful consideration must be given to having a regulatory framework in place to incentivise a focus on quality and not just cost containment.
- Mechanisms to encourage service providers to collaborate with each other may also be essential to continuity of care

Discussion: Choice, empowerment and multiple providers

Creating the conditions for multiple service providers to offer services to people with mental health needs should in principle foster more choice. This suggests less central control on services and more scope for the evolution of different models of service provision. Increased choice is also consistent with the notion of the increased flexibility of service providers in adapting services to meet demands. These, in some countries, can include services that are not traditionally seen as mental health services but aid in recovery, for instance participation in academic courses or arts activities (Slade, McDaid, Shepherd, Williams, & Repper, 2017).

There is limited information available on how well these models of service provision work; but some lessons can be drawn not only from mental health and substance abuse experience but also by looking at similar approaches to the delivery of services for people with physical disabilities, as well as older people. These suggest that there can be significant satisfaction associated with greater choice of services. The literature also indicates that while many mental health service users will feel empowered to actively make choices over service use, something that can in its own right be beneficial to recovery, some individuals may not always want to have to make choices about services. Indeed in some circumstances they may even find the process of making choice stressful.

Choice will also only be positively enhanced if the services that are available reflect the needs and preferences of service users. Market choice assumes that individuals act rationally; however it is well known that health care markets are imperfect and can lead to sub-optimal choices being made. It is very important to provide sufficient information on different potential health related choices, including if necessary support from an independent advocate or navigator, to help make fully informed choices. There may also need to be a system in place to explore whether there should be some restrictions on some choices if these are likely to be detrimental to mental health.

Tension between choice and sustainability of services

Services need to be sufficiently developed and stable financially, but there can be a tension between flexibility of services to meet individual service need and the sustainability of services. Analysis in Sweden looking at the implementation of a market-system for community mental health services reported the difference in objectives between mental health care professionals who hoped that the new system would lead to better outcomes for service users and health service managers who were more focused on the market from a cost and efficiency perspective (Andersson, Eklund, Sandlund, & Markstrom, 2016).

Some services may cease to function because of insufficient numbers of participants; this may be entirely appropriate as it reflects the choices of service users, but it may also make it difficult to plan service provision, unless there are some restrictions placed on the ways in which funds are used. In essence there may be political and practical concerns and trade-offs on the appropriateness of services that are chosen. Greater choice over how funds are spent by service users may increase the level of uncertainty over the future of 'traditional services' that have erstwhile been funded by block contracts and /or have had a guaranteed clientele. But this also provides an opportunity to potentially move away from more traditional medical model approaches towards more use of psychological therapies or interventions that are social rather than medical in nature. There also needs to be space within

these service models to support service user inspired services, including financial support for different types of peer self-support activities.

While reshaping a system to allow new services to develop may be more responsive to individual needs, any uncertainty for existing services over their future streams of revenue may have an adverse impact on some of their service users who may be worried that a service that they use may have to close. Interviews with service users in one locality in Sweden where increased choice over day services was implemented found that some service users 'requested predictability and continuity [but the increased] unpredictability caused problems such as nightmares and anxiety..... this finding implies that the market rationale in terms of competitive mechanism created a sense of powerlessness rather than a sense of power' (Fjellfeldt, Eklund, Sandlund, & Markstrom, 2016). Research in England also notes that choice based systems can inadvertently lead to stress and anxiety for service users (Hamilton et al., 2016). Policy responses will need to be put in place to try and minimise these concerns.

Ensuring local service commissioners have necessary skills to work with multiple providers

From a service funder perspective, an increase in the number of potential providers is not without challenges. In the Netherlands in 2015 the 393 municipalities in the country became fully responsible for most mental health services for children. Their lack of experience in commissioning mental health services it has been argued may increase the time and expense needed to agree contracts with service providers (Westra et al., 2016). Thus it will be important for government to ensure that there is appropriate support for municipalities and other commissioners if there is an expansion of services in the market.

Competition or collaboration?

An increase in the number of service providers does not necessarily mean that they will compete with each other, at least not at a local level. Service providers may rather see their service offers as being complementary to each other. This may be appropriate with better levels of collaboration helping to achieve improved continuity of care and this in a US context is more likely to be seen between larger, more well established service providers (Polgar, Cabassa, & Morrissey, 2016).

In England most secondary mental health services have tended to be provided by a single organisation within a geographical catchment area. The recent opening up of mental health service provision to greater levels of competition can be characterised by a process in which established health and mental health organisations compete to be awarded a contract to run mental health services in a locality. Ultimately one contract per locality will be awarded for a specific population group – e.g. adults, but this can involve many service providers and other organisations. Tenders usually cover the complete specialist care pathway and may include continuity of care requirements. This means that as part of any response to a tender the lead mental health service provider of a bid has an incentive to seek to form binding contractual partnerships with other organisations, such as non-governmental organisations that deliver additional specific types of mental health support (such as psychological therapies and counselling), as well as with service providers in other sectors such as those in the housing that can help provide services to ensure continuity of support and aid recovery.

This tender bidding process in England can be expensive, but complex contracts drawn up between different organisations can help share the risks and the benefits of the provision of

mental health services. It can also demonstrate to local service commissioners (purchasers) that continuity of care can be maintained, whilst minimising any risks that may be associated with multiple organisations being involved in the delivery of care. In the English context it is still too soon to know how well these partnership models between service providers work in practice, although there are some early signs that there is increased collaboration and standardisation between service providers (Kendall, 2017).

Elsewhere, the Belgian mental health system has long been characterised as being highly fragmented, both in terms of purchasers for services, and in the number of organisations providing different services. This level of fragmentation has historically hindered continuity of care. Recent reforms in Belgium have focused on the establishment of voluntary networks of different mental health service providers to promote better collaboration, co-ordination and continuity of care, as well as provide prevention and long term recovery services (Lorant, Grard, Van Audenhove, et al., 2016). Some of these networks involve more than 100 services. Early experience suggests this approach has some limitations that require attention; hospital based services tend to dominate networks with less attention focused on community services, whilst 'individuals in most need of integrated care in the community, are not being targeted for care within the network by clinicians.' (Lorant, Grard, Van Audenhove, et al., 2016). Organisations within networks can have very different goals and views (e.g. on the importance of community care) in the Belgian system, which may also act as a barrier to cooperation (Lorant, Grard, & Nicaise, 2016).

Consider the wider context in which reforms take place and identifying any unintended consequences

It is also important to consider the wider context in which reforms are taking place to try and minimise any unintended consequences. Looking at experience in the Netherlands, the transfer of responsibility for child and youth mental health services to municipalities came at a time when they were being asked to make a 15% cut in their youth budgets. Some municipalities were therefore reluctant to contract services, reducing the value of potential contracts available, whilst a competitive market between service providers has been slow to emerge. This reduction in funding at a time of reform may have contributed to the higher waiting lists for access to youth mental health services, increased workforce stress and administrative burden that have followed the reforms. Another problem is the way in which the funds that municipalities received for youth services have varied considerably, which in turn has contributed to substantial differences in funding per child between municipalities. It is perhaps then not a surprise that one in five of 120 child psychiatrists and psychologists who responded to a nationwide survey said they were considering stopping their services because of the increase in their workload (Logger & Weijnen, 2017).

Mental health reforms may also not always have the intended outcomes. Interviews with 18 stakeholders in Stockholm, Sweden about the use of day care services two years after reforms were introduced to promote choice and competition suggested that the process had led to more similar rather than different services, collaboration rather than competition between service providers, and more focus on financial issues. From a practical perspective they also noted (even in a city with relatively good transport links) that choice was still limited by geography – the greater the distance the less likely that a service would be used (Andersson et al., 2016). As we note in the detailed description of this evaluation in part II of this chapter, smaller non-public sector services found it more difficult to fulfil all the regula-

tory requirements needed to be part of the new freedom of choice scheme – this inadvertently meant that some specialist services that met the needs of some service users were no longer then funded publicly (Andersson, Eklund, Sandlund, & Markstrom, 2015).

Financial and regulatory frameworks

Payment mechanisms and the nature of financial incentives will have an impact on the way in which mental health systems work in practice. There needs to be careful consideration of how to align these financial mechanisms with the goals of mental health reform. Fragmentation in funding may create barriers to allocating resources to activities that are likely to have the optimum level of effectiveness and cost effectiveness. This may lead to budgetary silos that may hinder service developments with existing budget holders reluctant to see funds go to more non-clinical – non-hospital based recovery services.

Regulatory mechanisms and monitoring of the way in which models of multiple service provision work in practice are also likely to be needed to help ensure quality standards, as well as to safeguard against discrimination in access to services. Determining appropriate quality standards may not be straightforward but it would make sense to use performance against these standards to adjust funding. In the Netherlands competition reforms in the mental health field have been accompanied by continuous amendment not only of quality indicators used, but also in the level of reporting of these quality indicators. However in this Dutch case, for example, it is still unclear if health insurers are contracting with service providers on the basis of their performance against any quality indicators rather than simply against price (Westra et al., 2016).

3.3.2. Promoting choice through financing mechanisms: experience with vouchers and personal budgets in mental health

Vouchers or personal budgets have been argued in the health system in general to help not only promote choice, but also efficiency in the use of resources in a quasi-market, whilst safeguarding the rights of citizens and ensuring the role of the state or social health insurers in the funding of health care systems (Le Grand, 2009). The principles of this type of market mechanism can include individuals not having to spend their own money to obtain services, allowing services to be provided by not-for-profit, as well as for-profit organisations, and ensuring that all individuals are covered by the system and cannot be excluded.

Vouchers or personal budgets can help ensure that funds move away from traditional (and perhaps limiting) mental health care services to other non-health services that can play a major role in social recovery. Increased variability in service provision has been seen in some settings where funding follows an individual service user, for instance if they receive a budget or voucher which they can spend on services of their choice. In United States, for example, the approach has been used to help promote supported employment (O'Brien, Ford, & Malloy, 2005) in addition to community mental health care services (Alakeson, 2010). Other examples of personalised funding mechanisms for health and/or social care can be seen in a number of countries, including Australia, Canada, England, Germany, Ireland, the Netherlands and Sweden (Fleming, 2016).

Different health care systems have experimented in different ways with vouchers, personal budgets and similar mechanisms, for people with mental health problems, as well as for other client groups such as older people and those living with disabilities. In England the

expansion of access to personal budgets is seen as an important way of advancing the personalisation agenda (Slade et al., 2017). Personal budgets have been associated with improved recovery in people with mental disorders (Coyle, 2011; Larsen et al., 2015); in fact the very process of having control over decision making can aid in recovery.

We briefly explore some of these experiences here, focusing mainly on lessons from England and Sweden. It should be stressed that the findings from these examples are not dissimilar to comparable examples seen elsewhere. In doing this we do not look here at the separate role of vouchers and other financial/non-financial incentives in rewarding behaviour change rather than promoting choice in service use. This is a very different topic linked to behavioural economics and psychology with an extensive literature in many areas of addiction services, notably including weight management and drug abstinence, where vouchers (also known as contingency management) have been shown to be an effective intervention.

England: Personal budgets for mental health service users

Here we look at two schemes that are in operation. They are very similar in mechanisms used but differ in scope. We concentrate on personal health budgets (PHB). A PHB is an amount of money from NHS (National Health Service) funds to support the health and well-being needs of an individual. It is allocated to an individual by their local health budget holder (CCG – Clinical Commissioning Group). A PHB is not intended to cover all aspects of NHS care; inpatient care, emergency services, general practitioner services and pharmaceuticals are all excluded.

Currently the automatic right to have a personal health budget only applies to adults receiving NHS continuing health care (NHS-funded long-term health and personal care provided outside hospital) and children in receipt of continuing care. However local health service commissioners have discretion to offer these budgets to other client groups. The size of the budget may be based on the costs of services most likely to be used, the cost of previous service use or adjusted to take account of predicted costs for the coming year.

Personal budgets (PBs) are similar. They are allocated by local government to individuals with chronic illness or disability to support their social care needs. Perhaps confusingly, PHBs and PBs might be used to purchase similar activities and services, e.g. employment and housing support, art classes, holidays etc, but only PHBs can be used to pay for activities that should always be funded by the NHS, such as psychological therapies.

Box 1 sets out three basic models for managing personal budgets in England. These are not dissimilar to approaches that have been used in other contexts, such as the United States. The ways in which money is managed differ, but in all cases for these health budgets the local NHS commissioner (CCG) and individuals will develop care plans together. These set

out personal health and wellbeing needs, health outcomes to achieve, the amount of money in the budget and how this is going to be spent.

Box 1: Types of Personal Health Budgets* in England

In England there are three types of Personal Health Budget (they can also be combined) (NHS England, 2017):

1. Notional budget: No money changes hands. Individuals find out how much money is available for their needs and together with their health team they decide on how to spend that money. The health team will then arrange the agreed care and support.
2. Third party budget. An organisation legally independent of the individual and the CCG (for example, an independent user trust or a voluntary organisation) holds the money, pays for and arranges the care and support agreed in a care plan.
3. Direct payment for healthcare. Individuals get the money to buy the care and support agreed in the care plan. Individuals must show how the money is spent, but they or their representative (e.g. family member), buy and manage services.

*Mechanisms also apply to personal budgets, except that discussions and development of care plans with local authorities.

The PHB system allows individuals to underspend or overspend their budgets. In both cases individuals will then discuss the situation with their health teams; it may be that they keep underspent funds or they may be returned to the NHS and allocated to other budget holders. If individuals have overspent, the way in which they have spent their budget will be reviewed. This could lead to a change in budgets, but it can also mean that some of the money may have to be repaid if the use is thought to be inappropriate.

Personal budgets for social care operate in a similar way to personal health budgets, but the assessment process is different and takes income and other factors into account. Local government staff, often social workers, will make an assessment of needs, after which a care plan will be developed in partnership with the client and a level of resourcing agreed. Every local authority area has its own Resource Allocation System, usually including a spreadsheet based tool, which is used to calculate how much funding and support an individual should receive for their social care needs.

The evidence base on PHB and PB for people with mental health needs is limited but promising. One early review identified 13 studies, which despite methodological limitations, generally support the approach as improving outcomes, reducing service use and being cost effective (Webber, Treacy, Carr, Clark, & Parker, 2014). Pilot schemes for both types of personal budgets have been evaluated, including through a pragmatic controlled trial with 2235 participants, some of whom were randomised to receive personal budgets or support as normal, with other participants already having been pre-allocated to budget or control groups (Forder et al., 2012). This trial examined how budgets operated as well as quantifying their cost effectiveness for different client groups including people with mental health or substance abuse problems.

The average annual personal health budget for mental health during the trial was £3,602 (Alakeson et al., 2016). This evaluation reported better psychological wellbeing outcomes for all participants regardless of health problem, with subsequent health care costs for primary and secondary health care, not linked to personal budgets being lower, than for those receiving support as usual. There were also no differences in costs of services delivered using personal health budgets compared to services delivered as part of conventional care. The introduction of personal health budgets was estimated to have increased administrative costs to local health budget holders, but reduced service use avoided costs of £3050 per year for those with mental health problems. The intervention was cost effective for people with mental health needs; high value personal budgets (>£1,000) were most cost effective.

PHBs for people with substance abuse disorders

The use of personal health budgets for people with substance abuse disorders has also been evaluated in England (Welch et al., 2013; Welch, Jones, Caiels, Windle, & Bass, 2017). Overall the objective was also to widen choice for people with substance misuse problems in the types of support received, including complementary and alternative medicines and psychosocial therapies, in addition to current National Health Service (NHS) detoxification programmes. These schemes have also been used to fund activities to aid in social recovery – an example was given of a father with substance abuse problems buying football match tickets for himself and his son to help them rebound (Welch et al., 2017).

PHBs for this client group have been associated with better health and wellbeing outcomes; budget holders also were more satisfied with the planning process and interventions received than those receiving usual support (Welch et al., 2013). Interviews with service providers have also indicated positive views of the programme in providing access to more personalised and appropriate supports, within and outside the health care system. Staff who worked alongside clients suggested that the holistic support-planning process has resulted in a greater knowledge of their needs and an improved understanding of the most appropriate support. They also felt that the bespoke funding approach for each individual led to a more patient-centred holistic treatment approach than the traditional approach where funding was determined separately by different agencies for each treatment/support. Case managers know their clients much better than under the previous system; the payment mechanism has also helped facilitate intersectoral supports: e.g. criminal justice, health, childcare, employment. The evaluation suggests that the introduction of personal budgets was felt by case managers to have led to a more recovery oriented system with less focus on treatment. Block contracts with some service providers were ended to ensure more flexibility in choice.

Inevitably there have also been concerns about increased administrative overload; developing these holistic care plans takes time. Most of these personal health budgets continue to be held by the health services or intermediaries on behalf of their clients. There has been a reluctance to make direct cash payments to the client group for fear of inappropriate use of funds.

Sweden – Introducing freedom of choice in community mental health services

Finland may also learn from recent experience in Sweden intended to promote choice in the use of community mental health services. Sweden has a long history of increasing individual freedom of choice over a wide range of public welfare services, including schools since the early 1990s, and over the last decade for social welfare services. Service providers compete with each other on the basis of quality as prices are not negotiable.

Day centres are at the centre of community mental health services in Sweden. Researchers have looked at the impact of the introduction of freedom of choice mechanisms for day care services for people with mental health needs after they were introduced into the community mental health services in Stockholm (Andersson et al., 2015, 2016; Fjellfeldt et al., 2016). This was one of the first municipalities to introduce these choice mechanisms. Interviews were conducted with 28 policy makers and service providers prior to implementation in 2010 and then subsequently in 2012. 22 services users were interviewed in 2009 and 24 in total in the years 2010 to 2012.

Qualitative analysis revealed both the benefits and pitfalls of the freedom of choice approach. Unlike the personal health budgets in England where there is considerable flexibility over what service or activity may be purchased, the Stockholm scheme was limited solely to day centres. This lack of flexibility hampered the opportunities for innovation in meeting the needs of people with mental health problems.

Stockholm did however invest in measures to ensure that information on the different day centre options was widely available, including through the internet. On the one hand, the new scheme did increase choice for service users in Stockholm: prior to the scheme they were restricted to public and private day centres that were operating in their districts of residence; the new reform allowed them to choose any day centre in Stockholm that was part of the scheme. This meant that service users were for instance able to choose services with a focus, e.g. arts and crafts, something that was simply not been available previously in their local districts.

Private as well as public options were available to all. The system led to six new entrants coming into the market, leading to 28 day centres, in addition to the 22 public vocational rehabilitation day centres that were already operating. Some of these new entrants had been operating outside Stockholm or had experience working in day centres with different client groups. One new entrant was formed by three small scale service providers previously operating independently in the city merging their activities. Further follow up in 2015 reported that two public-run organisations had left the market and nine non-public organisations had entered the market; one of these non-public organisations subsequently also left the market (Fjellfeldt, 2017).

Although the overall number of day centres increased, many of these were similar in character. The strict quality and administrative regulations essential for the operation of markets meant that other service user organisations that had previously operated in Stockholm decided not to participate in the new system, which meant that these services were no longer available through public funding. Some of these services were too small in size and scope to meet the specified criteria including demonstrating financial sustainability to avoid the risk of insolvency. Researchers have therefore suggested that the experience in Stockholm did not lead to as much diversity in service provision as might have been anticipated, but rather that there were competing services some of which were imitating each other.

A small survey of 78 service users reported a significant reduction in satisfaction with services post reform, with no change in empowerment levels. It was noted that although “the participants could choose where to go, but they also wished to be able to choose what to do, supported by whom, how, how much, and when. In the policy documents, the concept of choice was reduced to the choice of where”.(Fjellfeldt et al., 2016). The study also found that there was little interest in changing between day centres, especially as individuals would have to pay for travel costs themselves (Eklund & Markstrom, 2015). It is unclear

whether the loss of smaller, non-public sector providers from the public market because of regulations will ultimately have an adverse impact on outcomes.

Other weakness of the system included the lack of involvement of service user organisations in initial planning, a lack of consideration of transport as a barrier to freedom of choice (so geographical proximity remains a major factor in choice) and no flexibility for service users to be able to split their time allocations between more than one day centre. The Stockholm scheme did not involve new money; costs of the scheme were still controlled by the public authorities, as they determined the amount of time that would be funded for attendance at a day care centre (previously users determined how much time they spent at the day centres with a fixed lump sum paid to the provider regardless of utilisation), and there was no opportunity for price competition. Providers were only reimbursed for actual attendance levels rather than time allocations; some were worried that low attendance rates would lead to financial insecurity. This meant that front line staff spent more time dealing with budgetary matters and potential financing shortfalls. Cream skimming was potentially avoided through having three different levels of reimbursement linked to the level of severity of any mental health concern.

Lessons learned

English, Swedish and other country experiences provide some valuable lessons that could inform reform in Finland. Deliberately in England, the scope of service user directed choice with personal health budgets has been limited to community health and social activities, including psychological therapies and counselling, rather than on the use of specialist outpatient and inpatient mental health services. Service users still have rights over choices of these services, but they do not have notional budgets to purchase these clinical services. Firstly that it is important to have the early involvement of mental health service user groups, as well as health and social care system staff in preparation for any personal budget scheme (Larsen et al., 2013). Vouchers, akin to those that have been used in other sectors of the economy, e.g. for access to early years education in some countries, can be used but in practice they should be subject to similar mechanisms for determining service user needs and then setting the monetary value of the voucher.

The English experience also confirms the importance for both mental health professionals and people with mental health needs of having access to information and support (Hitchen, Williamson, & Watkins, 2015). This is particularly important as in the English system where budgets have been voluntary rather than mandatory some mental health staff may have been reluctant to encourage the use of personal budgets where this may mean individuals making use of less medical and more social activities (Hamilton et al., 2015). This can also help avoid simply defaulting to the 'easy' choice to focus on continued medical treatment rather than recovery (Harding-Price, 2011).

Experience in England also suggests that it is important to define the value of the personalised budget before resource planning. This analysis also suggested that while knowing the budget is a fundamental part of the personal health budget initiative it is less important than having flexibility in how the budget can be allocated and in how individuals can exercise choice on how to use the money. In the English model to keep the overall value of a budget low it would only cover the costs of community services that could have been directly provided by the health care system. By keeping budgets modest and thus excluding inpatient and crisis care avoided any risk that service users could exhaust their budgets and have a successful outcome but still need additional funding for inpatient services.

In Ireland, ‘decoupling’ personal budgets from block grants and other funding mechanisms was easier if a pre-existing relationship, and thus a better sense of trust, between brokers and other intermediaries and health and social service budget holders existed (Fleming, 2016). The lack of a national resource allocation system in Ireland meant that more time was used than ideal on agreeing budgets on an individual case by case basis – or as the report put it this was a case of ‘constantly having to fight the system.’

Although PHBs have been shown to be cost effective, additional funds will need to be set aside for administration. In the English evaluation administrative costs for the each CCG (covering roughly populations of 150,000) were on average £146 000 in the first two years (Forder et al., 2012). The level of administrative support will clearly vary depending on the scope of reform in Finland and level of choice over interventions and service suppliers.

It is clear that health professionals need to be actively involved in developing plans with service users, but some of the extra planning tasks, as well as measures to help people avoid exploitation and administrative monitoring of how service users decide to spend their budgets, might be done by non-clinical staff. Money management can also be an issue for some service users (Hitchen et al., 2015).

When service users need support to help make choices on how to spend their budgets, independent non-clinical agents, sometimes referred to as brokers or navigators, can be effective, but clearly this increases the administrative costs that have to be taken into account when planning how to use resources. The use of brokers might also reduce the potential to directly influence and transform relationships between service-users and their medical practitioners. Informal family carers may also be able to play an important role in supporting people with personal budgets (Hamilton et al., 2017)

Although the aim ideally should be to maximise service user choice over how monies are spent it is sensible to produce information clarifying the scope of what might funded, as well as providing information on potential service providers. Room for some discretion will be needed. Individuals will almost certainly wish to use their budgets for activities that may be considered unconventional and not covered by clinical guidelines but nonetheless highly appropriate.

At the same time there may be risk that such empowerment may sometimes be poorly used on activities that potentially are not effective or even may be harmful. Balancing free choice and potential risk will not be easy. This makes the co-development between health service staff and services users of plans on how to use funds prior to their receipt even more important. In some schemes there could include a risk of inappropriate cash spending, e.g. spending sprees or gambling. However models, such as the potential new system in Finland, which would not involve the direct allocation of funds to the bank accounts of service users, can help to minimise much of this risk.

3.3.3. Recommendations

This chapter ends with some brief recommendations to help facilitate the effective working of multiple providers within the mental health system.

- Initially at least reforms should focus on establishing the conditions for multiple providers of services that are provided outside of specialist secondary mental health facilities. There is likely to be more scope for competition in the provision of smaller scale specialist mental health services. This could include provision of psychological

therapies or counselling or activities to promote social functioning, including help with education, employment and housing. The evidence on multiple providers for specialist services is limited and there will be natural geographical barriers to the emergence of any effective market in secondary care outside of large population centres.

- Notwithstanding the importance of including safeguards on the regulation and continuing quality of services, there are advantages to maximising the way in which choice can be exercised. The more flexibility that there is in the types of services that people with mental health needs can choose from the more likelihood that innovative services will be created. This has implications for the regulatory framework under which service providers operate; this should not put up unnecessary barriers to the participation of both single-handed therapists or non-governmental and community organisations that may be able to meet the needs of service users.
- It needs to be recognised that some existing service provision may come to an end due to a lack of demand. The government may wish therefore to introduce reforms in a staged way or pilot change in different areas of the country in order to learn Finnish specific lessons on the impacts of choice. This potentially should take into account impacts on the employees of services that end, especially in rural and more isolated parts of the country.
- Health service providers initially should estimate the value of the budget available to the service user. Different levels of budget reflecting different levels of need, as well as a non-reject clause in provider accreditation should help to avoid cream skimming. Once a budget is set health service providers should then work with service users to 'co-produce' a plan on potential ways in which to use their budget.
- Access to easily understandable and transparent information on different potential service choices will be essential for multiple service provider markets to work well. There will be information needs for health service staff, as well as for service users and their families. It is also essential to explain clearly the different options that may be provided on how service users may make choice, for instance on whether or not they have to receive cash payments or vouchers etc, and what help will be available to help them to make choices.
- There also need to be safeguards against any potential conflicts of interest that may arise in advice on recommended supports for recovery, for instance where a secondary mental health service or even primary care service provider may also provide (and therefore receive funding for) these services.
- There are many different ways of assessing the performance of service providers. Quality and service user satisfaction should be at the heart of this process rather than cost containment alone.
- There is a risk that the public might perceive the introduction of any voucher / personal budget system as a way to cap spending on mental health care and transfer a greater proportion of risk for unexpected health care needs to individuals. The option to top up the value of budgets or vouchers ideally should be restricted only to activities that would not normally be funded by the health care system.

- There is evidence from different countries around the world that mechanisms to empower service users to make more choices over supports and interventions received can be associated with better outcomes; there is also some limited evidence that the approach can be cost effective. However, even if funds from existing resources are transferred to a service user direct payment scheme, additional administrative funds will be required to manage the new system.
- Personalised budgets may be a better option than vouchers, if the idea is to encourage innovation in service development rather than simply promote choice in terms of access to a specific service such as psychological therapy. This means that any system of personal budgeting should aim to give maximum flexibility on how budget can be received and choice on how it can be used. The three options set out in Box 1 on the way in which this is done in England (and similarly in other countries) are viable. Having an option for a third party, potentially including other people with lived experience of poor mental health or health system staff to manage budgets on behalf of individual can help alleviate stress associated with process. It also offers an alternative for those individuals who do not want to directly manage a budget. This will also be necessary for service users who may find it difficult to make choices or for groups such as those with addiction disorders. In all cases the government may want to set out a suggested list of services or activities that can be funded, and those activities that will not normally be funded.
- Monitoring and recording how personal budgets / vouchers may be used can be complex. One potential option to help reduce the level of complexity might be to use pre-loaded budget cards to help record service use.
- Finally there will always be a need for some more traditional models of service support as personal budgets will not be appropriate for everyone. Personal budgets may also need to be suspended from time to time due to the fluctuating mental health state of some service users.

3.4. Koti- ja ulkomaiset mallit sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden sektoreiden koordinaatiosta

Sektoreiden väliset hallinnolliset, kulttuuriset ja rahoitukselliset rakenteet ovat usein yhteistyöhön perustuvien toimintatapojen tiellä. Poikkisektoriaalisten mallien toimeenpano ei välttämättä edellytä merkittäviä taloudellisia panostuksia, mutta niiden avulla voidaan vähentää merkittävästi eri sektoreille koituvia kokonaiskustannuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kykyä hahmottaa yhteistoiminnan malleja voidaan parantaa koulutuksen avulla. Erityisesti liikunta- ja kulttuuripalvelujen kanssa tehtävä yhteistyö on tehokas tapa edistää mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia. Toimivaksi todettuja malleja mielenterveys- ja päihdekuntoutujille on yksilöllinen työhön sijoituksen ja tuen malli, Klubitalo-toimintamalli, Asunto ensin -malli ja omaan asuntoon viety arjen tuki. Päätöksenteon tueksi rakennettuja malleja, kuten sähköinen hyvinvointikertomus tai mielenterveysvaikutusten arviointia, tulisi käyttää aktiivisemmin.

Sosiaali- ja terveystalalla tapahtuva sektorirajat ylittävä yhteistyö on mahdollisuus, joka parhaimmillaan edistää mielenterveys- ja päihdepalveluissa asioiden asemaa ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti. Puhtaasti organisatoristen rakenteiden rajapintojen luomisen lisäksi

poikkisektoriaalisuus on kulttuuri- ja arvoprojekti, jossa eri ammattikuntien professionaaliset käsitykset ja toimintatavat kohtaavat. Laaja-alaisen yhteistyön tärkeys on laajalti tunnustettu, mutta toimivien poikkihallinnollisten rakenteiden luominen on haasteellinen tehtävä. Toimivien käytäntöjen synnyttäminen vaatii potentiaalisten esteiden tunnistamista sekä riittävästi aikaa ja resursseja työtapojen muutoksen toimeenpanoon. Yhteistyön malleja tulisi kehittää vaihteittain sekä kokeiluja hyödyntäen.

Palveluiden käyttäjän näkökulmasta toimiva integraatio muihin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin edellyttää sitä tukevia rakenteita sekä toimivia käytännön yhteistyösuhteita viranomaispalveluiden yhteensovittamiseksi. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kannalta keskeisiä ovat osa-alueita muun muassa asuminen, työelämä, koulutus, nuorisotyö sekä vakuutuslaitokset.

3.4.1. Kirjallisuuskatsaus: poikkisektoriaalisuus

Tutkimusartikkelien temaattinen fokus oli laaja ja ne käsittelivät muun muassa kaupunkialueiden köyhyyttä (Anakwenze & Zuberi, 2013), psykiatristen häiriöiden riskiolosuhteita (Cooper, 2001), alkoholipolitiikka (Casswell & Thamarangsi, 2009), asunnottomien tuettua asumista (Culhane, Metreaux, & Hadley, 2002), sosiaalipolitiikan roolia mielenterveyden edistämisessä (Goldman, 2003), mielenterveyden ja työelämän yhteyksiä (Harvey ym. 2009) ja huumeriippuvaisten hoitokäytäntöjä (Birkhead ym. 2007; Schumacher ym. 2002).

Lisäksi valituissa artikkeleissa käsiteltiin ammatillista kuntoutusta (Lal & Mercier, 2002), tuettua työllistymistä (Salkever, 2013), puutarhanhoitoa mielenterveyskuntoutuksen tukena (Fieldhouse, Parmenter, & Hortop, 2014), päihderiippuvaisten hoito- ja kuntoutuspalvelujen parantamista (Humphreys & McLellan, 2011; Pating ym. 2012), työelämässä toteutettua masennuksen ennaltaehkäisyä (Smith ym. 2002), lapsille kohdennettua mielenterveystyötä (Knitzer & Cooper, 2006), sekä organisaatiokulttuurin merkitystä poikkisektoriaalisessa yhteistyössä (Mitchell & Pattison, 2012).

Esimerkki mielenterveys- ja työsektoreita yhdistävästä toimintamallista ovat klubitalot, joita Suomessa on noin 25 paikkakunnalla. Klubitaloja koskevat tutkimustulokset osoittavat, että säännöllinen osallistuminen vähentää jäsenten sairaalahoidon tarvetta ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä, sekä parantaa heidän elämänlaatuaan (Hänninen, 2016). Klubitalotoiminta ja mielenterveyskuntoutujiin investoidut aktivointitoimenpiteet ovat usein kannattavia niin yksilön kuin julkisen talouden kannalta. (Plotnick & Salzer, 2008; Hänninen, 2016, s. 243)).

Asumisen ja mielenterveys- ja päihdetyön rajapinnalla ”Asunto ensin”-mallista on tullut johtava asunnottomuustyön lähestymistapa viimeisen kymmenen vuoden aikana niin Pohjois-Amerikassa, kuin myös Euroopassa. Asunto ensin -mallille on vuonna 2017 laadittu suomalainen laatusuositus⁵. Kansainvälisessä vertailussa ryhmäasumista tarjoavat palveluasumisen yksiköt, jotka Suomessa ovat vallitseva malli sairaalasta uloskirjoitettujen asumisen järjestämiseksi, ovat enemmän poikkeus kuin sääntö. Tavalliseen asuntoon saatu asumisen tuki on malli joka vahvistaa osallisuutta ja liittymistä yhteisöön (Törmä ja muut, 2013). Suomalaisen kustannusselvityksen perusteella mielenterveyskuntoutujien asuminen tavallisissa asunnoissa ja asuntoryhmissä tarjoaa kuntoutujille itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä

⁵ <http://asuntoensin.fi/assets/files/2017/10/Laatusuositukset.pdf>

samalla, kun se voi myös kustannusten kannalta olla järkevä ratkaisu (Kettunen ja muut, 2015).

Maailman terveysjärjestö WHO (2016) on todennut, että terveyteen liittyvä sektorirajat ylittävä yhteistyö edellyttää usein koordinoivaa ja johtavaa roolia terveyssektorilta, jonka kautta yhteistoimintaa voidaan rakentaa eri hallinnon alojen kanssa.⁶ Terveysten kannalta keskeisiä sektoreita ovat muun muassa asumispalvelut, sosiaalipalvelut, koulutus, työhallinto, kulttuuri- ja liikuntatoimi, yhdyskuntasuunnittelu sekä poliisi ja oikeuslaitos. Esimerkiksi mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluissa yhteistyön kehittämiseksi on erityisen suuri tarve. Palvelun käyttäjiksi on tullut uusia asiakasryhmiä, joilla on mielenterveysongelmien lisäksi monenlaisia elämän-hallinnan ja arjen taitoihin liittyviä ongelmia (Törmä, Huotari, Nieminen, & Tuokkola, 2014). Hyvän asumisen, kuntoutumisen ja elämänlaadun turvaaminen edellyttää yksilöllisesti räätälöityjä tukitoimia esimerkiksi MATTI-kuntoutumismallin mukaisesti (THL, 2017).

Poikkisektoriaaliset kumppanuudet ovat yksi tapa yhteistyön rakentamiseen. Kumppanuuksien toteuttamiseen voivat liittyä esimerkiksi yhteiset ohjausrakenteet ja jaetut budjetit. Sektoreiden välisen yhteistyön onnistumisen yleisiä elementtejä ovat ennen kaikkea jaettu käsitys ratkaistavasta ongelmasta, yhteinen visio, jaetut tavoitteet ja hyvä johtaminen (Foster-Fishman ym. 2001).

"Mental Health in All Policies" (MHAP, mielenterveys kaikissa politiikoissa) on lähestymistapa, joka korostaa eri sektoreilla tehtävien päätösten mielenterveysvaikutusten arvioinnin tärkeyttä (Euroopan komissio, 2015). MHAP-lähestymistapaa on käsitelty laajasti Euroopan komission rahoittamassa mielenterveyshankkeessa, jossa kerättiin poikkisektoriaalisen työn hyviä malleja ja työvälineitä eri EU-maista. Toiminnan keskiössä ovat olleet mielenterveysvaikutusten parempi huomioiminen eri hallinnon tasoilla sekä tehtyjen päätösten arviointi mielenterveysnäkökulmasta.

Hyvän mielenterveyden yksilölliset ja sosiaaliset määrittäjät ovat kiinteästi yhteydessä muun muassa sosiaali-, koulutus-, työllisyys- ja veropolitiikkaan. Lapsuuden ja nuoruuden elinoloilla on merkittävä vaikutus mielenterveyteen myöhemmissä elämänvaiheissa. Korjaavat mielenterveyspalvelut hoitavat pääasiassa oireita ja ennaltaehkäisevästä näkökulmasta tarvitaan panostuksia laajempaan väestöön kohdentuviin mielenterveyttä edistäviin toimiin.

Kirjallisuuden ja EU-maista kerättyjen kokemusta valossa voidaan antaa joitakin suosituksia liittyen mielenterveyden edistämiseen poikkisektoriaalisen yhteistyön keinoin (Euroopan komissio, 2015, s. 49):

- Päätösten mielenterveysvaikutusten arviointi tulisi huomioida kansanterveyslaissa sekä muussa mielenterveyden edistämisen kannalta keskeisessä lainsäädännössä.⁷
- Kansallista mielenterveyspolitiikkaa tulisi ohjata ja koordinoida korkealla tasolla laaja-alaisesti eri ministeriöiden välisen yhteistoiminnan kautta.

⁶ Maailman terveysjärjestö WHO on laatinut kattavan oppaan ja koulutuspaketin "Health in All Policies" -lähestymistavan soveltamisesta (WHO, 2015). Opas on ladattavissa verkko-osoitteesta: http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/

⁷ Esimerkiksi Norjan vuonna 2012 voimaan astunut uusi kansanterveyslaki on useissa yhteyksissä nostettu esiin hyvänä esimerkkinä poikkisektoriaalisen yhteistoiminnan edistämisestä (MHCS, 2011).

- Valtion tutkimus- ja kehittämistoimintaa tulisi suunnata mielenterveyden kannalta olennaisten sektorirajat ylittävien haasteiden ratkaisemiseen.
- Päätösten mielenterveysvaikutusten arviointi tulisi ulottaa kaikkiin laajoihin uudistuksiin. Arvioinnissa tulisi huomioida mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet sekä huomioida väestön mielenterveyttä edistävät ja vahingoittavat tekijät.
- Mielenterveyden indikaattorit tulisi raportoida säännöllisesti alueellisissa ja/tai kunnallisissa hyvinvointisuunnitelmissa ja -kertomuksissa. Mielenterveyttä edistävät toimenpiteet tulisi raportoida riittävän yksityiskohtaisesti, jotta toiminnan vaikuttavuuden seuranta tulee mahdolliseksi. Suomessa voidaan arvioinnin tukena hyödyntää muun muassa THL:n ylläpitämää terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmää TEA-viisaria (www.teaviisari.fi).
- Mielenterveyspalveluiden käyttäjien ja kokemusasiantuntijoiden näkemykset tulisi säännönmukaisesti huomioida mielenterveyden edistämistyössä yhteiskehittämisen menetelmiä hyödyntämällä, kuten esimerkiksi kansalaispaneelien, mielenterveysneuvostojen, keskustelu- ja ideointitilaisuuksien kautta.
- Poikkisektoriaalisten toimintatapojen ja moniammatillisuuden hyödyntämiseen liittyvää koulutusta tulisi tarjota nykyistä enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Lisäksi mielenterveys- ja päihdeosaamista tulisi lisätä myös muilla sektoreilla, joiden toiminnalla on todettavissa selkeitä mielenterveyteen liittyviä vaikutuksia.

Poikkisektoriaalisten mallien ja toimintatapojen toimeenpano ei välttämättä edellytä merkittäviä taloudellisia panostuksia ja voi vähentää pitkällä aikavälillä eri sektoreille koituvia kokonaiskustannuksia. Yleisimpiä esteitä toimintatapojen hyödyntämiselle ovat sektoreiden väliset olemassa olevat hallinnolliset, kulttuuriset ja rahoitukselliset esteet, jotka eivät useissa tapauksissa tue yhteistoimintaa.

Sektoreiden välisellä yhteisbudjetoinnilla voidaan parhaimmassa tapauksessa vähentää siiloutumista yhteisen tavoitteen eteen. Haasteena kuitenkin on, että useissa tapauksissa lainsäädäntö ei kannusta poikkisektoriaalisten toimintatapojen hyödyntämiseen. Lainsäädäntöön nojaavan yhteistyön edistäminen kuitenkin vaatii hallinnon eri tasojen tehtävien ja roolien selkeää määrittelyä, riittävien resurssien kohentamista toimeenpanoon, toiminnan säännöllistä arviointia sekä jatkuvaa kehittämistyötä.

3.4.2. Kyselyn tuloksia

Vastauksissa pidettiin kaikista tärkeimpinä integraation yhteistyön tiivistämistä asumispalveluiden kanssa sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteistyötä työllistymispalvelujen kanssa. Erot vastausvaihtoehtojen painotuksissa olivat kuitenkin hyvin pieniä.

Palveluiden käyttäjät ja omaiset (N=36)

Palveluiden käyttäjien ja heidän omaistensa vastauksissa korostuivat kaksi palvelujärjestelmän toimintamalleihin liittyvää piirrettä: 1. kokonaisvaltainen hoidon tarpeen arviointi mahdollisimman pian palveluihin hakeutumisen jälkeen ja 2. hoitopolun sujuvuuden varmistaminen, jota voidaan edesauttaa määrittelemällä selkeät vastuuhenkilöt. Näiden lisäksi paino-

tettiin selkeiden toimintaohjeistusten olemassaoloa, kolmannen sektorin tärkeyttä sekä palveluiden linkittymistä kurssimuotoiseen opiskeluun ja vapaa-ajan harrastustoimintaan (kulttuuri, liikunta ja koulutuspalvelut).

Vastauksissa kokonaisvaltaisuuden suhteen tuotiin esiin etenkin yhteistoiminnan tarvetta kaikkien osapuolten välillä, jotka voivat edesauttaa palveluiden käyttäjän tukemista elämän eri osa-alueilla. Yhtä lailla tärkeänä pidettiin sitä, että palveluiden käyttäjät myös itse sitoutuivat oman hoitopolkunsaa laatimiseen sekä seurantaan. Eri toimijoiden mahdollisuus, tai joissakin tilanteissa velvollisuus, osallistua esimerkiksi hoitosuunnitelmakokouksiin tulisi tehdä hallinnollisella tasolla mahdolliseksi. Useissa vastauksissa korostettiin, että vetovastuu palveluiden käyttäjän kokonaistilanteesta tulisi olla jollakin selkeästi määritellyllä taholla. Useiden erilaisten palveluväylien tilalle vastaajat ehdottivat malliksi vastuuhenkilömallia (case manager) palveluohjausmallin mukaisesti. Samalla painotettiin säännöllisen yhteydenpidon tärkeyttä.

Sote-uudistukseen liittyen tärkeänä pidettiin sitä, että alueen päihde- ja mielenterveyskuntoutujille olennaista palvelutoimintaa seurattaisiin maakuntatasolla. Ajantasaisesta tilanteesta tulisi tiedottaa vähintään vuosittain eri alojen toimijoille ja niin että tietoa olisi tarjolla myös Kelasta sekä työllisyyden edistämisestä. Yhteistyön ylläpitäminen ja kehittäminen kolmannen sektorin kanssa nostettiin myös vahvasti esiin etenkin sosiaalisen kuntoutumisen, vertaistuen ja arjen mielekkyyden kannalta. Järjestöjen taloudellisista edellytyksistä kannettiin huolta ja toivottiin, että toiminnan kehittämiseen olisi tarjolla riittäviä resursseja.

Yleisesti siis toivottiin, että päihde- ja mielenterveysongelmista toipuvat pääsisivät tuetusti jonkin harrastuksen pariin. Vastauksissa ehdotettiin esimerkiksi ilmaisia liikunta- ja kulttuuri-palveluita tai pääsyä kansalaisopiston tai avoimen yliopiston kursseille. Toisaalta vastauksissa korostettiin myös erilaista omaehtoisempaa kulttuuri- tai liikuntaprojektien tuottamista ryhmämuotoisena toimintana. Erilainen harrastustoiminta nähtiin mielenterveys- ja päihdekuntoutujan elämänpiiriin konkreettiseksi laajentamiseksi. Yleisellä tasolla esitettiin, että moni ongelma helpottuu, kun ihminen saa mielenkiintoista työtä tai tekemistä elämäänsä, joka voi olla opiskelua tai harrastamista kuntoutujan toimintakyvyn rajoissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja muut vastaajat (N=50)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja muut vastaajat kaipaivat vastauksissaan tilannetta, jossa ”tehdään yhteistyötä eikä pelkästään puhuta siitä”. Esitettiin, että kun sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä on mahdollisuudet tehdä yhteistyötä sekä aito kunnioitus ja kiinnostus muita toimijoita kohtaan, niin yhdessä on mahdollista saada enemmän aikaan. Verkostoyhteistyö nähtiin yhtenä mahdollisuutena, jonka kautta sektorirajat ylittää yhteistyötä voidaan tehdä sekä muiden viranomaisten että järjestöjen kanssa. Toimiva yhteistyö perustuu vastaajien mukaan hyvään tiedonvaihtoon ja käytännön yhteistoimintaan, jota usein edistää eri palveluiden sijaitseminen fyysisesti lähekkäin. Eräs vastaaja ehdotti, että Kelan, sosiaalitoimen, TE-toimiston ja terveydenhuollon henkilökunnan pitäisi käydä konkreettisesti tutustumassa oman kuntansa palveluihin sekä erilaisten paikallisten järjestöjen toimintaan.

Koulutus ja henkilöstöjohtaminen nostettiin vastauksissa esiin keinoiksi poikkisektoriaalisen työn edistämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä tulisi kouluttaa poikkisektoriaaliseen toimintaan ja kokonaisvaltaisuutta korostavaan ajattelutapaan sekä kertoa onnistuneista toimintamalleista. Esitettiin, että joskus eri sektoreiden yhteistoiminnan esteiksi muodostuvat asenteet ja toisistaan merkittävästi poikkeavat työkulttuurit. Palveluissa asioivien kannalta relevantin poikkisektoriaalisen tiedonkulun vahvistaminen on yksi perusedellytys,

jotta yhteistyö olisi mahdollista. Eräs vastaaja viittasi sosiaalihuoltolain 41. pykälään, joka käsittelee monialaista yhteistyötä mutta totesi samalla, että laissa kuvattu yhteistyö ei nykyisessä tilanteessa toimi.⁸ Ratkaisuksi vastaaja ehdotti koulutusta, joka voisi tuoda muutoksen asenteisiin ja käytäntöihin.

Vastaajat korostivat poikkisektoriaalisen työn suhteen myös selkeitä vastuurakenteita, joiden kautta varmistetaan yhteistoiminnan sujuvuus. Sektorirajat ylittävien tiimien vastuuttaminen ja palveluohjaajan toimiminen hoitoa koordinoivana tahona esitettiin yhtenä mallina. Lisäksi esitettiin malliksi sitä, että vastuu ihmisestä on sillä työntekijällä, joka kohtaa palveluihin hakeutuneen ihmisen ensimmäisenä. Asioiden edetessä vastuuhenkilöä voidaan vaihtaa, mutta jonkinasteinen seurantavastuu silti säilyisi koko palveluketjun ajan ensimmäisellä palvelukontaktilla.

Osa vastaajista korosti tiiviimpää yhteistyötä sosiaali- ja terveyssektorin ja työelämän välillä esimerkiksi kehittämällä tuetun työnteon mahdollisuuksia. Tällöin kuitenkin pidettiin tärkeänä erottaa ne palveluiden käyttäjät, joiden kunto ei salli työhön osallistumista niistä, joille työelämäosallisuus voisi sopia. Saman katsottiin soveltuvan myös opiskeluun eli kuntoutujaa ei tulisi ohjata opintojen piiriin, ellei niihin ole tarvittavia voimavaroja ja kykyjä. Eräs sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen nosti esiin, että usein kuntoutujat eivät esimerkiksi uskalla sanoa työvoimapalveluissa miten alhainen oma toimintakyky on ja tilanteesta pois päästäkseen allekirjoittavat herkästi liian vaativia suunnitelmia. Tämä tuo riskin karensseista, koska töihin tai opintoihin ei olekaan riittäviä voimavaroja. Tieto todellisista kyvyistä tulisivin tarkasti kartoittaa yhdessä asiakkaan terveydentilan tuntevan tahon kanssa ennen kaikkea jakamisen näkökulmasta.

Yhteys asumispalveluihin nousi esiin muutamissa vastauksissa poikkisektoriaalisen toiminnan areenana. Esimerkiksi Turussa on luotu mielenterveyspotilaiden asumiskuntoutukseen kunnan ja yksityisten palveluntuottajien välinen kumppanuusmalli. Malliin sisältyvät myös tuottajien rahalliset bonukset ja sanktiot liittyen sovittuihin kuntoutustavoitteisiin. Samalla on aloitettu asumiskoordinaattoritoiminta ja kunnan asumispalveluiden ja psykiatrian kiinteä yhteinen työryhmä kuntoutussuunnitelmien laatimiseksi ja seuraamiseksi. Kyselyyn vastanneen toimijan mukaan malli on jo alkuvaiheessa ohjannut kuntoutujia itsenäisempään asumiseen aiempaa huomattavasti enemmän. Tällä on todennäköisesti suuri vaikutus myöhemmän kuntoutumiseen ja asumispalveluiden kustannuksiin.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten vastauksissa nostettiin niminä esille myös nimettyjä toimintamalleja kuten Vamos-toiminta nuorille aikuisille, "Aikalisä - Time out"-toiminta kutsunnoissa, Ankkuri-toiminta rikoksen tehneille nuorille, "Arki haltuun"-työpajamalli ja Me-talot eri paikkakunnilla. Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdetiimi nostettiin esille myös hyvänä matalan kynnyksen mallina. Maahanmuuttajiin liittyen mainittiin ESR-hankkeena toteutettava "Parempia palveluita maahanmuuttajille"-hanke (2016-2019), jossa pyritään tukemaan maahanmuuttajia, joiden mielenterveys- tai päihdeongelma aiheuttaa vaikeuksia koulutukseen tai työelämäään kiinnittymisessä. Porvoon kaupungin Liiku-toiminta

⁸ Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 41. pykälä toteaa monialaisesta yhteistyöstä seuraavasti: "Palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihoitoon toteuttamiseksi toimenpiteistä vastaavan sosiaalihoitoon viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. Jos henkilön tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteistä vastaavan työntekijän pyynnöstä henkilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen."

Sosiaalihoitoa toteutetaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa siten, että sosiaalihoitoon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden. Työntekijän on oltava tarpeen mukaan yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja asiantuntijoihin sekä tarvittaessa henkilön omaisiin ja muihin hänelle läheisiin henkilöihin siten kuin tässä laissa tarkemmin säädetään."

kannustaa sosiaali- ja perhepalveluiden käyttäjiä osallistumaan myös liikunta- ja kulttuuripalveluihin sekä muihin hyvinvointia edistäviin toimintoihin.

3.4.3. Havainnot asiantuntijahaastatteluista

Asiantuntijahaastatteluissa korostettiin, että hallintorajat ylittävällä yhteistyöllä pyritään vastaamaan palveluiden käyttäjien tarpeisiin kokonaisvaltaisesti. Nykyinen siiloutunut ja professionien rajat tiukasti säilyttävä järjestelmä johtaa helposti toisiinsa keskeisesti liittyvien ongelmien kapea-alaiseen hoitoon, joka ei ota huomioon palveluiden käyttäjän kokonaistilannetta. Palvelurakenne itsessään ei ratkaise poikkisektoriaalisuuden haastetta, mutta rakenne voi huonoimmillaan tehdä hallintorajat ylittävästä yhteistyöstä vaikeaa tai jopa mahdotonta.

Järjestelmätasolla tavoitetilaksi tulisi asettaa, että palveluiden käyttäjät ovat lähtökohtaisesti aina oikeassa paikassa. Jos yksittäinen terveydenhuollon ammattilainen ei kykene tarjoamaan yksilön tarpeenmukaista apua niin, palvelutuottajan velvollisuutena on yksilön ohjaaminen oikeiden ja tarpeenmukaisten palveluiden piiriin. Järjestelmän tulisi myös varmistaa, että oikeiden palveluiden piiriin todella päästään ja että tarjolla olisi valmiita polkuja, jotta asiakkaan ei tarvitse rakentaa siirtymiä yksin palveluiden välille.

Poikkihallinnollisia toimintatapoja ei ole organisatorisesti mahdollista toimeenpanna nopeasti. Esimerkkinä nostettiin esiin Helsingin kaupungin asuntoviraston ja sosiaalihuollon yhteistyö, jonka kehittäminen sujuvaksi oli yhden haastateltavan mukaan ”vienyt ehkä jopa kymmenen vuotta” ja vaatinut työntekijöiden siirtymiä eri virastojen välillä. Erityisryhmien kuten esimerkiksi vaikeasta mielenterveyden häiriöistä kuntoutuvien tai asunnottomien itsenäisen asumisen edistäminen tarvitsee usein pitkäkestoista seurantaa ja jatkuvaa tukea.

Poikkisektoriaalisuuden kaksi tasoa: budjetointi ja yhteistyö

Haastatteluissa tuotiin esille poikkisektoriaalisuuden kaksi keskeistä tasoa: hallinto- ja budjettitaso sekä moniammatillisen yhteistyön taso. Molemmat tason luvut edellytyksiä, joiden kautta mielenterveys- tai päihdepalveluissa asioivaa voidaan auttaa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Palvelujärjestelmän rakenteita, organisaatioiden johtamista sekä työntekijöiden valmiuksia tulisi merkittävästi kehittää sektoreiden välistä yhteistyötä paremmin tukevaksi. Nykytilanteessa rakenteiden ja ammatillisen osaamisen siiloutuminen toimii usein yhteistyön esteenä.

Hallinnon ja budjetoinnin tasolla keskeistä on huomioida taloudellisten resurssien ohjausvaihtelu. Tiukat budjetit ohjaavat sektoreita käyttämään aikaansa hallinnonalan tiukasti rajautuneeseen ydintehtävään ja potentiaalisesti lisäävät ”ei kuulu meille” -ajattelua. Budjetoinnissa tulisi huomioida mielenterveys- ja päihdepalveluissa asioivien tarve hallinnonrajat ylittävään hoitoon ja tukeen. Eräs haastateltava korosti, että sektorien rajat ylittävä integraatioajattelu tuo parhaimmillaan mukanaan vallankumouksellisen ja ison käänteen, jossa palveluiden käyttäjiä ei katsota sektoreiden tai budjettien kautta, vaan ihmisenä elämäntilanteessa. Palvelujärjestelmän tulisi kyetä arvioimaan mitä kaikkea osaamista tämän tietyn ihmisen auttamiseksi tarvitaan ja miten tarpeisiin vastataan ei-siiloutuneesti.

Yhteistyön tasolla keskeistä on selkeä vastuu palveluiden käyttäjästä, jonka ympärille poikkisektoriaalisen yhteistyön tulisi rakentua. Palveluissa asioivan hyvä hoito tarvitsee poikkisektoriaalista palveluprosessia koossapitävän voiman, ns. ”kitin”. Käytännössä tällainen koossa pitäjä tekijä voi olla esimerkiksi sosiaaliohjaaja, sosiaalityöntekijä, sosiaaliterapeutti

tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Moniammatilliset tiimit ovat olleet keskeinen tapa koordinoida professioiden rajat ylittävää yhteistyötä. Tiimien toimivuus on merkittäviltä osin riippuvaista organisaation sisäisestä johtamisesta sekä tiimien jäsenille tarjotusta tuesta.

Huomionarvoista on, että palvelupaketti tai -kokonaisuus ei itsessään kykene ratkaisemaan sektoreiden välisen koordinoinnin haastetta, jos selkeä koossa pitävä tekijä puuttuu. Selkeästi määritelty ja palveluintegraatiosta vastaava ammattilainen pystyy parhaimmillaan nivomaan yhteen yksilön tarpeita vastaavat palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kykyä hahmottaa poikkisektoriaalisia ratkaisumalleja tulisi merkittävästi vahvistaa ammatillisen sekä yliopistollisen perus- ja täydennyskoulutuksen kautta.

Poikkisektoriaalisen työn malleja

Haastatteluissa tuotiin esiin valmiita malleja mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjien nivoutumisesta muihin terveyttä ja toimintakykyä tukeviin palveluihin. Yhteiskunnan kannalta merkittäviä ovat etenkin työllistymistä tukevat ja edistävät mallit:

- Yksilöllinen työhön sijoitus ja tuki (Individual Placement and Support, IPS-malli) on osin standardoitu ja näyttöön perustuva malli, jossa keskeisenä tekijänä on pyrkimys mielenterveysongelmista toipuvan tuettu integroituminen palveluiden käyttäjänä takaisin tavanomaiseen elämään. Ruotsalaisessa satunnaistetussa tutkimuksessa (Bejerholm, Areberg, Hofgren ym., 2014) IPS-malli oli selkeästi tavanomaisia ammatillista kuntoutusta vaikuttavampi työllistymisenä mitattuna. Keskeistä on myös pyrkimys välttää mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsivän tarpeeton lokeroiminen kuntoutujaksi. Lähtökohtana on ajatus, että palaaminen sairastumista tai sairauden pahenemista edeltävään elämäntilanteeseen ei vaadi parantumista, vaan kuntoutuminen tapahtuu tuettuna normaalin työelämän kontekstissa. IPS-malli voi näyttäytyä kalliina, mutta pidemmällä ajanjaksolla mitattuna malli voi olla kustannustehokas.
- Muut tuetun työllistymisen mallit (supported employment, SE), joilla pyritään integroimaan kuntoutujat työelämään yksilöllisen tuen avustamana. Lukuisat erilaiset mallit eivät ole periaatteiltaan yhtä standardoituja kuin IPS-malli, mutta peruseriaatteiltaan noudattavat samaa lähtökohtaa.
- ”Työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu” (TYP-toiminta) on toimintamalli, jota on toteutettu Suomessa noin kymmenen vuotta kuntien, Kelan ja TE-hallinnon yhteistyönä. Periaatteisiin on kuulunut pidempään työttömänä olleiden palveleminen yhden luukun periaatteella. TYP-toiminnassa selvitetään yksilöllisiä työllistymistä edistäviä palvelutarpeita sekä laaditaan monialainen työllistymissuunnitelma, joka voi sisältää sosiaali- ja terveystyöpalveluja, kuntoutuspalveluja sekä työvoimapalveluja.⁹ Haastatteluissa kannettiin huolta TYP-mallin poistumisesta, sillä sen tuottamat työllistymistulokset eivät täysin ole vastanneet odotuksia. Mallia pidettiin kuitenkin merkittävästi vaikuttavampana kuin TE-hallinnon toimintaa, jossa ei ole monialaista yhteistyötä.
- Päiväkeskustoiminta sekä erilaiset ns. klubitalot ja kohtaamispaikat voivat pitää mielenterveys- ja päihdekuntoutujat muiden palveluiden yhteydessä sekä tarjota

⁹ Ks. laki työllistymistä edistävästä monialaisesta yhteispalvelusta (1369/2014).

kuntoutumista tukevan sosiaalisen ympäristön. Lisäksi haastatteluissa tuotiin erityisenä uutena toimintana esiin Kirkkohallituksen koordinoima Yhteinen keittiö -hanke.

- Asunto ensin -periaate on vähentänyt asunnottomuutta sekä parantanut asunnottomuuden liittyviä oheisongelmia. Toisaalta periaatteen ongelmaksi koettiin mahdolliseen eristäytymiseen liittyvät riskit. Aikaisemmin asunnottoman ihmisen taustaan kytkeytyy usein mielenterveyteen, elämänhallintaan ja sosiaaliseen asemaan liittyviä erityishaasteita. Asuntolat ovat tarjonneet tietyille asunnottomien kohderyhmälle tärkeän yhteisön ja tuttujen työntekijöiden tuen. Itsenäisessä asumisessa tulisikin paremmin tunnistaa tukea tarvitsevien palvelutarpeet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.
- Haastatteluissa mainittiin myös ympäristöön kytkeytyvät erilaiset luontomallit, joiden vaikuttavuutta tulisi ainakin selvittää.

Yleisellä tasolla haastateltavat toivat esiin yhteisöllisten hoitomallien heikentyneen aseman, jotka olisivat tietyille kohderyhmille todennäköisesti hyvin soveltuvia. Suuren joukon kohdalla yksinäisyys on muodostunut terveyttä ja hyvinvointia vaarantavaksi ongelmaksi. Yhteisöllisten asumismallien kanssa toivottiin kehitystyötä, jossa voisivat yhdistyä eri kohderyhmät ja koetut tarpeet uudella tavalla. Esimerkkinä mainittiin vanhustyössä sovellettu nuoria ja ikäihmisiä yhdistävä asuminen. On kuitenkin hyvä huomioida, että mielenterveys- ja päihdeongelmista toipuvien haasteet ovat hyvin erityisiä ja ne asettavat myös rajoituksia yhteisöllisten mallien soveltamiselle.

3.4.4. Kokemustieto

Työpajaan osallistuneet kokemusasiantuntijat korostivat moniammatillisuuden tärkeyttä, koska yksilöiden elämään liittyvät haasteet eivät tunne sektorirajoja. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä aikuissosiaalityössä ja tukihenkilötoiminnan muodossa toivottiin lisättävän. Kokemusasiantuntijuuteen perustuva kaveritoiminta tuotiin esille yhtenä mallina aktivoita niitä, joille esimerkiksi harrastuksiin lähteminen on vaikeaa yksin tai muuten korkean kynnyksen takana. Olemassa olevista malleista mainittiin Kulttuurikaveri-toiminta (Helsinki), Liiku-Kamu (Porvoo) ja Linkkikaveri (Jyväskylä).

Lisäksi konkreettisena esimerkkinä esiin nostettiin Stop Huumeille ry:n Fattaluuta-hanke, jossa koulutetaan täysi-ikäisiä päihdekuntoutujia toimimaan tukihenkilöinä palveluissa asioiduille. Koulutuksen teemoina ovat muun muassa TE-toimiston ja sosiaali- ja terveysviraston palvelut sekä Kelan sähköiset palvelut. Koulutetun ”fattaluudan” tehtävä on avustaa palveluiden piiriin hakeutumisessa ja olla pyydettyessä esimerkiksi mukana palvelukäynneillä tai avustaa lomakkeiden täytössä. Fattaluuta-toimintamallin kehittäminen ja laajentaminen koettiin perustelluksi.

Työpajassa mainittiin myös muita toimivaksi koettuja malleja, jotka ovat luonteeltaan poikisektoriaalisia. Klubitalot tuotiin esille paikkoina, jotka parhaimmillaan edistävät hallintorajaa ylittävää yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa. Jyväskylässä ”Liikkuva palvelu” antaa kotona tapahtuvaa kuntoutusta mielenterveys- ja päihdehaasteista selviytymisen tueksi esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä Terveystietokeskus Palanssi on pyrkinyt rakentamaan toimivaa yhteistyötä ja tiedotusta terveydenhuollon yksiköiden ja järjestöjen välille. Porvoossa on toiminut Voimapiiri-nimellä koke-

musasiantuntijoiden ohjaama vanhempainryhmä lastensuojelun asiakkaina olevien vanhemmille. Kouvolaassa aikuissosiaalityön tukihenkilötoiminta mielenterveys- ja päihdekuntoutujille koettiin toimivaksi malliksi. Yhdessä kokemusasiantuntijoiden ja sosiaalityön ammattilaisten kanssa luodun mallin haasteeksi nähtiin, että tukihenkilöiden työnohjaus vaatisi nykyistä enemmän panostusta.

3.4.5. Kansalaiskuuleminen

Poikkisektoriaalisuutta koskevia suosituksia kommentoitiin Ota kantaa -kyselyssä 13 kertaa. Kommenteissa nousi esille, että sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen tulisi sisältää kursseja verkosto-osaamisesta ja eri alojen asiantuntemuksen hyödyntämisestä. Maakuntien ja kuntien vuoropuhelun kautta voitaisiin jakaa ajankohtainen tieto asiakkaiden palvelutarpeista. Kuntien viranomaisten toivottiin järjestävän ilmaisia liikuntapalveluja, jos asiakkaat ovat halukkaita niitä käyttämään. Koulujen on mahdollista edistää oppilaiden mielenterveyttä kulttuuritarjontaa lisäämällä.

Kirkko ja erityisesti diakoniatyö nähtiin yhteistyötahona, joka voitaisiin ottaa mukaan poikkisektoriaaliseen toimintaan. Järjestöjen roolia toiminnan kehittäjinä sekä vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden turvaajana pidettiin tärkeänä.

3.4.6. Yhteenveto ja suositukset

Poikkisektoriaalinen hallinto- ja ammattirajoja ylittävä yhteistyö on mielenterveys- ja päihdeongelmaisten auttamiseksi usein välttämätöntä kokonaisvaltaisen ja vaikuttavan hoidon takaamiseksi. Toimivien poikkisektoriaalisten yhteistyörakenteiden luomisen haasteellisuutta ei tule vähätellä, vaan keskeiset haasteet tulee pyrkiä kattavasti tunnistamaan yhteistyön suunnittelun ja toimeenpanon eri vaiheissa.

Maakuntien rooli poikkisektoriaalisen yhteistyön ohjaamisessa on sote-uudistuksen kannalta ratkaisevaa. Maakunnan sisäisten rakenteiden lisäksi suurin haaste liittyy sote-keskusten, asiakassetelien tai henkilökohtaisen budjetin kautta rahoitettujen palveluiden tuottajien ohjaamiseen. Tätä varten tarvitaan maakunnan vahvaa ohjauskykyä sekä tietojen vaihdon ja integraation mahdollistavia tietojärjestelmiä.

Rahoituksen tasolla resurssit tulisi kanavoida edistämään hallintorajat ylittävää yhteistyötä tilanteissa, joissa se on mahdollista ja tarkoituksenmukaista. Sektoreiden ja ihmisten välisen yhteistyön tasolla on kiinnitettävä huomiota palveluiden käyttäjästä kannettavaan kokonaisvastuuteen niin, että sektorirajat ylittävissä palveluketjuissa tapahtuvat katkokset minimoidaan. Tämän edellytyksenä ovat vastuurakenteet (esim. selkeä vastuu palveluohjauksesta), hoitoketjujen ajantasainen seuranta (esim. integroidut tietojärjestelmät) sekä poikkisektoriaalisuutta vahvasti tukeva operatiivinen ja strateginen johtaminen.

Toimivia malleja:

- Yksilöllinen työhön sijoitus ja tuki (Individual Placement and Support, IPS-malli) on tavanomaista ammatillista kuntoutusta tehokkaampi malli, jonka tulisi olla saatavilla TE-hallinnon ja tulevien kasvupalveluiden järjestämänä kaikissa maakunnissa.

- Asiakaslähtöinen klubitalo-toimintamalli tarjoaa vaihtoehdon kuntoutujille joiden työkyky ei vielä ole riittävä IPS-mallin mukaiseen työelämäosallisuuteen. Maakuntien järjestämisvastuuseen tulee kuulua myös klubitalotoiminnan avustaminen, alueen ammatillisen kuntoutuksen monimuotoisuuden takaamiseksi.
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asunnottomuuden hoidossa alueellisten toimintamallien tulisi perustua Asunto ensin –periaatteeseen.
- Asumisen tuessa on syytä siirtyä painopistettä tuen tarjoamiseen omassa asunnossa. Arjen joustava tuki tarjoaa itsemääräysoikeutta ja osallisuutta, ja mallin on osoitettu olevan kustannustehokas.
- Mielenterveysvaikutusten arviointia on kehitetty Englannissa vuodesta 2003 (Euroopan komissio, 2015, s. 32) ja arviointeja on tehty yli 700. Paikallisten päätösten ja ohjelmien vaikutusta ihmisten voimaantumiseen, vaikutusmahdollisuuksiin ja osallisuuteen sekä yhteisön resilienssiin arvioidaan. Mielenterveysvaikutusten arviointi on osa ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia ja tavoitteena tulee olla että se on samalla tavalla luonnollinen osa päätöksentekoprosessia kun esimerkiksi ympäristövaikutusten arviointi.
- Kuntaliiton kehittämä sähköinen hyvinvointikertomus sisältää tiedot väestön hyvinvoinnista, hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä ja hyvinvoinnin edistämisestä. Se on käytössä noin 60 % kunnista. Tiedonkeruu tapahtuu eri hallintokunnissa ja se tukee jo itsessään poikkisektoriaalista yhteistyötä. Sähköinen hyvinvointikertomus ja sen käsittely kunnassa tekee näkyväksi eri sektoreiden merkityksen hyvinvoinnille. Sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöä on syytä kehittää niin että myös väestön mielenterveys ja mielenterveyteen vaikuttavat tekijät kuvataan kertomuksessa.

3.5. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käytön eroja vähentävät järjestelmäpiirteet

Päihde- ja mielenterveysongelmiin sekä niiden hoitoon liittyvä eriarvoisuus ei johdu vain tulo- ja varallisuuseroista, vaan siihen vaikuttavat vahvasti myös kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyvät erot ilmenevät palveluiden ulkopuolelle jäämisenä, niistä ulos putoamisena tai tuloksettomana satunnaiskäyttönä. Erot ovat yhteydessä toimimattomiin palvelukäytäntöihin, sosiaaliseen syrjäytymiseen sekä apua tarvitsevien heikkoon toimintakykyyn.

Palveluiden käyttöön liittyvien erojen kaventamiseksi tarvitaan palvelujärjestelmän eri toimijoiden monitahoiseen yhteistyöhön ja asiakassuhteisiin liittyvää osaamista, koordinoitavuutta selkeyttämistä sekä taustalla vaikuttavien, yhteiskuntarakennetta koskevien kokonaisuuksien ymmärtämistä.

Palveluiden kyvyttömyys tavoittaa päihdeongelmista kärsiviä on maailmanlaajuinen ongelma. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan yli ¼ päihteiden väärinkäyttäjistä ja ongelmakäyttäjistä ei saa asianmukaista hoitoa ja apua (Holmberg 2010, 20). Myös mielenterveysongelmien alidiagnosointi sekä perusterveydenhuollon heikko valmius vastata mielenterveysongelmiin ovat herättäneet huolta (Alanko & Hellman 2017, 362). Suomessa mielen-

terveys- ja päihdepalveluiden käyttöön liittyvä eriarvoisuuden on arvioitu lisääntyneen palveluiden monipuolistumisesta ja avohoitopainotuksesta huolimatta (mm. huumehoidon erityismuotojen lisääntyminen, uudet digitaaliset terapiapalvelut, psykiatrinen laitoshoidon korvaava palveluasuminen¹⁰, esim. Nuorvala 2004, 616, Mäkelä 2005, 14; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 7). Esimerkiksi päihdepalvelujen saatavuuden heikkenemisen on arvioitu johtuvan lisääntyneestä asiakkaiden valikoinnista, jolloin järjestelmässä tavoiteltu laskennallinen tehokkuus voi kääntyä palveluiden saatavuuden turvaamista vastaan (Mäkelä ym. 2005, 14).

Monille edes palveluiden kynnykselle pääseminen voi olla ylivoimaista alentuneen toimintakyvyn ja puutteellisten valmiuksien vuoksi. Kynnyksen ylittämisestä huolimatta edessä voi olla myös käännös. Käyntikertoja palveluissa syntyy, mutta hoitotarpeeseen ei tule vastausta eikä hoitoketjua muodostu. Usein palveluiden tavoitetaso on asiakkaalle yksinkertaisesti liian korkea, jolloin hän ei pääse etenemään tai on niissä toistuvasti väärässä paikassa (Mäkelä 2005, 11). Kaikkein vaikeimmin syrjäytyneitä, toimintakyvyltään heikentyneitä ihmisiä on vaikea sovittaa erikoistuneeseen, yksilöltä omaa vastuuta ja valintoja edellyttävään hoito- ja palvelujärjestelmään, mikäli järjestelmä ei madalla siihen pääsyn ja siinä etenemisen kynnyksiä. Omat haasteensa mielenterveys- ja päihdepalveluille tuovat esimerkiksi maahanmuuttajien ja ikääntyvän väestön sekä nuorten avun ulkopuolelle jääminen, kulttuurieroihin sekä elämäntilanteisiin liittyvä syrjäytyminen.

Tässä luvussa tarkastellaan sekä sosioekonomisesti että esimerkiksi kulttuurisesti heikossa asemassa olevien ryhmien päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyviä haasteita. Samalla hahmotellaan niihin jo toimivaksi havaittuja tai vielä kokeiluvaiheessa olevia ratkaisuja tutkimuksen, haastattelun ja kyselyaineiston analyysin, kokemusasiantuntijoiden lausuntojen sekä Ota kantaa -kyselyn kautta saatujen tulosten pohjalta. Ulkomaisiin lähteisiin kohdistuneen kirjallisuushaun tuloksena tästä aiheesta löytyi yhteensä 72 artikkelia. Näistä valittiin tiivistelmien perusteella sisällönanalyysiin 17 artikkelia, joissa käsiteltiin joko palveluiden toimivuutta tai mikrotason toimintakäytäntöjä heikossa asemassa olevien kannalta. Suomalaiseen järjestelmään soveltuvien uudenlaisten ratkaisujen hahmottamiseksi selvityksessä paneuduttiin myös aihealueen kannalta relevanttiin kotimaiseen tutkimukseen, jonka valinnat perustuivat osiosta vastanneen tutkijan (Outi Hietala) asiantuntemukseen. Heikossa asemassa olevien ryhmien palveluiden käyttöön liittyvät haasteet ovat hyvin monitahoisia, niin rakenteellisia, hallinnollisia ja käytännöllisiä kuin vuorovaikutukseen sekä luottamukseen liittyviä. Siksi niitä tarkastellaan seuraavassa raportin muista osista poiketen temaattisten kysymysten pohjalta jäsenneyissä osaluvuissa. Näin on mahdollista peilata eri haasteita sekä hahmotella niihin soveltuvia ratkaisuja kunkin osaluvun sisällä, monia eri aineistoja ja lähteitä yhdistellen.

3.5.1. Eriarvoisuuden vähentämisen haasteet

Terveyserojen kaventamisessa on havaittu, että yksittäiset toimenpiteet tuottavat vain harvoin tulosta. Niiden lisäksi tarvitaan sekä terveyden ehtoihin vaikuttavan yhteiskuntarakenteen ymmärtämistä että dynaamisessa suhteessa toisiinsa olevien kulttuuristen, sosiaalisten, fyysisten ja psykologisten tekijöiden sekä niiden välisten vaikutussuhteiden yksityiskohtiin menevää tuntemusta. (Koivusilta, 2012, 348, Sadana & Blas, 2013, vrt. myös Wahlbeck ym. 2017.) Esimerkiksi sosiaalipoliittisten toimenpiteiden avulla on onnistuttu kaventamaan myös mielenterveyteen liittyviä terveyseroja (ks. Alegria & Perez, 2003). Taloudellinen

¹⁰ <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/Documents/Ohjeistus%20Yleistyneen%20ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6n%20nettiterapiaan.pdf>

eriarvoisuus tuli esiin myös Ota kantaa -palautteessa, jossa arveltiin köyhyyden itsessään aiheuttavan mielenterveysongelmia ja pidettiin tärkeänä ehkäistä köyhyyttä yhteiskunnan tukitoimilla.

Mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyvistä eroista on vaikeaa saada kattavaa tietoa, koska merkittävä osa avohoito- ja tukipalveluista jää järjestelmällisen tiedonkeruun ulkopuolelle (Manderbacka ym. 2006, 42). Päihdepalveluissa on pyritty tutkimusten avulla löytämään taustatekijöitä, joiden avulla voitaisiin parantaa eri hoitomuotojen klinistä tehokkuutta ja varmistaa niiden soveltuvuus, mutta tässäkin ei juuri ole onnistuttu (Babor 2008). Pätevimmin päihdeongelmista toipumista on voitu ennustaa riippuvuuden voimakkuuden sekä päihteen käytön intensiivisyyden lisäksi päihteen käyttäjän sosiaalisten verkostojen laadun perusteella (Walton ym. 2003). Siksi niin terveyteen kuin palveluiden käyttöön liittyvien erojen vähentämisessä tulisikin haastaa ajattelutapaa, jossa valinnanvapaus sekä siihen liittyvät riippumattomuuden ja itsekontrollin ihanteet jäsentävät käsityksiä ihmisten sairastamisesta ja terveydestä (ks. Honkasalo, 2013, 79.) Nämä lähestymistavat ovat todennäköisesti virheellisiä, koska terveyserot ovat viime vuosikymmeninä vain kasvaneet huolimatta niistä lähtökohdasta tehdyistä panostuksista (Maunu, 2014).

Mielenterveys- ja/tai päihdepalveluiden käyttöön liittyvä eriarvoisuuden voi tiivistää ilmenevän joko palveluiden ulkopuolelle jäämisenä, niistä ulos putoamisena tai tuloksettomana satunnaiskäyttönä (esim. Nuorvala ym. 2004). Esimerkiksi toistuvan päihdepalveluissa kiertämisen on havaittu olevan yhteydessä huono-osaisuuteen ja päihdepalveluiden asiakkaiden sosiaaliset ongelmat on todettu hyvin monitahoisiksi: yksinäisyys, työttömyys ja asunnottomuus sekä perheellisten lastensuojeluasiakkuus on heidän keskuudessaan yleistä. (Kuussaari ym. 2014, 274; Mäkelä ym. 2005, 10; Suojarvalmi ja Kaukonen, 2002). Sosiaali- ja terveyspalveluiden toistuvan satunnaiskäytön on puolestaan todettu korostuvan varsinkin sosiaalipalveluita käyttävien kohdalla (Leskelä ym. 2013).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi räätälöidä kunkin alueen tarpeet ja erilaisuus huomioiden (Karvonen & Rintala 2005). Aiheesta haastateltu erikoissairaanhoidon asiantuntija korosti tukea antavan, yliopistosairaaloitten toteuttaman ja alueen käytännön tarpeista nousevan tutkimustoiminnan merkitystä. Tarvitaan pitkäjänteistä palveluiden saatavuutta ja järjestämistä, asiakkaiden palvelukokemuksia sekä ryhmien mielenterveys- ja päihdeongelmiin vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä koskevaa ja päätöksentekoa tukevaa tutkimusta (Dowrick ym. 2010, 2016; Lathrop, 2013).

Toimimattomat palvelukäytännöt ja hoitokelpoisuuden kynnykset

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ulkopuolelle jäämistä sekä putoamista on Suomessa tutkittu vähän. Perusturvaetuuksiin liittyvää väliinputoamista ja poiskäännyttämistä käsitellessä tutkimuksessa havaittiin, että niitä koskevat päätökset perustuvat paitsi etuutta hakevien ihmisten tilanteeseen ja päätöksenteon kriteereihin, myös työntekijöiden vaihtelevaan osaamiseen ja organisaatioiden virallisiin ja epävirallisiin sääntöihin (Määttä, 2012). Mielenterveys- ja päihdepalveluissakin tapahtuva palveluiden ulkopuolelle jääminen tai ulkopuolelle putoaminen on todennäköisesti yhteydessä samansuuntaisiin tekijöihin.

Moniongelmaisten päihteen sekakäyttäjien ja laittomien huumeiden käyttäjien kohdalla palveluiden käyttöön liittyvän eriarvoisuuden on havaittu johtuvan myös sosiaalisesta syrjäytymisestä, heikosta toimintakyvystä sekä kyvyttömyydestä toimia järjestelmän odottamalla tavalla (Luntamo 2012, Törmä ja Huotari, 2005). Järjestelmä näyttää sietävän erityisen huolestuttavasti uupuneita, psyykkisesti sekä fyysisesti sairaita, lyhytjännitteisiä ja aggressiivisia ihmi-

siä, jotka tarvitsevat apua, mutta eivät pysty odottamaan hoitoon pääsyä eivätkä ole hoitokelpoisia (esim. Simula, 2007). Päihdepalveluiden eriarvoistumista on selitetty myös lisäantyneellä laskennallisen tehokkuuden tavoittelulla sekä asiakaskunnan valikoinnilla (Mäkelä ym. 2005, 14; Nuorvala ym. 2004).

Ratkaisut on kytkettävä osaksi laajempaa, eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävää terveys- ja sosiaalipolitiikkaa. Tämä edellyttää järjestelmältä systemaattisia keinoja tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat heikossa asemassa olevien terveysriskeihin sekä niiden ratkaisemiseen palveluissa (Blas & Kurup, 2010). Toisaalta olisi kyettävä välttämään kehitys, jossa sosiaalipolitiikka muuttuu yleisestä yhteiskuntapolitiikasta marginaaliryhmiin kohdistuvaksi toiminnaksi (Möttönen & Kettunen 2014, 115).

Palveluiden käyttöön liittyvien erojen kaventamisessa onkin keskeistä kyetä vahvistamaan heikoimmassa ja haavoittuvimmissa asemissa elävien ihmisten ja ryhmien sosiaalista luottamusta, sitä tukevia sosiaalisia taitoja ja yhteisöllistä voimaantumista (Maunu, 2014, 56-57, ks. myös Kortteinen & Elovainio, 2012, Rimpelä, 2013). Yhteisöllisyydessä, sosiaalisessa luottamuksessa ja pääomassa sekä osallisuudessa on keskeistä kokemus, että minulla on väliä muillekin ja on olemassa jotain, minkä vuoksi toimia maailmassa (esim. Maunu, 2014, 5). Tämä tulee haastateltujen asiantuntijoiden mukaan ottaa lähtökohdaksi jo siinä vaiheessa, kun apua, hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia pyritään tavoittamaan palveluiden piiriin.

3.5.2. Apua ja hoitoa tarvitsevien tavoittaminen arjessa

Heikossa asemassa olevia mielenterveys- ja päihdeongelmiin apua tarvitsevia tavoitetaan luontevimmin etsivän ja jalkautuvan, paikallisissa yhteisöissä, arjessa ja verkostoissa tapahtuvan työskentelyn avulla sekä kynnyksettömien kohtaamispaikkojen kautta. Tässä korostuu asiantuntijahaastattelujen perusteella kolmannen sektorin, seurakuntien ja muiden ruohonjuuritason toimijoiden merkitys. Kyselyssä 75 prosenttia vastaajista piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä näiden toimijoiden tiivistä yhteistyötä mielenterveys-, hoito-, vieroitus- ja sosiaalipalveluiden kanssa. Esimerkiksi vanhusväestön keskuudessa masennus, ahdistus ja itsemurhat ovat vakavia ongelmia, joiden esiintyvyys tässä väestöryhmässä on erityisen suuri (Tamminen & Solin, 2013, 19).

Kyselyn avovastauksissa tuli esiin myös ehdotus, että kolmannen sektorin toimijat otettaisiin jatkossa aikaisempaa tasapuolisemmin mukaan järjestelmässä tapahtuvaan palveluiden suunnitteluun sekä yksittäisten asiakkaiden kohdalla että yleisemmällä, esim. alueellisella tasolla. Vastaajat kertoivat myös olevansa huolissaan siitä, että heikossa asemassa olevien palvelut siirtyvät tulevaisuudessa entistä enemmän kolmannen sektorin vastuulle, eikä virallinen palvelujärjestelmä tarjoa enää heille apua.

Yhdistysten toiminnassa arkitason yhteisöllisyys on parhaimmillaan tekijä, jonka ansiosta ne kykenevät erityisryhmien kohtaamiseen, tukemiseen ja auttamiseen, hyvinvoinnin vahvistamiseen, vaihtoehtoisten tuen muotojen kehittämiseen sekä palveluiden ulkopuolelle jääneiden ihmisten tavoittamiseen (Forss ja Vatula-Pimiä, 2014, 253; Möttönen ja Niemelä, 2005, 205). Järjestökentän monipuolisen asiantuntijuuden ja erityisosaamisen onkin arvioitu tuovan vaikkapa päihdetyöhön uusia hyödyllisiä näkökulmia ja mahdollisuuksia (Rauhala, 2011, 14).

Arkilähtöisyys on myös saanut uusia, erityisesti heikossa asemassa olevien ryhmien tavoittamiseen pyrkiviä muotoja. Monet julkiset ja kolmannen sektorin toimijat sekä seurakunnat ovat ryhtyneet toteuttamaan toimintaa, jossa hävikkiruuan jakeluun – nk. leipäjonoihin – luodaan uudenlaisia yhteisen aterioinnin ja yhteisötoiminnan muotoja. Tätä kautta syntyy myös epämuodollisia luottamussuhteita, jotka mahdollistavat päihde- ja mielenterveysongelmien puheeksi ottamisen leimaamatta ja osana muuta vuorovaikutusta.

Vantaan Yhteinen Pöytä -malli tuo hävikkiruuan jakeluun uusia, yhteisöllisiä toimintamuotoja, joissa seurakunnan diakonilta, kunnan terveydenhoitajalta sekä sosiaalityöntekijältä voi saada apua myös mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Helsingissä leipäjonoihin on tuotu kaupungin sosiaalipalveluiden sekä FinFami ry:n toimesta psykiatristen sairaanhoitajien ja sosiaalityöntekijöiden tukea. Espoossa leipäjonojen yhteydessä toimii puolestaan sosiaalityöntekijöiden ja kokemusasiantuntijoiden (Espoon kipinä) yhteisesti pyörittämä kahvila, jossa voi saada halutessaan ammattiapua ja vertaistukea arjessa selviytymiseen, sosiaaliin ja taloudellisiin vaikeuksiin sekä päihde- ja mielenterveysongelmiin. Myös paikalliset tapahtumat ovat merkittäviä paikkoja apua tarvitsevien tavoittamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen. Esimerkiksi Finfami ry esittelee mielenterveyden hoitamisen ja avun saamisen mahdollisuuksia paikallisissa tori- ja katutapahtumissa.

USA:ssa toteutettiin yhteisötyöhön perustuva kokeilujen sarja, jossa paikallisten yhteisöjen kanssa toteutetut ratkaisukeskeiset ja dialogiset työskentelyt auttoivat ymmärtämään paremmin mielenterveysongelmia ja niihin kytkeytyviä sosiokulttuurisia tekijöitä. Kokeilujen pohjalta luotiin myös yhteisölliseen näkökulmaan perustuvia suosituksia, joiden avulla voitiin vaikuttaa mielenterveyshoidon rahoitukseen, resurssien suuntaamiseen ja palvelukäytäntöihin. (Campbell ym. 2016.) Psykososiaalisesta lähtökohdasta yhteisöissä toteutetut syrjäytymisen ehkäisyn interventiot – kuten ohjattu vertaistuki, yhteisöllinen osallistaminen ja taitojen valmennus – on todettu hyödyllisiksi myös psykoosiin sairastuneiden kohdalla (Anderson ym. 2015).

Jalkautuva ja etsivä työ

Jalkautuvan, kotiin tarjottavan avun, hoidon ja etsivän työtavan tärkeys korostui sekä asiantuntijahaastatteluissa, kyselyaineistossa että kokemusasiantuntijoiden palveluiden käyttöä koskevilla kannanotoilla. Kyselyyn vastanneista 82 prosenttia piti etsivää ja jalkautuvaa otetta joko erittäin tärkeänä tai tärkeänä heikossa asemassa olevien välittömän auttamisen ja palveluihin pääsyn helpottamiseksi. Asiantuntijahaastattelussa tuli esiin idea haja-asutusalueilla autolla liikkuvasta hoitoyksiköstä, joka tarjoaisi somaattisen puolen konsultointia verkkotekniikan välityksellä. Samankaltaiseen ideaan perustuu A-klinikkasäätiön OSIS-hankkeessa luotu, etsivän ammatti- ja vertaistyon yhdistämisen katuklinikka-malli¹¹.

Jalkautuvan ja etsivän työn kustannusvaikuttavuutta ei ole kyseisten ryhmien monitahoisten ja pitkäkestoisten ongelmien vuoksi tarkoituksenmukaista tarkastella päihde- tai mielenterveyspalveluiden lyhyen aikavälin kustannusten pohjalta. Yhden osajärjestelmän tai palvelun kustannustehokkuuteen keskittyminen voi johtaa näiden ryhmien palveluihin pääsyn sekä niissä etenemisen vaikeutumiseen, joka pitkällä aikavälillä ja laaja-alaisesti arvioituna voi saada aikaan kustannusten nousua. Tämä tuli esiin esim. Tampereella toteutetussa etsivän

¹¹ <https://www.innokyla.fi/web/verstas133348>

sosiaalityön kokeilussa (Metteri ym. 2000), jossa paneuduttiin katutason kontaktissa tavoitettujen ihmisten monitahoisiin ongelmiin sekä ohjattiin ja tuettiin oikean avun äärelle. Vaikka näiden ihmisten palveluiden käyttö sekä esim. tukityöllistyminen tuottivat lisäkustannuksia, arvioitiin kokonaissäästöiksi projektissa n. 673 000 euroa (4 milj. markkaa, mts. 117). Myös Ruotsissa on tehty samansuuntaisia laskelmia, joiden perusteella monitahoisten ongelmien ratkaisemiseen panostava ja sektorirajat ylittävä yhteistoiminnallinen kuntoutus on havaittu pitkällä aikavälillä erittäin kustannustehokkaaksi (Björnered 2012, Hedfors 2017). Etsivän ja kokonaisvaltaisen auttamistyön todellisten kustannusvaikutusten selvittämiseksi tarvitaankin pitkäjänteistä tutkimusta, jossa kustannuksia vertaillaan väestötasolla.

Avun piiriin pääsemistä voidaan asiantuntijahaastattelujen perusteella helpottaa ruohonjuuritason verkostoyhteistyön avulla, esimerkkinä Vailla vakituista asuntoa ry:n jalkautuvan palveluohjauksen malli. Mallissa kaduilla ja kohtaamispaikoissa kontakteja rakentava liikkuvan tuen työntekijä sekä palveluohjaaja muodostavat työparin. Toistuvissa kohtaamisissa pyritään luomaan luottamuksellinen suhde ja yhteisymmärrys asiakkaan elämänalueista ja asioiden hoidon kokonaisuudesta (mm. asuminen, sosiaalinen tuki, terveyden- ja päihdehoitoasiat, asiainhoito virastoissa, rikosseuraamusasiat sekä yhteistyö viranomaisten ja kolmannen sektorin kanssa). Tavoitteena on ohjata avun tarvitsija sellaiseen verkostoon ja palveluun, jonka erityisosaaminen tukee häntä eteenpäin. Luottamus on haastatellun asiantuntijan mukaan tässäkin keskeinen ehto ja siksi ohjauksen saaminen ei edellytä avun kynnykseksi helposti nousevaa henkilötietojen antamista.

Monet kolmannen sektorin yhdistykset ja palveluntuottajat ylläpitävät helposti saavutettavia ja yhteisöllisyyteen perustuvia kohtaamispaikkoja tai olohuoneita, joihin voi tulla vain olemaan tai tapaamaan muita ihmisiä hyvinkin raskaiden ongelmien kuormittamina. Olohuoneissa voi olla tarjolla ammattiavun ja vertaistuen lisäksi mahdollisuuksia auttaa itsekin muita. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan juuri vähittäinen ja joustava siirtymä avun vastaanottajasta avun antajaksi on usein merkittävä osa toipumista, koska se lisää itsearvostusta, luottamusta omaan pystyvyyteen ja vaikuttaa yhteisölliseen asemaan.

3.5.3. Palveluihin pääsyn helpottaminen

Haastatellut asiantuntijat korostivat toimivien peruspalveluiden tärkeyttä heikossa asemassa olevien mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsyn helpottamisessa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa perusterveydenhuollon yleislääkäreillä on todettu olevan vaikeuksia saada huonosaisia ja vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaitaan vastaanotetuksi erikoistuneisiin mielenterveyspalveluihin (Cunningham ym. 2009). Aiheesta haastateltu mielenterveyspalveluiden asiantuntija piti tärkeänä, että terveyskeskuslääkärin havaitsemaan psykiatrisen hoidon tarpeeseen vastataan viivytyksettä ja hoitoon pääsyn tulisi toteutua ilman nykyisen lähetekäytännön aiheuttamaa odottelua. Myös päihdepalveluissa toimiva asiantuntija piti päihdelaitospaikan saamiseen liittyvän lähete- ja päätöskäytännön hitautta heikossa asemassa olevien asiakkaiden kannalta kriittisenä ja palveluista ulossulkevana käytäntönä. Asiakasta laitoshoidon lähtemisessä tukevan ruohonjuuritason ammattilaisen olisi tärkeää saada ajantasaista tietoa päätöksenteon etenemisestä sekä laitosten paikkatilanteesta, jotta ammattilainen voi tukea asiakasta odotusaikana. Joustava hoitoon pääsy riippuu kyseisen asiantuntijan mukaan huolestuttavan usein työntekijän henkilökohtaisista, luottamukseen perustuvista suhteista päätöksiä tekeviin viranomaisiin.

Päihdeongelmaisten palveluihin pääsemisen vaikeuden on arvioitu johtuvan siitä, että heidän asiansa jätetään peruspalveluissa helposti vähemmälle huomiolle tai niihin suhtaudutaan ikään kuin ylimääräisenä lisärasituksena. Heikossa asemassa olevien kohdalla tämä näkyy toimintatavoissa, joilla päihdeasiakkaita asetetaan tärkeysjärjestykseen. Työssäkäyvän ja perheellisen päihdeasiakkaan palvelutarve katsotaan usein ensisijaiseksi verrattuna päihdeasiakkaaseen, joka on yksinäinen ja työtön. Palveluketjuihin muodostuu väistämättä tulppia ja hoitoprosessi ei etene, jos jatkohoidon tai kuntoutuksen kynnys on huono-osaisille liian korkea. (Mäkelä ym. 2005.) Nämä palveluiden käyttöön perustasolla liittyvät erot aiheuttavat pahimmillaan sekä eriarvoisuutta että taloudellista tehottomuutta. USA:n etnisesti ei-valkoisten ryhmien vähäisemmän mielenterveyspalveluiden käytön taustalla osasyynä oli perustason palveluissa toimivien yleislääkäreiden kyvyttömyys diagnosoida mielenterveysongelmia. (Cook ym. 2015.) Samansuuntaisia haasteita on havaittu myös Suomeen tulleiden turvapaikanhakijoiden kohdalla. Järjestelmän tulisikin selkeästi määritellä turvapaikanhakijoiden mielenterveysongelmienkin selvittämiseen ja tarvittaviin hoitoihin liittyvät oikeudet sekä rajoitukset. (Pirinen, 2008.)

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen idän päihdepoliklinikka on siellä työskentelevän asiantuntijan mukaan kehitellyt yhteistyössä Vuosaaren sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa päihde- ja mielenterveysongelmien palvelumallia, jolla pyritään vastaamaan erityisen heikossa asemassa olevien ja paljon palveluja käyttävien tarpeisiin oikea-aikaisesti ja integroidusti. Asiantuntija piti mallin toimivuuden kannalta tärkeänä, että asiakas on aina olla selvillä siitä, kehen tiimin jäsenen hän voi olla yhteydessä ilman viivettä ja kynnyksiä. Toinen hyvä esimerkki joustavasta tuen, avun ja hoidon piiriin pääsemisestä on kuntien kouluterveydenhuollon ja yksityisten, paikallisia päihde- ja mielenterveyspalveluita tarjoavien yritysten yhteistyö, jonka ansiosta alle 18-vuotias nuori pääsee avun piiriin ilman lähetteitä tai jonotusta (esim. Järvenpään kaupungin ja Nuovo Oy:n yhteistyö).

Katkaisu- ja laitoshoidon sekä muiden kuilujen ylittäminen

Sosiaalihuollon alaisten ja laitospainotteisten päihdepalvelujen vaihtumisen avo- ja ostopalveluihin on arvioitu vaikeuttaneen erityisesti heikoimmassa asemassa olevien päihdeongelmaisten palveluiden saatavuutta. (Inkeroinen & Partanen, 2006.) Esimerkiksi huumausaineiden ongelmakäyttäjien kohdalla laitospaikkojen leikkaukset on arvioitu suuremmaksi kuin missään muualla laitoshoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001.)

Laitoshoitoon ja yleensä palvelujärjestelmään pääsyä vaikeuttaa haastateltujen asiantuntijoiden mukaan myös apua tarvitsevien hoitomotivaation suuri vaihtelu, joka on osa päihderiippuvuutta ja korostuu erityisen heikossa asemassa olevien kohdalla. Siksi esimerkiksi katkaisu- ja vieroitushoitoon tulisi päästä kaikkina viikonpäivinä ja vuorokaudenaikoina. Kyseeseen osallistuneista aina saatavilla olevaa katkaisuhoidon- ja kriisipalvelua piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä 79 prosenttia vastanneista.

Ikäihmisten kohdalla päihdepalveluiden käyttö voi olla haastavaa, koska katkaisun jälkeen jatkohoito- ja kuntoutuspaikat ovat suunnattu työikäisille. Lisäksi hoito- ja kuntoutuspaikkojen tilat eivät aina ole esteettömiä eikä olosuhteita ole muutenkaan suunniteltu sellaisiksi, että ikääntyvän asiakkaan olisi siellä helppo liikkua ja olla. Ikääntyvien kannalta on tärkeää huomioida myös se, että juomisen katkaisu voi kestää pitkään ja sen aiheuttamat fyysiset ja henkiset oireet olla rajuja. Ikääntyneiden kohdalla onkin syytä pohtia tarkkaan millaisissa olosuhteissa katkaisua yritetään. Kaikkein parhaimmat olosuhteet ovat silloin, kun lääkäri on nopeasti tavoitettavissa. Ikääntyvien kohdalla on kokeiltu myös kotona tapahtuvaa avokatkaisua, jolloin on huolehdittava päivittäisestä seurannasta sekä pyrittävä ennakoimaan ikääntyvän kunnossa tapahtuvat muutokset. Ikääntyvillä kotona tapahtuvaa katkaisuhuhoitoa on aina punnittava perusteellisesti ja mikäli on pelkoa pahoista vieroitusoireista, sekavuudesta tms. oireista, on laitосkatkaisu turvallisempi vaihtoehto. (Levo 2008, 79.)

Hyvä esimerkki ikäihmisten päihdeongelmien arkilähtöisestä ratkaisusta on Helsingin kaupungin Diakonissalaitoksen tuella kehittämät Pilke-ryhmät. Ne ovat vertaistuellisia pienryhmiä, joihin päihteitä käyttäviä ja elämäntapansa syrjäyttämiä yli 60-vuotiaita etsitään, kutsutaan ja saatetaan päivätoiminnan piiriin. Yhdessä suunniteltu päivätoiminta tarjoaa sisältöä arkipäivään, yhteisöllisyyttä, vertaistukea, virikkeellistä toimintaa ja osallisuuden kokemuksia. Kerran viikossa kokoontuvassa Pilke-ryhmässä voi keskustella, osallistua tekemiseen, mutta myös seurata sivusta. Pilketoiminta on myös etsivää työtä, joka toteutuu verkostoissa, yhteydenpidossa sosiaalitoimen, terveystoimen, kotihoidon ja seurakuntien diakoniatyön kanssa. Toiminnalla pyritään ehkäisemään syrjäytymistä, auttamaan ja tukemaan arjessa selviytymisessä, jolloin kotona asumista voidaan mahdollisesti jatkaa pidempään. (Pajunen & Laapio 2015.)

Haastatellut asiantuntijat pitivät tärkeänä, että paikallisten sosiaali- ja terveyskeskusten kiirevastaanottojen yhteydessä olisi selviämispaiikka, jossa asiakas voi turvallisesti odottaa vaikka yön yli pääsyä katkaisuhuhoitoon. Katkaisuhuhoitovalmiutta on vaikea saavuttaa asunnottomana tai päihdekeskeisessä alakulttuurissa. Tällaista päivystyksellistä selviämishoitoa piti joko tärkeänä tai erittäin tärkeänä lähes 80 prosenttia kyselyyn vastanneista. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ylläpitämä selviämissema voi sijoittua myös poliisiaseman ja putkan yhteyteen.

Selviämissema on esimerkiksi Espoossa sijoitettu poliisiaseman yhteyteen. Se tarjoaa kyselyyn vastanneen kansalaisen mukaan maksutonta palvelua päihtyneille asiakkaille, joilla on terveydentilan seuranta vaativa somaattinen tai psyykkinen sairaus, mutta ei välitöntä lääkäripalvelun tarvetta. Toiminnan tavoitteena on päivystyspoliklinikan kuormituksen vähentäminen päihdepotilaiden osalta sekä putkakuolemien ennaltaehkäisy ja vähentäminen. Toiminnan on vastaajan mukaan koettu rauhoittavan päivystysten toimintaa.

Asiakkaalle on haastateltujen asiantuntijoiden mukaan kyettävä myös antamaan riittävä ja ymmärrettävä tieto hänelle tarjottavasta laitos- tai avohoidosta sekä sen tarkoituksesta. Parasta on päästä henkilökohtaisesti tutustumaan hoitopaikkaan tai sen edustajiin esim. niin,

että he tulevat kertomaan toiminnastaan asiakkaalle etukäteen. Myös laitoksesta kotiuduttaessa tutustuminen avopalveluiden työntekijöihin sekä yhteisen kotiutumiseen valmistautumisen on havaittu edistävän sen onnistumista.

3.5.4. Yhteisöllisyyttä ja vertaistukea

Laitoshoidon ja -kuntoutuksen yhteisöllisyyttä piti 75 prosenttia YhdessäMielin webropol-kyselyyn vastanneista tärkeänä tai erittäin tärkeänä heikossa asemassa olevien palveluiden käytön kannalta. Kyselyn avovastausten mukaan myös omaisten ja läheisten osallistuminen hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun on keskeinen osa tätä yhteisöllisyyttä. Kokemusasiantuntijat puolestaan ehdottivat, että kaikki mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottajat tulee tähän yhteisöllisyyden vahvistamiseksi velvoittaa käyttämään vertaistuen sekä kokemusasiantuntijoiden osaamista. Heidän mukaansa tämä tulisi saada yhdeksi heikossa asemassa olevien eriarvoisuutta vähentäväksi palveluiden hankintakriteeriksi (esim. laitos-, kuntoutus- sekä asumispalveluiden hankinta). Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että vertaisuuteen perustuvan kokemuskokulman integroituminen varsinkin klinisiin toimintamalleihin on usein haastavaa (Gallagher and Halpin, 2014; Gillard and Holley, 2014). Ongelmat liittyivät vertaistuen jäämiseen lähinnä symboliseen, järjestelmälle alisteiseen asemaan, kun kokemukselliset näkökulmat sulautuivat asiantuntijalähtöisyyteen sekä aidot vaikutusmahdollisuudet jäivät vähäisiksi (Gillard and Holley, 2014; Health Workforce Australia, 2014).

Miehet ovat päihdeongelmien ja -palveluiden suhteen usein naisia heikommassa asemassa. Miesten eriarvoisuus liittyy esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintatapojen ja -kulttuurin kyvyttömyyteen vastata naisvaltaisen henkilöstön näkökulmista poikkeaviin tarpeisiin (Maunu, 2012). Mielenterveyspalveluita tulisikin toteuttaa myös miesten kannalta luontevammista, vähemmän puhekeskeisistä ja toiminnallisemmista lähtökohdista (esim. Valkonen & Lindfors, 2012, Melartin ym. 2010). Tämä todettiin myös Ota kantaa -sivuston kautta saaduissa kommentteissa. Kolmannelle sektorilla on jo pitkään ollut miesten lähtökohdista tapahtuvaa toiminnallista, päihdekuntoutumista tukevaa toimintaa. Hyvänä esimerkkinä tästä on Selvästi metsässä -toiminta, joka perustuu luonnossa liikkumiseen ja toimimiseen sekä koulutettuihin vertaisohjaajiin.¹²

Myös vanhusten mielenterveysongelmia on pyritty sekä ehkäisemään että hoitamaan yhteisöllisistä, arkeen kytkeytyvistä lähtökohdista. Esimerkiksi HelsinkiMissio tarjoaa yli 60-vuotiaille ammattilaisen ohjaamia terapeutteja keskusteluryhmiä Senioripysäkillä, jonka palvelut ovat maksuttomia ja ehdottoman luottamuksellisia ja jossa voi keskustella luottamuksellisesti ikääntymiseen liittyvistä asioista. Tehtävään koulutukseen saaneen ammattilaisen ohjaamassa ryhmässä on mahdollista jakaa omia kokemuksia, ajatuksia ja tunteita sekä löytää niille uusia merkityksiä ja näkökulmia. Tavoitteena on yksinäisyyden, masennuksen ja ahdistuksen lieveneminen vuorovaikutuksessa muiden ryhmäläisten kanssa. (Esim. Heikkilä ym. 2007.)

¹² http://a-kiltojenliitto.fi/images/stories/PDF-tiedostot/Aineistopankki/Selmen_loppuraporttikannet_pieni.pdf

Asumispalveluiden kehittäminen kokemusrvioinnin ja verkostoyhteistyön avulla

Asumispalveluiden asiakkaat ovat monella tapaa tarkasteltuna yhteiskunnan huono-osaisia (Saari, 2015). Hyvistä käytännöistä kokemusrvioinnissa on nostettu esiin vertaistuen käyttö, nuorten itsenäistymisen tukeminen ja vierihoidon eristämisen vaihtoehtona (Salo, 2010.) Haastateltu asiantuntija nosti esille asumisen järjestämisen osana kuntien tavallista asunnon vuokraamistoimintaa. Erilaisin tukitoimin voidaan turvata asumisen onnistuminen ja vain poikkeustapauksissa olisi tarpeen järjestää valvotumpia ratkaisuja.

Monilla paikkakunnilla mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut toteutetaan keskitetyissä, joko kuntien itse tai palveluntuottajien ylläpitämissä erillisyyksiköissä. Kiinnostavaa poikkeusta valtavirrasta edustaa Rovaniemen kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutettu Mielenterveyden keskusliiton Turvanen-malli. Turvanen-malli perustuu matalan kynnyksen ohjaukseen, kahteen turva-asuntoon sekä sosiaali- ja terveysammattilaisten muodostamaan työpariin (Nouko-Juvonen 2001). Palvelun perusajatus on, että asukkaan (asumis)tilanteen selvittely aloitetaan heti kun asiakas ottaa yhteyttä. Mallin ydin on sosiaali- ja terveysammattilaisten välinen yhteistyö, palvelujen ja etuuksien kattava tuntemus sekä verkosto-osaaminen, jotka ovat mahdollistaneet monimutkaisten ongelmavyyhtien onnistuneen selvittelyn. Turva-asunnot tarjoavat väliaikaisen, vuokrasopimukseen perustuvan kodin esim. psykiatrisilta osastoilta tai kuntoutuskodeista palaamisen jälkeen, jolloin niissä opetellaan itsenäistä asumista. Turva-asuntoihin on tultu myös mm. vuokratien kasautumisen tai häätöjen takia.

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin sosiaalityön osaamista

Kyselyssä ja Ota kantaa -sivuston vastauksissa tuli esiin, että sosiaalityö on avainasemassa jalkautuvassa ja etsivässä auttamistyössä, palveluiden kynnyksien ylittämisessä sekä niihin integroitumisessa. Yksi haastatelluista asiantuntijoista piti tärkeänä sosiaalityön konkreettista etuuksiin ja oikeuksiin liittyvää osaamista heikossa taloudellisessa asemassa olevien hoidon saatavuuden turvaamisessa (mm. hoitomaksuvapautuksen hakeminen vähävaraiselle asiakkaalle). Toinen asiantuntija puolestaan halusi vahvistaa sosiaalityön psykososiaalista ja yhteisöllistä osaamista mielenterveys- ja päihdepalveluissa (vrt. Roivainen, 2016).

Sosiaalityön hoidollisesta ja lääketieteestä eroavan tietoperustan on todettu tarjoavan päihdehoitoon rikastavia näkökulmia, joiden avulla voidaan luoda kokonaisvaltaisempi käsitys paitsi asiakkaan tilanteesta myös hänen perheestään ja yhteisöstään sekä ennen kaikkea ymmärtää näiden merkitys hänelle (Stanhope & Lynn, 2015). Vahvaa sosiaalityötä edustavan A-klinikkatoimen yhdistäminen mielenterveyspalveluissa korostuvaan hoidollisuuteen on tutkimusten mukaan haastavaa (esim. Stenius ym. 2012, 174.). Yhdistettyä mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavissa palveluissa henkilöstöresurssit ovat sekä perus- että erikoistamalla ammattiryhmiltään keskimäärin yksipuolisemmat kuin erillisissä mielenterveys- tai päihdepalveluissa, ja painottuvat terveydenhuollon ammattiryhmiin (Suontausta, 2016).

Matalan kynnyksen päihde-, mielenterveys- ja kriisipalvelut

Heikossa asemassa olevien ryhmien kannalta matala kynnyksen palveluihin voi perustua hyvin toisenlaisiin kriteereihin kuin muiden kansalaisten kohdalla. Huumehaittojen vähentämisessä lähtökohtana on esimerkiksi arvoneutraalius ja moralisoinnin välttäminen (esim. Pe-

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden saumattomuus esimerkiksi vankien vapautumisvaiheessa on erittäin perusteltua. Vankien mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat viime vuosikymmenien aikana lisääntyneet merkittävästi. Kun vuonna 1985 huumausaineriippuvuus diagnosoitiin kuudella prosentilla miesvangeista ja kolmella prosentilla naisvangeista, olivat diagnoosit nousseet vuonna 2006 miehillä 58 prosenttiin ja naisilla 60 prosenttiin (Ostbaum-Federley, 2017).

Rikosseuraamuslaitoksen Vankeusaika mahdollisuutena -hankkeessa (2016-2019) pyritään haastatellun asiantuntijan mukaan kytkemään paikalliset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä työvoimapalvelut tarjoamaan vapautuvalle vangille hänen tarpeisiinsa vastaavia, vankilassa käynnistyneen kuntoutumisen ja opiskelun etenemistä turvaavia palveluita. Haasteena on vankiloiden ja vankien kotipaikkakunnilla työskentelevien viranomaisten välisten kuilujen ylittäminen. Hanke kokeileekin mm. vankilassa tehtävää tarvearviointia, paikallisille viranomaisille kirjoitettavia läheteeseen perustuvia ratkaisuja sekä vankilassa tapahtuvaa työhallinnon asiakassuhteen käynnistämistä.

Sosiaalityön rooli palveluiden koordinoinnissa

Asiantuntijahaastatteluihin osallistuneet eivät kokeneet terveydenhuollon edustajien tavoittavan asiakkaiden arjen haasteita tai laaja-alaista näkemystä asiakkaan palvelukokonaisuudesta, vaan arvioivat sen edellyttävän sosiaalityön osaamista. Sosiaalityötä pidettiin myös Ota kantaa -palvelun kommentoijissa keskeisenä.

Esimerkkinä tuotiin esiin päivystyksessä työskentelevän terveys- ja sosiaalityöntekijän malli, joka on käytössä Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Sosiaalityöntekijällä on viranhaltijan valtuudet ja samalla selkeä käsitys siitä, miten terveydenhuollossa ja esimerkiksi päivystyksessä toimitaan.

Sosiaalityön roolin keskeisyys heikossa asemassa olevien ryhmien palveluprosessien turvaamisessa sekä heidän monialaisten palveluidensa koordinoinnissa tuli esiin myös paljon palveluita käyttäviä asiakkaita koskeneessa tutkimuksessa (Leskelä ym. 2013). Tutkimukseen perustuvien suositusten mukaan kalliiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saattamiskäytön vähentäminen edellyttää, että näiden asiakkaiden palvelukokonaisuus on suunniteltu ja koordinoitu, sille on määritelty yksi vastuutaho ja että tieto kulkee palveluntuottajien ja vastuutahon välillä. Myös mielenterveys- ja päihdepalveluissa tehdyn tutkimuksen perusteella on havaittu palvelukoordinaation vähentäneen kokonaiskustannuksia (vrt. Callahan ym. 1995). Vain terveyspalveluja käyttävien asiakkaiden koordinaattoriksi soveltuu terveydenhuollon ammattilainen, kun taas sekä niitä että sosiaalipalveluja käyttävien koordinaattori tarvitsee laajaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuntemusta (Leskelä ym. 2013). Myös kuntoutuskomitea korosti sosiaalityön koordinoivan roolin keskeisyyttä eri toimijoiden tarjoaman tuen ja palvelujen yhteen sovittajana, jotta voidaan rakentaa toimivia kokonaisuuksia asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi pistemäisten erillispalvelujen sijaan (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017).

Koordinaatiotehtävää hoitava sosiaalityöntekijä voidaan nimetä heikossa asemassa olevan, monitahoisten ongelmien kohtaavan asiakkaan pitkäaikaiseksi, palveluihin tulemisesta asti rinnalla kulkevaksi palveluluotsiksi. Hän pyrkii muodostamaan asiakkaan kanssa luottamuksellisen suhteen ja pysymään aktiivisesti perillä siitä, mitä asiakkaalle kuuluu, missä hän on ja millaisia palveluita, hoitoa tai etuuksia hänellä on käytössään ja mitä niistä hänelle on kussakin vaiheessa tarkoituksenmukaista tarjota. Asiakkaan kanssa etukäteen sovituin ehdoin luotsi voi jalkautua asiakkaan luokse niin arkeen kuin vaikkapa sairaalaosastolle tai muuhun laitokseen. Näin hän voi viiveettä selvittää muuttuneen tilanteen vaatimia tukitoimia sekä auttaa asiakasta hahmottamaan sitä. Hän myös tukee asiakkaansa kuntoutumista, auttaa häntä etenemään palvelupolullaan sekä toisaalta yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa karsii tarpeettomaksi käyviä palveluita. Ryhmä- ja verkostotyö, johon osallistuvat eri alojen ammattilaiset, asiakas itse, hänen läheisensä ja vertaistukihenkilöt, koordinoidaan luotsin toimesta. Asiakkaalla on oikeus saada mahdollisimman esteetön yhteys omaan luotsiinsa myös aktiivisen asiakkuuden päätyttyä, esim. toimintakykyä ja -edellytyksiä uhkavassa tilanteessa tai kriisissä. Luotsilla puolestaan tulisi olla valtuudet tehdä tarvittaessa hänen palveluiden saamistaan koskevia viranomaispäätöksiä.

Palveluluotsina toimivan sosiaalityöntekijän tulee asiantuntijahaastatteluiden mukaan tuntea riittävästi myös terveystietojen toimintaa. Hänellä täytyy olla käytettävissään koko palvelujärjestelmätason potilas- ja asiakastiedot sekä niihin perustuvat hälytysjärjestelmät ja päätöksenteon tuki. Nykyinen tietosuojajärjestelmä ja lain aiheuttamat esteet tietojen liikkuvuudelle eri rekisterinpitäjien välillä vaikeuttavat asiakkaan palvelujen koordinoimista. Tämä heikentää myös palvelujen laatua, sillä asiantuntijat joutuvat toimimaan vajavaisten tietojen varassa (Leskelä ym 2013). Palveluluotsin tiedon käytön tulee kuitenkin olla asiakaslähtöistä ja heikossa asemassa olevan asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä tapahtuvaa, ei asiakasta määrittelevää, kontrolloivaa tai leimaavaa.

Aktiivisena koordinaattorina ja palveluluotsina toimiva sosiaalityöntekijä on asiakkaan tukena myös hoito- ja kuntoutuspolun nivelkohdissa, jolloin hän voi esim. helpottaa asiakkaan turvattomuutta muutosten edessä ja näin keventää hoitovastuuta eteenpäin luovuttavan tahon, esim. omahoitajan tukitehtävää. Tämä koordinaattorimalli vastaa pitkälti henkilökohtaistamiseksi kutsuttua työtapaa (person-centred care), jota on Iso-Britanniassa toteutettu esimerkiksi broker-roolissa toimivien sosiaalityöntekijöiden avulla (mm. Berwick, 2002; Zastrow, 2010). Henkilökohtaistaminen edellyttää työntekijältä mm. riittävää autonomiaa sekä kykyä vahvistaa asiakkaan asemaa päätöksenteossa, mikä voidaan turvata irrottamalla heidän julkisista palveluista ja päätöksenteosta itsenäisemmiksi toimijoiksi (ks. esim. McCormack & McCance 2010.)

Kokemusasiantuntijat korostivat palautteissaan nivelvaiheiden tärkeyttä hoito- ja palveluprosessin etenemisessä, jotta asiakas ei putoa näissä kohdissa palveluiden ulkopuolelle. Heikossa asemassa olevat voivat tarvita henkilökohtaista luotsausta ja mukana kulkemista esimerkiksi katkaisuhoidosta laitoshoidon tai -kuntoutukseen siirryttäessä. Tähän haasteeseen pyrkii vastaamaan STOP Huumeille ry:n Radalta himaan-malli (ks. esim. Kukkonen 2014).

Päihdepalveluissa parhaillaan asiakkaana olevien yhdenvertaisuuden ja hoitopolkujen vahvistamisen kannalta on tärkeää tarjota joustavaa, vertaistuen ja ammatillisuuden yhdistämiseen perustuvaa matalan kynnyksen ohjausta sekä neuvontaa. STOP Huumeille ry:n Radalta himaan -mallia voi pitää tässä mielessä kiinnostavana, kehittämistavoitteisiin hyvin vastaavana esimerkkinä. Yhdistyksessä työskentelevän sosiaalialan ammattilaisen ja vertaistyöntekijän muodostama työpari kiertää päihdekuntoutuslaitoksissa, asumisyksiköissä, katkaisuhoidoissa ja vastaavissa paikoissa tapaamassa siellä asiakkaana olevia. Vapaamuotoisissa tapaamisissa he esittelevät asiakkaille erilaisia jatkohoito- ja tukimuotoja sekä antavat konkreettista ohjausta ja vertaistukea eri palveluihin hakeutumisessa.

Heikossa asemassa olevien palveluprosessin katkoksiin sekä ulosputoamisiin voidaan asiantuntijahaastatteluiden perusteella vastata tehokkaasti synnyttämällä yhden toimijan tai toimijaryppään tiiviisti integroimia palvelukokonaisuuksia.

VVA (Vailla vakituista asuntoa) ry:n edustaja kertoi asiantuntijahaastattelussa yhdistyksen palvelukokonaisuudesta, joka koostuu palveluohjauksen ohessa kolmesta toisiinsa asiakkaiden tarpeiden ja valmiuksien mukaan integroitavasta osatoiminnosta. Osatoimintoja ovat 1) päihitteettömyyttä tukeva vapaaehtois- ja vertaistoiminta, jota (kaksi virkistys- ja toimintakeskusta) 2) matalan kynnyksen sekä liikkuva auttamistoiminta (katutason vertais- ja vapaaehtoistoiminnan keskus, asumisen tuki ja asumispalveluihin ohjaus, liikkuva tukityö ja palveluohjaus, yökeskus, etsivä ympärivuorokautisen työn yksikkö, maahanmuuttajatyö sekä 3) asumispalvelut (kaksi asumisyksikköä). Kaikki osatoiminnot, ammattilaiset ja vertaiset toimivat joustavasti ja saumattomasti yhteen asiakkaan tilanteen sekä tarpeiden pohjalta. Tällainen asiakkaan valmiuksiin ja tarpeisiin joustavasti mukautuva palvelukokonaisuus on hyvä esimerkki monitahoisten ongelmien (ns. wicked problems, esim. Rittel & Melvin, 1973) ratkaisuista.

Avun piiriin pääsemistä voidaan helpottaa yhdistämällä konkreettisesti saman katon alle kynnyksetön olohuonetoiminta, matalan kynnyksen palvelut sekä ajanvaraukseen perustuvat vastaanotto-, ryhmä- ja terapiapalvelut. Asiakas voi käyttää juuri sitä osaa palvelusta, johon hän kokee tarvetta ja johon hänellä on valmiudet. Halutessaan asiakas voi joustavasti edetä sitoutumista vaativampiin ja tavoitteellisempiin palveluihin.

Erityisen heikossa asemassa oleville nuorille on kehitetty erilaisia palveluiden käyttöä helpottava sekä hoitopolkujen katkeamista ehkäiseviä ratkaisuja. Yhtenä vaihtoehtona on yhteen yksikköön keskitetty, matalan kynnyksen kohtaamispaikan sekä tavoitteelliset hoitomuodot yhdistävä yksikkö. Tällaista edustaa asiantuntijahaastattelun mukaan esimerkiksi Keski-Uudenmaan Nuorten Pysäkki, joka on Keravalla sijaitseva kolmannen sektorin avohoitopaikka päihde- ja mielenterveysongelmista ja/tai sosiaalisista ongelmista kärsiville alle 18-vuotiaille nuorille sekä heidän perheilleen. Pysäkin matalan kynnyksen rennossa tapaamistilassa on aina vähintään yksi työntekijä, jonka kanssa nuoret voivat tulla spontaanisti juttelemaan mieltä askarruttavista asioista sekä hoitaa myös virallisia asioita. Tapaamistilan yhteydessä toimivassa palveluyksikössä tarjotaan joustavaa apua yksilöasiakkaille ja perheille, kuten perheterapiaa, huume-seulontaa, päihderiippuvuuden arvioita, verkostopalavereja, lääkäripalveluita sekä erilaisia toiminnallisia ryhmiä ja vertaisryhmiä vanhemmille.

Toinen vaihtoehto on hoidon vieminen nuoren arkeen, ulos poliklinikoilta ja sairaaloista nuoren arkiseen toimintaympäristöön: kouluun, kotiin ja harrastuksiin. Kahdenkeskisiä terapioiden korvattu ryhmämuotoisella toiminnalla ja tukemalla koutsautyypillisesti nuoren arjenhallintaa sekä kodin ulkopuolella toimimista. Samalla on tuettu vanhempia nuoren hoidossa. Tässäkin mallissa keskeistä on henkilökunnan pysyvyys ja riittävän tietotaidon säilymisen varmistaminen organisatorisilla järjestelyillä tilanteissa, joissa henkilökunta vaihtuu usein. (Lämsä 2015, 67-69.)

Heikossa asemassa olevien kannalta lupaavaa mallia edustaa myös on kompaktin kohtaamispaikan, matalan kynnyksen palvelun sekä laaja-alaisen verkostoyhteistyön integroimiseen perustuva A-klinikkasäätiön kehittämä Völjy-malli. Völjy-mallissa pyritään parantamaan haittojen vähentämisen työtapoja, vahvistamaan huumeita käyttävien ja korvaushoidossa olevien osallisuutta sekä ennaltaehkäisemään asunnottomuutta. Völjyn vahvuus heikossa asemassa olevien palveluiden käytön kannalta on laaja-alainen, verkostomainen yhteistyö sosiaalitoimen ja vuokranantajien, Tampereen ja Pirkanmaan huumehoidon avopalveluiden, Tampereen kaupungin sosiaalitoimen, Rikosseuraamuslaitoksen, Taiteen edistämiskeskuksen sekä huumeita käyttävien ihmisten palveluihin ja asunnottomuuden ennaltaehkäisyyn liittyvien verkostojen kanssa. Tämän tyyppisten, kehittämistyön tuloksena syntyneiden mallien toimivuudesta ja vaikuttavuudesta ei ole saatavilla kattavaa tutkimus- tai vertailutietoa siksi, että ne ovat innovaatioina vielä melko tuoreita ja edelleen muokkautuvia, paikallisiin erityistarpeisiin joustavasti vastaamaan pyrkiviä.

3.5.6. Kuntoutuksen kynnyksen madaltaminen ja joustavat palvelumallit

Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien, erityisen heikossa asemassa olevien ihmisten kuntoutukseen pääsyssä sekä kuntoutuspalveluiden soveltuvuudessa heille on haasteita. Esimerkiksi harkinnanvaraiseen KELA:n kuntoutukseen hakeminen ja pääseminen on korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneiden sekä työttömien kohdalla heidän arvioituun

kuntoutustarpeeseensa nähden vähäistä (Pensola ym. 2012). KELA:n kuntoutuspsykotera-
piaan pääsy edellyttää opiskelua tai työvoimaan kuulumista, riittävän pitkää hoitosuhdetta
psykiatriin ja viime kädessä sen toteutuminen riippuu myös asiakkaan taloudellisesta ase-
masta. Kyselyn avovastauksissa ehdotettiin KELA:n kuntoutuspsykoterapioiden omavas-
tuosuuden poistamista vähävaraisilta. Kokemusasiantuntijat puolestaan pitivät ideaa arki-
lähtöisestä, esimerkiksi paikallisten mielenterveysyhdistysten päivätoiminnan yhteydessä
tarjottavasta psykoterapiasta hyvänä, koska se – toisin kuin KELAn kuntoutuspsykoterapia –
palvelisi myös eläkkeellä olevia. Asiantuntija taas korosti haastattelussa, että pätevien ja
menetelmällisesti monipuolisten psykoterapeuttien palveluita tulisi saada enemmän myös
päihdekuntoutujille, joista monet kärsivät päihteiden käytön päätyttyä esiin nousevista trau-
moista.

Valtakunnallisen sosiaalisen kuntoutuksen SOSKU-kehittämishankkeessa on Forssan
seudun hyvinvointikuntayhtymän osahankkeessa luotu arjessa tarjotun ja kotiin saatavan
sosiaalisen kuntoutuksen sekä tuen muotoja, jotka tulevat lähelle jalkautuvaa ja etsivää
työtä (ks. luku 4.5.2) Mallissa sosiaalityön ammattilaiset tavoittavat eristyneitä ja sosiaali-
selta toimintakyvyltään heikentyneitä kuntalaisia heidän kotoaan, kutsuvat mukaan ja tar-
vittaessa saattavat esimerkiksi lähialueen olohuonetoimintaan tai lähtevät yhdessä asiak-
kaan kanssa esimerkiksi uimahalliin. Asiakastyö on yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja inten-
siivistä, asiakkaita tavataan vähintään kerran viikossa hänen arjessaan ja eteneminen ta-
pahtuu täysin asiakkaan ehdoilla. Usein asiakkaiden avun tarve liittyy elämän perusasi-
oihin, asumiseen ja toimeentuloon sekä palveluihin pääsemiseen. Mikkelin nuorten pal-
veluihin SOSKU-osahanke on puolestaan kehittänyt ammattiteatterin ja sosiaalityön yh-
teistyöhön perustuvan Arki on draamaa -kuntoutusmallin mielenterveys- ja päihdeongel-
mien vuoksi työn ja koulutuksen ulkopuolelle pudonneille nuorille. Rovaniemen kaupun-
gin SOSKU-osahanke toteuttaa sosiaalista kuntoutusta ennaltaehkäisevällä työotteella,
kouluun tuotavan nuorisotyön osaamisen, yhteisöllisyyden ja koulukuraattorin matalan
kynnyksen tuen keinoilla. Järvenpään kaupungin SOSKU:ssa kehittämistyötä on toteu-
tettu kehitysvammaisten työsalitoiminnan, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työtoi-
minnan, kuntouttavan työtoiminnan sekä asumispalveluiden muodostamassa sosiaalisen
kuntoutuksen kokonaisuudessa, johon on luotu asiakkaille erilaisia osallistumisen muo-
toja niin palveluiden arkeen kuin niiden yhteiskehittämiseen. Näiden vielä kehittämistyön
alla olevien mallien toimivuudesta ei ole olemassa vertailukelpoista seuranta- tai tutki-
mustietoa, mutta käytännön toimivuus on voitu havaita mm. nuorten koulutukseen ja
opintoihin etenemisessä sekä syrjäytyneimpien asiakkaiden yhteisöihin liittymisessä.

Asiantuntijahaastatteluiden perusteella sosiaalisen kuntoutuksen palveluihin eteneminen on
syrjäytyneimpien päihderiippuvaisten kohdalla hyvin haastavaa. Kuntoutukseen pääsemi-
selle asetetaan näiden ryhmien kohdalla usein tiukkoja ehtoja ja heidän lukumääräänsä kos-
kevia rajoituksia. Asiakkaan tulee myös kyetä osoittamaan valmiutensa sitoutua pitkäjänteis-
esti palveluun jo etukäteen. Tämä nostaa esimerkiksi kuntouttavaan työtoimintaan tulemi-
sen kynnystä ja jättää kaikkein heikoimmassa asemassa olevat työttömät sen ulkopuolelle.
Myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien pääsyä kunnan työllisyyspalveluihin sekä sivi-
sitys-, kulttuuri- ja liikuntapalveluihin sekä esimerkiksi urheiluseurojen toimintaan tulisi helpot-
taa, mitä muutamat SOSKU-osahankkeet ovatkin toteuttaneet. Mielekkään toiminnan ja yh-
dessä olemisen mahdollisuuksia voidaan tarjota vaikkapa sosiaalisen kuntoutuksen ja kun-
nan liikuntapalveluiden yhteistyönä sekä niin, että myös asiakkaat voivat kiinnostuksensa

pohjalta olla mukana toteuttamassa toimintaa esim. vertaisohjaajina ja työntekijöiden työpareina (SOSKU-hankkeen loppuraportti, tulossa 2018).

Kiinnostava, asiantuntijahaastatteluun perustuva esimerkki matalan kynnyksen sosiaalisen ja työelämävalmiuksia vahvistavan kuntoutuksen mallista on Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden haittoja vähentävä palvelu Sympis, jossa osatyökykyisille huumekuntoutujille on tarjolla mahdollisuus kokeilla erilaisia työtehtäviä. Vertaisuuteen ja palvelukeskuksen arkitoimintaan perustuvia tehtäviä on tarjolla niin päihtyneille, päihteettömille kuin pysyvämpää raittiutta tavoitteleville. Asiakas itse sekä ohjaajat voivat saada tämän joustavan työkokeilun ansiosta realistisen käsityksen hänen työ- ja toimintakyvystään sekä ryhtyä sen pohjalta rakentamaan toimivia, myös asiakasta kiinnostavia jatkosuunnitelmia.

Sosiaalisen kuntoutuksen integroinnin mallit

Erittäin heikossa asemassa olevien sosiaalisen kuntoutuksen palveluiden integrointi tulisi asiantuntijahaastattelujen perusteella toteuttaa niin, että erityishaasteet otetaan palveluiden järjestämisen lähtökohdaksi. Kuntoutuksen hajanaisuuteen ratkaisuja etsineen uudistamiskomitean mukaan peruslähtökohta ja onnistumistekijä sosiaalisessa kuntoutuksessakin on riittävä ajan resursointi, toimiva verkostotyö sekä asiakkaan todellisten, sillä hetkellä käytävissä olevien voimavarojen huomioon ottaminen kuntoutumisprosessissa (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017).

Korvaushoitoa kehittävässä OK-hankkeen¹⁶ Jyväskylän osahankkeessa (Sovatek-säätiö) sosiaalinen kuntoutus toteutuu osana kokonaisvaltaista toimintamallia, jossa korvaushoitoasiakkaiden kaikki palvelut (korvaushoito, muu hoito ja kuntoutus, vertaistuki/kokemusasiantuntijuus sekä toimintakykyä ja työelämävalmiuksia tukevat palvelut) tuotetaan samassa organisaatiossa yhtenä, asiakkaan lähtökohdista integroituna palveluprosessina. Kuntoutumisen etenemistä tuetaan lisäämällä korvaushoitoasiakkaiden työelämäosallisuutta, tarjoamalla heille mahdollisuuksia kuntouttavaan työtoimintaan ja sitä edeltävään valmennukseen, oppisopimuskoulutukseen, työkokeiluun ja palkkatukityöllistymiseen.

¹⁶ <https://www.a-klinikka.fi/a-klunikksaatio/toiminta/hankkeita-ja-toimintaa/ok-hanke>

Harjula on Suojatie ry:n ja Helsingin kaupungin päihdehuollon jälkikuntoutuksen yhteinen, vertaistukea ja ammattimaista päihdekuntoutusta tarjoava palvelu. Suojatie tarjoaa Harjulassa vertaistukeen perustuvaa toimintaa ja vaihtoehtoisia vapaa-ajan viettämisen mahdollisuuksia päihdekuntoutujille sekä heidän läheisilleen. Helsingin kaupungin päihdehuollon jälkikuntoutus tuottaa puolestaan Harjulassa päihdekuntoutujien toipumista ja päihteetöntä elämäntapaa edistäviä palveluja. Molemmat toimivat rinnan samassa yksikössä ja suunnittelevat toimintaa yhdessä toistensa sekä Harjulan asiakkaiden kanssa. Palvelun toimivuus on asiantuntijahaastattelun mukaan havaittu päihdehuollossa mm. asiakkaiden sitoutumisen vahvistumisena ja toisaalta heidän etenemisessään koulutukseen, harrastuksiin ja työhön.

Sosiaalista kuntoutusta muihin palveluihin yhdistävä kokonaisuus voi toteutua myös pienessä yksikössä ja organisaatiossa. Esimerkiksi huumeiden käyttäjien yhteisöhoitoa kehittänyt Kalliolan kannatusyhdistys ry toteuttaa haastattelun asiantuntijan mukaan asumisyhteisöpalveluissaan kokonaisvaltaista, ammatillisuutta ja vertaistukea yhdistävää yhteisökuntoutusta, jossa tarjotaan yksilöllistä tukea myös työllistymiseen ja opiskeluun osana päihteettömän identiteetin rakentamista.

Haastattelun asiantuntijan mukaan tämä edistää huumeikuntoutujien etenemistä työhön ja koulutukseen jopa paremmin, kuin erityisryhmille tarjottava kuntoutus tai työhönvalmennus.

Nuorten kannatteleva työkykyvalmennus

Heikossa asemassa oleville, päihde- ja mielenterveysongelmien kanssa kamppaileville nuorille suunnattuja sosiaali-, terveys- ja työllisyyspalveluja on ohjattu viime vuosina toteuttamaan niin kutsuttua yhden luukun -periaatetta, jossa nuoren tarvitsema tuki tuodaan yhteen helposti saavutettavaan paikkaan (Notkola ym. 2013). Kelan rahoittaman PURA-hankkeen¹⁷ (2014-2017) kohderyhmänä olleiden nuorten monitahoiset palvelutarpeet toivat esiin, että yhden luukun -periaatteen toteuttaminen käytännössä on haaste. Sen sijaan hankkeen työkykyvalmentajat vastasivat nuorten palvelutarpeisiin kehittämällä toimintamallin, jossa valmentaja auttoi nuorta pääsemään hänen kulloinkin tarvitsemansa palvelun piiriin. PURA-hankkeessa myös yhdistettiin joustavasti sekä ammatillista että päihdekuntoutusta ja kehitettiin mm. toiminnallista, nuorta kannattelevaa työkyvyn arviointia ja työkykyvalmennusta sekä vahvistettiin nuorten palveluja tuottavan verkoston yhteistyötä. (Mattila-Aalto, 2017) Työhönvalmennuksessa nuorelle tarjottiin mahdollisuus osallistua päihdehoitoon ilman, että hän joutui keskeyttämään valmennuksen. Ratkaisu edisti nuorten päihteettömyyttä, joka taas kohensi edellytyksiä osallistua valmennukseen sekä motivoi etenemistä vaativampaan ammatilliseen kuntoutukseen. (Mattila-Aalto, 2017) PURA-kuntoutuksen vai-

¹⁷ <http://www.kela.fi/pura-hanke>

kuttavuus perustuu oivallukseen, että ihmisen kokemus omasta pystyvyydestään on suoraan yhteydessä hänen kiinnostukseensa osallistua ja asettaa tavoitteita. Jos nuori kokee omat kykynsä liian heikoksi ja ongelmien käsittelyn liian vaikeaksi, hän helposti passivoituu ja vetäytyy (vrt. Kerätär ym. 2014).

3.5.7. Luottamuksen rakentaminen asiakkaiden ja palveluissa työskentelevien välillä

Työntekijöiden on kyettävä luomaan asiakkaisiin sellaisia kontakteja ja toimimaan tavoilla, joita luottamuksen syntyminen edellyttää (Maunu, 2014). Haasteena luottamuksen rakentamisessa ovat sekä palveluissa että asiakkaiden viiteryhmissä vallitsevat, toista osapuolta koskevat kielteiset asenteet sekä usein myös erilainen käsitys luottamuksen perustasta. Palveluissa työskentelevät liittyvät luottamuksen yksilöiden väliseen suhteeseen, kun taas päihdelähtöisissä alakulttuureissa yksilöiden välinen luottamus on usein toissijaista tiukkojen sosiaalisten normien noudattamisen, niihin liittyvien uhkien ja pakkojen rinnalla (Perälä, 2011). Eri yhteisöjen ja kulttuurisesti vieraampien ryhmien kanssa toimimisessa tarvittavia valmiuksia vahvistamalla on kuitenkin saavutettu merkittäviä hyötyjä paitsi palveluiden käyttäjille myös niiden tuloksellisuudelle (Dowrick ym. 2010, 2016).

Työntekijöiden asiakkaisiin nähden etuoikeutettu asema voi synnyttää ristiriitoja, jotka taas vaikuttavat asiakkaiden kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen (Thompson ym. 2015). Vastavuoroisuutta voidaan edistää esim. kutsumalla (kehittäjä)asiakkaita, vertaisia tai kokemusasiantuntijoita mukaan yhteisvalmennuksiin, koulutuksiin, kehittämisspäiviin ja työryhmiin. (Hietala & Terävä, 2017; Hietala & Rissanen, 2017)

Vertaistuki ja kokemusasiantuntemus sillanrakentajina

Nottinghamissa paikallisiin mielenterveyspalveluihin palkattiin kuusi koulutettua vertaistyöntekijää, jossa he todennetusti olivat auttaneet asiakkaita pääsemään palveluiden piiriin sekä ymmärtämään palveluprosesseja, tarjonneet asiakkaille käytännöllistä ja sosiaalista tukea sekä tukeneet toipumista. (Repper & Watson, 2012) Kokemusasiantuntijaroolissa toimivien on puolestaan havaittu edistävän myönteisiä muutoksia asiakkaiden sosiaalisissa verkostoissa ja yhteisöissä (Laitinen & Nikupeteri 2013).

Vertaistuki sekä palveluiden kehittämiseen liittyvä kokemusasiantuntijatoiminta ovatkin hyviä esimerkkejä siitä, miten henkilökohtaiset kokemukset voivat muotoutua yhteisölliseksi voimavaraksi ja miten kaventaa heikossa asemassa olevien ryhmien ja järjestelmän välistä kuilua. Kokemusasiantuntijoiden lisäksi myös muilla, vähemmän koulutetuilla ja valikoiduilla asiakkailla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa mielenterveys- ja päihdepalveluissa. (Meriluoto 2016.)

Kun vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminta tuodaan osaksi järjestelmää, on siihen vapaaehtoisesti osallistuville asiantuntijahaastatteluiden mukaan turvattava riittävät resurssit (palkkiot tai palkat, perus- ja täydennyskoulutus, työnohjauksellinen tuki, virkistystoiminta) [15]. Monet marginaalisia vertaisina ja kokemusasiantuntijoina auttamistoimintaan osallistuvista ovat tulottomia tai pienituloisia eläkeläisiä, jotka eivät kykene ottamaan vastaan palkkiota mm. sosiaalietuuksiin liittyvien yhteensovittamisongelmien vuoksi. Monet kolmannen sektorin toimijat ovatkin maksaneet heille tehtävistä verovapaata ahkeruusrahaa [16].

Yhdistykset ja hankkeet menettivät vuonna 2015 oikeuden käyttää RAY:n avustuksia ahkeruusrahan maksamiseen katu- ja ruohonjuuritason vertaistoinnissa. Asiantuntijoiden mukaan ahkeruusraha tulisi palauttaa STEA:n avustusten käyttötarkoituksiin osana kaduilla ja matalan kynnyksen kohtaamispaikoissa toteutuvaa sosiaalista kuntoutusta.

Verkostoyhteistyötä, yhteiskehittämistä ja alueellisiin haasteisiin vastaamista

Verkostojen kanssa vastavuoroisessa yhteistyössä toimimalla järjestelmä saa ajantasaista, alueellista sekä paikallista ruohonjuuritason tietoa ongelmista ja niiden taustalla vaikuttavista sosiaalisista tekijöistä. Verkostot käynnistävät myös eri toimijoiden yhteistyötä niiden ratkaisemisessa (Mata, 2014). Esimerkkinä tämän tyyppisestä julkisen ja kolmannen sektorin rajat ylittävästä verkostosta on huumeiden käyttäjien vertaistukitoimintaa järjestävien tahojen vety-verkosto, jossa useampi eri taho tekee yhteistyötä Helsingin psykiatria- ja päihdepalvelujen kanssa. Verkosto on luonut yhteistyömalleja erityisen haasteellisissa elämäntilanteissa olevien, vaikeasti tavoitettavien ihmisten kontaktien säilyttämiseksi. Se turvaa myös palveluita koskevan tiedon ajantasaisuuden, jolloin asiakasta voidaan ohjata oikein.¹⁸

Monitahoisia päihde- ja mielenterveysongelmia voidaan ratkoa tarkoituksenmukaisemmin joustavan ja yhteistoiminnallisen verkostoyhteistyön avulla. (Järvensivu & Nykänen, 2008) Verkostoyhteistyö nostettiin asiantuntijahaastattelussa keskeiseksi keinoksi turhien palvelujen päällekkäisyyksien välttämiseksi, palveluaukkojen tunnistamiseksi sekä niihin yhteisesti vastaamiseksi.

3.5.8. Johtopäätökset ja suositukset

Edellä kuvattuja haasteita ja ratkaisuja yhdistää havainto, ettei päihde- ja mielenterveyspalvelujen hyvä laatu tai palveluprosessit yksin ratkaise sosioekonomisesti heikossa asemassa olevien ihmisten palveluiden käyttöön liittyviä kynnyksiä, korjaa heidän marginalisoitua asemaansa tai poista toipumisen esteitä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttöön liittyviä eroja kaventavat järjestelmäpiirteet voidaan tältä pohjalta tiivistää kahdeksaan keskeiseen tekijään:

- Valmius tavoittaa heikossa asemassa olevia heidän arjessaan ja luoda heihin luottamuksellinen suhde myös peruspalveluissa
- Työntekijöiden kyky itselleen vieraampien ryhmien ja kulttuurien edustajien kohtaamiseen ja auttamiseen, etsivään ja jalkautuvaan työhön sekä kotiin tarjottavaan tukeen
- Ammatillisuuden, vertaistuen ja kokemusasiantuntemuksen joustava yhdistäminen
- Matalan kynnyksen palvelut, joissa toteutuu sosiaalinen, kulttuurinen, fyysinen, psyykinen ja taloudellinen esteettömyys
- Monitahoisten palveluprosessien pitkäjänteinen koordinointi sosiaalityöntekijöiden vastuulle
- Yhdessä yksikössä tai organisaatiossa toteutettavat, joustavat palvelukokonaisuudet

¹⁸ <http://vvary.fi/matalan-kynnyksen-toiminta/>

- Järjestelmän palveluiden sekä kolmannen sektorin toimijoiden tiivis, verkostomainen yhteistyö
- Palveluiden käyttöön liittyviä eroja kaventavien ratkaisujen tulee olla osa laajempaa, eriarvoisuuden vähentämiseen tähtäävää terveys- ja sosiaalipolitiikkaa

Apua tarvitsevien tavoittamiseksi järjestelmän tulee turvata ruohonjuuritason toimijoille (yhdistykset, seurakunnat, pienet palveluntuottajat) riittävät taloudelliset resurssit sekä tasavertainen asema suhteessa palveluihin, koska muuten ne jäävät yksin kantamaan vastuuta marginalisoitujen auttamisesta.

Huono-osaisille ryhmille valinnanvapautta tärkeämpää palvelussa on pysyvä, luotettavaksi koettu hoitosuhde ja hoitavan henkilöstön yhteistyö yli organisaatio- ja sektorirajojen. Palvelupolkujen etenemisen turvaamiseksi asiakkaalle tulee nimetä heti palveluun tultaessa palveluluotsi, joka koordinoi sekä ohjaa prosessia ja johon asiakas saa esteettömästi yhteyden. Nykyisen siilomaisen järjestelmän vuoksi ennaltaehkäiseviä palveluita ei osata riittävässä määrin ja oikea-aikaisesti kohdentaa niistä eniten hyötyville. Ylätason rakenne – esimerkiksi vastuiden keskittäminen perusterveydenhuoltoon – ei ratkaise näiden asiakkaiden ongelmia, vaan kriittinen kysymys on palvelujen koordinaatio ja asiakastietojen integraatio. (Leskelä ym. 2013.) Palveluiden toteuttamisessa on otettava käyttöön paikallisia, yhteen yksikköön tai organisaatioon integroitua kokonaisuuksia, joissa on sekä matalan kynnyksen apua tarjoavia palveluita, esimerkiksi aina avoinna olevia selviämis- ja kriisiasemia että näihin joustavasti kytkeytyviä tuki-, hoito- sekä kuntoutuspalveluita.

Myös henkilöstön valmiuksia toimia heikossa asemassa olevien keskuudesta koulutettujen kokemusasiantuntijoiden, vertaisten ja kehittäjäasiakkaiden kanssa on lisättävä niin, että heidän kanssaan voidaan toteuttaa pitkäjänteistä palveluiden yhteiskehittämistä. Myös organisaatioiden toimintatapojen sekä johtamisen tulee aktiivisesti tukea näitä palvelukynnyksiä madaltavan toimintakulttuurin ja ammatillisuuden muutospyrkimyksiä.

3.6. Mielenterveyspalvelujen kustannusvaikutukset

Mielenterveyden häiriöiden vuosikustannukset on arvioitu olevan noin 6 miljardia euroa. Ulkomaisten tutkimusten valossa näyttää todennäköiseltä, että kustannus tulee kasvamaan ilman mielenterveystyön tehostamista. Ennaltaehkäisevillä ja varhaisen puuttumisen toimilla on merkittävää vaikutusta kustannuksiin.

Mielenterveyden häiriöistä johtuva taloudellinen taakka muodostuu pääosin toimintakyvyn heikkenemisestä. Mielenterveyden häiriöihin liittyvien sairauspäivärahakaudet pienentävät BKT:ta 0,3-0,4 prosenttia. Mikäli mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vähentyisi 10-15 prosenttia, BKT vahvistuisi 0,3-0,5 prosentilla. Osatyökykyisyys on haaste, mutta myös mahdollisuus.

Investoimalla mielenterveyden edistämiseen, osatyökyisten paluuseen työmarkkinoille ja mielenterveyspalveluihin on mahdollista pienentää epäsuoria kustannuksia kuten tuottavuuskustannuksia merkittävästi.

Sote-uudistuksen jälkeen mielenterveyden edistäminen jää kuntien tehtäväksi. Tämän tehtävän riittävä resursointi ja koordinointi on tärkeää; suuri osa mielenterveyden edistämisen työstä tapahtuu sosiaali- ja terveyssektorin ulkopuolella, kuten varhaiskasvatuksen ja koulutuksen, liikuntamahdollisuuksien ja kulttuuripalvelujen toimesta.

Mielenterveyden häiriöistä aiheutuu merkittävät terveydenhuollon kulut. Erikoissairaanhoidossa psykiatrisen hoidon kustannukset olivat 750 milj. euroa ja perusterveydenhuollossa mielenterveyshoidon kustannukset vastaavasti yli 100 milj. euroa vuonna 2015 (Matveinen & Knape 2017). Yhteensä mielenterveyspalvelujen osuus on 4,3 prosenttia kuntien kaikista terveydenhuollon menoista. Osuus on ollut laskusuunnasta mielenterveyden häiriöiden kasvavasta merkityksestä huolimatta: vielä vuonna 2000 kuntien terveydenhuollon menoista 5,5 prosenttia ohjattiin mielenterveyspalveluihin. Tästä huolimatta mielenterveyspalveluja (ml. sosiaalipalvelut) on arvioitu edelleen olevan mahdollista tehostaa sote-uudistuksessa siten, että säästöjä kertyy 100-300 miljoonaa euroa (Torkki ym. 2016).

Säästöjä haettaessa palvelujen hyvä integrointi ja palveluketjun katkeamattomuus tulee olemaan keskeistä. Suomalainen tutkimus on osoittanut, että Uudellamaalla ylin 15 prosenttia aiheuttaa 70 prosenttia erikoissairaanhoidon kustannuksista (Leskelä ym. 2015). Oulussa tehdyssä tutkimuksessa päädyttiin vielä korkeampiin prosenttilukuihin: ylin 10 prosenttia aiheutti yli 80 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista (Leskelä ym. 2013). Lisäksi on havaittu, että psykiatrinen diagnoosi ennustaa suurta palvelujen kulutusta (Leskelä ym. 2015).

Mielenterveyden häiriöiden kustannusten arvioinnista tiedetään, että sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kustannukset ovat vain yksi osa kokonaisuudesta. EU:n alueella mielenterveysongelmiin kokonaiskustannusten on arvioitu olevan noin 3,5 prosenttia alueen BKT:sta ja Suomelle luku on arvioitu olevan kolme prosenttia BKT:sta vuonna 2010 (Gustavsson ym. 2011, OECD 2015). Kokonaisuudessaan epäsuorien kustannusten (sosiaaliturva ja tuottavuuden lasku) on arvioitu muodostavan yli puolet mielenterveyden häiriöiden kaikista kustannuksista (Gustavsson ym. 2011). Suomessa pelkästään mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kustannus on noin 4 miljardia euroa vuodessa (STM, 2014). Mielenterveyden häiriöiden kustannusten on esimerkiksi Kanadassa vuoteen 2041 ulottuvassa analyysissä arvioitu kasvavan voimakkaasti (Smetanin ym. 2011).

Tässä raportin osiossa keskitytään tilaajan pyynnöstä erityisesti ennaltaehkäisevien ja varhaisen puuttumisen toimien kustannusvaikutuksiin huomioiden eri ikäryhmät sekä hoitoketjujen katkeamisen ja hoidon laajentamisen kustannusvaikutuksiin. Lisäksi on arvioitu mielenterveyden häiriöihin liittyvien tuottavuuskustannusten suuruutta yleisen tasapainon mallilla. Sisältö painottuu kirjallisuuskatsauksen antamaan tietoon.

3.6.1. Ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen kustannusvaikutukset

Lapsiin ja nuoriin kohdistuvilla interventioilla on suurin potentiaali olla kustannustehokkaita, sillä hyötyjä voidaan kerätä hyvin pitkältä ajalta. Kustannusvaikuttavuudesta on myös näyttöä, kun toimenpiteitä on suunnattu erityisesti riskiryhmään kuuluviin. Kuitenkin kustannuksia koskevia tutkimustietoja on syytä käsitellä varauksella, sillä hyvin usein kustannusvaikutuksia koskevat tiedot ovat peräisin vain yksittäisistä tutkimuksista. Lisäksi seurantatutkimuksiin perustuvista pitkän ajan kustannusvaikutuksista on tietoa yleensä vähemmän. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa tulee myös huomioida eri maitten poikkeavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät, sillä tämä heikentää tulosten suoraa siirrettävyyttä ja sovellettavuutta (Merkur ym. 2013).

Lapset ja nuoret

Mielenterveyden edistäminen kouluissa, erityisesti mielenterveystaitojen, kuten tunne-, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitojen, vahvistaminen opettajien toimesta, on tutkimuksen

valossa sekä vaikuttavaa että kustannusvaikuttavaa. Sijoitus ohjelmiin maksaa englantilais-selvityksen mukaan itsensä takaisin viisinkertaisena (McDaid, Park ja Knapp, 2017, s. 18)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöissä ylisukupolvisuus on vahvaa. Suomalainen Lapset puheeksi –työmenetelmä on ensilinjan keskustelu vahvistamaan vanhemmuutta, lapsen ja vanhemman myönteistä suhdetta sekä lapsen turvallista ja sujuvaa arkea (Solantaus ja Niemelä, 2016). Raahan hyvinvointikuntayhtymässä, jossa on toteutettu Lapset puheeksi –työtä (Lapset puheeksi –keskustelut ja Lapset puheeksi -neuvonpito) systemaattisesti ja laaja-alaisesti vuoden 2012 keväästä lähtien, lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon kustannukset ovat laskeneet n. 45 % välillä 2011-2016. Varsinaisia kustannustehokkuustutkimuksia Lapset puheeksi -neuvonpitoon liittyen ei kuitenkaan ole Suomessa tehty.

Lapsuuden käytöshäiriöt lisäävät riskiä sairastua aikuisiällä mielenterveysongelmiin. Ihmeelliset vuodet -ohjelma (Incredible years) on suunnattu 5-12 -vuotiaiden lasten vanhemmille ja lasten parissa työskenteleville ammattilaisille. Ohjelman on todettu olevan kaikista kustannustehokkain sellaisten lasten kohdalla, joilla on suuri riski käytöshäiriön kehittymiseen (Edwards ym. 2007). Kustannusten osoitettiin olevan maltilliset suhteessa kliniseen hyötyyn. Erityisesti pitkällä aikavälillä ohjelmalla on paljon potentiaalia olla kustannuksia säästävä (O'Neill ym. 2013). Ihmeelliset vuodet -ohjelma on aktiivisessa käytössä Suomessa.¹⁹

Monimuotoisesti käytös- ja päihdeoireilevien nuorten kohdalla jalkautuva multidimensionaalinen perheterapia (MDFT) on osoittautunut vaikuttavaksi syrjäytymisen ehkäisyssä. Amerikkalaisessa tutkimuksessa (French ym. 2002) todettiin MDFT:n kustannusten olevan pienempiä kuin tavanomaisessa hoidossa (viikottainen kustannus per asiakas 164 dollaria vs. 365 dollaria).

Triple P -ohjelma on Australiassa kehitetty ohjelma lasten käytöshäiriöiden ehkäisyyn ja vanhempien kasvatustaitojen tukemiseen. Kanadalaisessa tutkimuksessa on arvioitu Triple P -ohjelman kustannusvaikuttavuutta (Doran ym. 2012). Mikäli ohjelmaa tarjottaisiin 52 000 lapsen syntymäkohortille, ohjelman investointikustannukset maksaisivat itsensä takaisin 25 vuoden ajanjaksolla, jos lasten käytöshäiriöiden määrä vähenisi 6,5 prosenttia. Ohjelma voi vähentää käytöshäiriöitä 25-48 prosenttia, joten näin ollen se olisi kustannustehokas. Australialaisessa tutkimuksessa ohjelman kannattavuusrajaksi havaittiin käytöshäiriöiden väheneminen 7 prosentilla (Mihalopoulos ym. 2007). Triple P -ohjelmaa on suositeltu otettavaksi käyttöön Suomessa (Borg 2015).

Lasten ja nuorten masennuksen ennaltaehkäisyä ja sen kustannusvaikuttavuutta on tutkittu Australiassa (Mihalopoulos ym. 2012). Lapsille ja nuorille 11 ja 17 vuoden iässä tehty kartoitus ja sen jälkeisen mahdollisen terapian osoitettiin olevan kustannustehokasta taloudellisen mallinnuksen perusteella, kun sitä arvioitiin DALY:n (Disease Adjusted Life Years) avulla. Masennusriskissä oleville teini-ikäisille, joilla on masennuksesta kärsivä vanhempi/vanhemmat, terapian tarjoamisen kustannusvaikuttavuutta on selvitetty QALY:n (Quality Adjusted Life Years) avulla (Lynch ym. 2005). Vuoden pituisen intervention jälkeen tulokset osoittivat, että terapiaa saaneet nuoret raportoivat vähemmän masennusta kuin kontrolliryhmään kuuluneet. Tutkimuksessa ei kuitenkaan arvioitu pitkän aikavälin vaikutuksia ja interventioryhmän koko oli melko pieni, joten tulosten yleistettävyys on kyseenalainen.

Fast Track -ohjelma on kymmenvuotinen epäsosiaalista ja väkivaltaista käyttäytymistä ennaltaehkäisevä ja mielenterveyttä edistävä ohjelma, jota on kokeiltu USA:ssa. Ohjelman

¹⁹ <http://ihmeellisetvuodet.fi>

kustannusvaikuttavuudesta on julkaistu negatiivisia tuloksia (Foster & Jones 2006, Foster & Jones 2007, Foster 2010). Arvioinneissa suositellaankin vaihtoehtoisia tapoja ennaltaehkäistä nuorten epäsosiaalista käytöstä.

Aikalisä -toimintamalli on suunnattu varusmiespalveluksen ulkopuolelle jäävien nuorten miesten tukemiseksi ja syrjäytymiskehityksen ehkäisemiseksi. Aikalisässä nuoren lisätuen tarve kartoitetaan ja tämän perusteella tehdään ohjaus tarkoituksenmukaiseen tukimuotoon. Aikalisä-toimintamallin taloudellista vaikuttavuutta on arvioitu äskettäin (Reini 2016). Julkisten varojen rajakustannusten arvioinnin mukaan Aikalisän toteuttaminen on yhteiskunnalle samanhintaista kuin muu julkinen toiminta. Tämän tutkimuksen tuloksia arvioitaessa on huomattava, että laskelmissa Aikalisän kustannukset on oletettu olevan suhteellisen pienet ja Aikalisä-ohjaajien tekemän työnä muun työnsä ohessa.

Kalifornialainen tutkimus opiskelijoiden terveydenhuollon ja erityisesti mielenterveyteen liittyvien palvelujen tarjonnassa osoitti mielenterveyteen sijoitettujen varojen tuottavan hyötyjä, jotka näkyivät erityisesti valmistuneiden opiskelijoiden määrässä (Ashwood ym. 2015). Yhden mielenterveyspalveluihin sijoitetun dollarin todettiin tuottavan hyötyjä noin 6,5 dollaria. Myös toinen amerikkalainen tutkimus raportoi positiivisesta kustannus-hyöty -suhteesta, kun nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuutta parannettiin (Behm ym. 2014). Tutkimuksen Monte Carlo -simuloinnit osoittivat, että ohjelman hyödyt ylittivät kustannukset 91 prosentissa simuloinneista, eli melko suurella todennäköisyydellä ohjelma tuottaa kustannuksia suuremmat hyödyt.

Työikäiset

On arvioitu, että jopa joka seitsemäs tuoreista äideistä kärsii synnytyksen jälkeisestä masennuksesta (Wisner ym. 2006). Englannissa tehty tutkimus osoitti korkeassa synnytyksen jälkeisessä masennusriskissä olevien äitien terapian olevan tehokasta kotikäyntien avulla (Morrell ym. 2009). Yhden QALY:n kustannus oli 90 prosentin todennäköisyydellä alle 30 000 puntaa. Petroun ja työtovereiden (2006) tekemässä tutkimuksessa puolestaan osoitettiin, että mikäli yhteiskunta on valmis panostamaan tuhat puntaa yhtä estettyä masennuskuukautta kohti, kotikäynti-interventio olisi 71 prosentin todennäköisyydellä kustannustehokas.

Psykoosisairauksien kustannukset ovat laajat ulottuen sosiaali- ja terveydenhuollosta oikeusjärjestelmään, menetettyihin työpanoksiin ja sairastuneiden sekä heidän omaisten heikentyneeseen elämänlaatuun. (McCrone ym. 2011). Suomessa skitsofreniaryhmän psykoosien kokonaiskustannukset on arvioitu olevan noin 1,3 miljardia vuodessa (Parvinen, Herse, Väänänen, 2007). Aikaisen psykoosin tunnistamisen intervention on osoitettu olevan kustannustehokas lyhyellä aikavälillä korkean psykoosiriskin omaaville (Valmaggia ym. 2009). Ensimmäisenä vuotena interventio oli kalliimpi kuin tavanomainen hoitokäytäntö, mutta 24 kuukauden kuluttua interventio maksoi 961 puntaa vähemmän kuin tavanomainen hoito.

Suomessa masennustilojen kokonaiskustannusten on vuositasolla arvioitu olevan 1,3 miljardia (Herse ym. 2011). Tutkimuksissa on havaittu työpaikalla tehtävän masennuksen ja ahdistuksen kartoituksen sekä kartoituksen perusteella tarjottavien hoitojen olevan tehokasta ja vähentävän tuottavuusmenetyksiä (Wang ym. 2007). McDaid ym. (2011) arvioivat, että masennuksen ja ahdistuksen ehkäisy työpaikoilla tuottaa säästöjä sekä vähentää poissaoloja työntekijöiden parantuneen työkyvyn kautta, mutta huomauttavat vaikutuksen mahdollisesti vaihtelevan yrityksen toimialan mukaan (esim. tiheästi vaihtuvat työntekijät). Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta tällaiset interventiot ovat kustannuksia säästäviä, mikäli kaikki intervention kustannukset katetaan yritysten toimesta.

Uudelleen masennukseen sairastumisen ennaltaehkäisyn kustannusvaikuttavuutta on tutkittu Alankomaissa (Stant ym. 2009). Tutkimuksessa havaittiin, että psykoedukatiivinen interventio ei ollut kustannusvaikuttava verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Tekijät huomauttavat, että havainto pätee erityisesti Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmään, mutta on silti epätodennäköistä, että interventio olisi kustannustehokas muissa vastaavissa eurooppalaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä.

Englantilaisen tutkimuksen mukaan kokonaisvaltaisella mielenterveyden edistämisellä työpaikoilla olisi mahdollista pienentää tuottavuuden menetyksiä lähes 30 prosenttia, mikä vastaa noin 300 000 euroa 1000 työntekijän organisaatiossa (NICE 2009). Yritysten omissa hyvinvointia edistävissä ohjelmissa on havaittu terveydenhuollon kulujen vähenevän työntekijää kohti (Ozminkowski ym. 2002) ja terveydenhuollon kuluja vähentävän hyöty-kustannussuhdeluvun olevan 1,65:1 (Naydeck ym. 2008). Työpaikalla kokonaisvaltaisen hyvinvointia ja terveyttä edistävän ohjelman osoitettiin vähentävän poissaoloja ja parantavan tuottavuutta; hyödyt olivat kuusinkertaiset verrattuna ohjelman kustannuksiin (Mills ym. 2007).

Vuonna 2010 alkoholihaittakustannusten arvioitiin Suomessa olevan 1,2–1,4 miljardia euroa ja vuonna 2012 alkoholin käytön aiheuttamat välilliset kustannukset arvioitiin olevan noin miljardi euroa (Jääskeläinen 2012, 2016). Tutkimukset ovat osoittaneet, että perusterveydenhuollossa toteutettava lyhytinterventio voi keskimäärin vähentää (ainakin) lyhyellä aikavälillä alkoholin kulutusta 12,3 prosenttia henkilöä kohden (Kaner ym. 2007). Perusterveydenhuollossa tehtävän lyhyen intervention on arvioitu maksavan 17,4 punttaa henkeä kohden (Purshouse ym. 2009). Tähän interventioon perustuva mallilaskelma on osoittanut intervention säästävän seitsemän vuoden aikana 12-kertaisesti intervention kulut (Aslam ym. 2011).

Ikäihmiset

Masennus- ja ahdistuneisuusriskissä olevien ikäihmisten varhaista tunnistamista ja hoitoa on tutkittu Alankomaissa (van't Veer-Tazelaar ym. 2010). Interventio onnistui puolittamaan masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintyvyyden ja kustannus yhtä osallistujaa kohti oli 563 euroa. Kustannus yhtä sairaudesta vapaata vuotta kohti oli 4367 euroa. Ryhmäperusteisista interventioista on tutkittu mm. iäkkäiden säännöllistä osallistumista liikuntaryhmiin (Munro ym. 2004, Windle ym. 2010) ja psykososiaaliseen ryhmäkuntoutukseen (Pitkälä ym. 2009). Vaikka liikuntaohjelmaan sitoutuminen jäi alhaiselle tasolle, terveyteen liittyvä elämänlaatu nousi merkittävästi ja ohjelma oli kustannustehokas moneen muuhun interventioon verrattuna (Munro ym. 2004). Suomalaisessa tutkimuksessa puolestaan selvitettiin ikäihmisten psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen olevan kustannusvaikuttavaa ja parantaneen terveyttä (Pitkälä ym. 2009).

Alankomaissa ja Englannissa toteutetut kotikäyntejä sisältävät interventiot iäkkäiden hyvinvoinnin lisäämiseksi ja masennuksen ehkäisemiseksi osoittautuivat tehottomiksi ja niillä ei ollut kustannusvaikuttavuutta (McDaid & Park 2011). Kanadassa kotihoito-ohjelma, jonka tavoitteena oli lisätä iäkkäiden omia resursseja ja ympäristön tukea, vähensi masennuksen riskiä ilman lisäkustannuksia yhteiskunnalle (Markle-Reid ym. 2006). Toinen kustannusvaikuttavuudeltaan positiivisen arvion saanut oli interventio itsensä yksinäiseksi tuntevien ja vastikään leskeksi jääneiden masennuksen ehkäisemiseksi (Onrust ym. 2008).

e-terveys -sovellukset

”E-Health” eli usein internetin välityksellä toimivia e-terveys -interventioita on kehitetty useisiin mielenterveyden häiriöihin. Tietokoneavusteisen kognitiivis-behavioraalisen terapian on

todettu olevan masennuksen hoidossa kustannustehokasta ja vähentävän sairauspoissaoloja (McCrone ym. 2004). Lisäksi sen on osoitettu olevan tehokasta myös syömishäiriöiden hoidossa (Aardoom ym. 2016).

Ruotsissa on kansallisessa ikääntyneiden hoidon ja hoivan laatusuunnitelmassa (Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer) ennakoitu, että erilaiset e-sovellukset/hyvinvointiteknologiat eivät ehkä niinkään säästä rahaa vaan johtavat tehokkaampaan resurssien käyttöön siten, että hoitohenkilökunnan aikaa säästyy enemmän varsinaiseen hoitotyöhön. Internetiä hyödyntävät terveystalvet ja niiden käyttö lisääntyvät tulevaisuudessa. Tutkimusta tarvitaan kuitenkin yhä, jotta niille löytyy oikea paikka terveydenhuoltojärjestelmässä ja niistä saadaan paras mahdollinen hyöty.

3.6.2. Hoitoketjujen katkeamisen kustannusvaikutukset

Liian aikainen psykiatrisen hoidon lopetus voi johtaa mielenterveysongelmien pahenemiseen ja sairaalahoitoon. Hoitoketjun katkeamiseen liittyen on tutkittu erityisesti sitä, mitkä tekijät ennustavat hoitosuhteen ennen aikaista katkeamista. Huomattavasti vähemmän on tietoa hoitoketjun katkeamisen taloudellisista vaikutuksista.

Masennuslääkkeiden käyttöön sitoutuneisuutta sekä hoitoon sitoutuneisuuden ja resurssien käytön yhteyttä on tutkittu yli 22 000 potilaan otoksella (Cantrell ym. 2006). Seuranta paljasti, että kuuden kuukauden jälkeen näistä potilaista hiukan yli 40 prosenttia oli sitoutuneita lääkehoitoon ja heidän vuosittaiset terveydenhuollon kulunsa olivat pienimmät kaikista vertailuista ryhmistä. Bipolaaritautia sairastavien lääkehoitoon sitoutumisen on todettu olevan terveydenhuollon kustannuksia merkittävästi säästävää (Hong ym. 2011). Bipolaaritautia sairastavien epäsäännöllisellä lääkkeiden käytöllä on myös vaikutusta palvelujen käyttöön (Svarstad ym. 2001). Vuoden seurannassa havaittiin, että tautia sairastavista kaikkiaan 33 prosenttia oli luokiteltavissa epäsäännöllisiksi lääkkeiden käyttäjiksi. Kaikkiaan sairaalahoidon kustannusten arvioitiin olevan yli kuusinkertaiset epäsäännöllisesti lääkitystä noudattavilla.

Skitsofrenia on yksi vaikeimmista ja kustannuksiltaan kalleimmista sairauksista ja johtaa usein pysyvään työkyvyttömyyteen (Karvonen ym. 2008). Yhdysvalloissa on selvitetty skitsofrenian uusiutumisen (relapse) kustannuksia ja sen huomattiin uusiutuvan joka viidennellä potilaalla (Ascher-Svanum ym. 2010). Uusiutumisista kärsineillä potilailla kustannukset olivat viisinkertaiset niihin potilaisiin verrattuna, joilla uusiutumista ei tapahtunut. USA:ssa kansallisella tasolla skitsofrenian uusiutumisesta aiheutuvat pelkät sairaalahoidon kustannukset olivat lähes 2 miljardia dollaria jo yli 20 vuotta sitten (Weiden & Olfson 1995).

Skitsofreniaa sairastavien lääkehoitoon sitoutumisella on suuri merkitys terveydenhuollon kustannuksille. USA:ssa on arvioitu kansallisten kustannusten, jotka aiheutuvat antipsykoottiseen lääkitykseen sitoutumattomuudesta ja sen vuoksi sairaalaan joutumisesta, olleen 1,5 miljardia dollaria vuonna 2005 (Sun ym. 2007). Skitsofreniaan sairastuneiden rikollisuuteen ja hoidon jatkumattomuuteen liittyviä kustannuksia on selvitetty Markov-mallilla (Lin ym. 2015). Mikäli antipsykoottista hoitoa pystytään laajentamaan suhteellisesti 20 prosentilla vankilasta vapautuneiden skitsofreniaa sairastavien keskuudessa, kolmen vuoden kumulatiiviset kustannukset laskevat merkittävästi (353 dollaria/potilas).

Vakaviin mielenterveyden häiriöihin liittyy myös usein päihdeongelma. Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että skitsofreniaa sairastavista noin 20-25 prosentilla on myös päihde-

diagnoosi (Karvonen ym. 2008). Kansainvälinen tutkimus on osoittanut, että vaikeaa mielen-terveyden häiriötä sairastavalla on toipumisen jälkeen suuri riski aloittaa uudelleen päihteiden käyttö (King ym. 2000). Parhaisiin tuloksiin pääsemiseksi uudelleen sairastumisen ennaltaehkäisyssä tulisi päihteiden käytön ehkäisyn jatkua pitkään ja sen rinnalla olla toipumista tukeva asumisratkaisu.

Asunnottomuuteen liittyvät usein vakavat alkoholiongelmät, mielenterveyden häiriöt, kalliiden terveydenhuollon palvelujen käyttö sekä oikeusjärjestelmän kuormitus. Amerikkalaisessa Housing First –interventiossa pyrittiin huolehtimaan ensisijaisesti asumisen järjestämisestä ennen muiden ongelmien selvittämistä (Larimer ym. 2009). Kuuden kuukauden seurantajakson aikana havaittiin, että asuminen vähensi kokonaiskustannuksia 53 prosenttia verrattuna niihin, joiden asunnottomuus jatkui. Myös Suomessa on käytössä Asunto ensin –malli, jonka on todettu tuottavan säästöjä (Ympäristöministeriö 2011).

Suomessa hoitoketjujen katkeamisen yksityiskohtaisempia kustannusvaikutuksia voitaisiin arvioida potilaskohortteja hyväksi käyttäen. Tietyltä ajanjaksolta voidaan valita sairaalahoitoa saava potilasryhmä (vaikea masennus, psykoosisairaudet), jonka sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä kustannuksineen seurataan yli ajan. Tässä ryhmässä tapahtuvat uudet sairaalahoitot voidaan tulkita indikaattoriksi hoidon epäonnistumisesta ja hoitoketjun katkeamisesta. Tutkimuksessa voitaisiin hyödyntää THL:n hoitoilmoitusjärjestelmästä (Hilmo) saatavia tietoja. Hilmoon kerätään tiedot erikoissairaanhoidon avo- ja laitoshoidosta, perusterveydenhuollon laitoshoidosta ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluista. Lisäksi psykiatrista hoitoa saaneista kerätään vielä yksityiskohtaisesti tietoa, joka liittyy mm. potilaan hoitoon tulon, pakon käyttöön, lääkitykseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn.

CEPHOS-LINK hankkeessa (Comparative Effectiveness Research on Psychiatric Hospitalisation) puitteissa on havaittu, että Suomessa uudelleen sairaalahoitoon joutuvien osuus on melko suuri vaihdellen noin 30 prosentista yli 50 prosenttiin sairaanhoitopiiristä riippuen (ks. luku 4.8). Noin puolella on hoitokontakti (pääasiallisesti erikoissairaanhoidon) viikon kuluessa sairaalahoiton jälkeen. Rekisteriaineistosta on nähtävissä myös, että yli kahdeksan hoitokäyntiä kuukaudessa merkitsee yli 2,5-kertaista riskiä joutua uudelleen sairaalahoitoon verrattuna siihen, jos käyntejä ei ole lainkaan.

3.6.3. Hoidon laajentamisen kustannusvaikutukset

Mielenterveyden häiriöihin liittyvät alihoito sekä hoidon alkaminen monta vuotta myöhässä oireiden ilmaantumisen jälkeen. Kansainvälisessä tutkimuksessa on arvioitu eri mielenterveyden häiriöiden hoitovajetta (eli kuinka suuri prosentti ei saa mitään hoitoa sairauteensa) (Kohn ym. 2004). Hoitovaje eri häiriöille oli seuraava:

- skitsofrenia 32,2 %
- masennus 56,3 %
- dystymia 56,0 %
- bipolaaritauti 50,2 %
- paniikkihäiriö 55,9 %
- yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 57,5 %
- pakko-oireinen häiriö 57,3 %

USA:ssa tehdyn kansalliseen aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan vakavaa mielen-terveyden häiriötä sairastavista vain 40 prosenttia sai jatkuvaa hoitoa ja erityisesti nuoret ai-

kuiset eivät saaneet hoitoa ongelmiinsa (Kessler ym. 2001). Niin ikään USA:n aineistoon perustuvassa tutkimuksessa havaittiin, että hoitoa tarvitsevista 6–17-vuotiaista lapsista ja nuorista 80 prosenttia ei saanut mielenterveyshoitoa (Kataoka ym. 2002). Yleisesti on todettu masennuksen hoidon olevan riittämätöntä; esimerkiksi kehittyneissä ja rikkaissa maissa vain joka viides masennuksesta kärsivä saa riittävän hoidon (Thornicroft ym. 2017). Myös Suomessa arviolta vain puolet mielenterveysongelmista kärsivistä ja hoitoa tarvitsevista on hoidon piirissä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Tilanne on vielä heikompi päihdeongelmaisten osalta, sillä arviolta vain noin kolmannes hoitoa tarvitsevista päihdeongelmaisista saa hoitoa.

Taloudellisia vaikutuksia, jotka liittyvät mielenterveyden häiriöiden hoitovajeen korjaamiseen on selvitetty melko vähän. WHO:n johtamassa kansainvälisessä tutkimuksessa arvioitiin masennuksen ja ahdistuksen hoidon kattavuuden laajentamisen taloudellisia vaikutuksia 36 maassa (Chisholm ym. 2016). Hoidon kattavuuden laajentamisen arvioitiin maksavan yhteensä 147 miljardia Yhdysvaltain dollaria vuosien 2016–2030 välillä. Mikäli tämä investointi parantaisi työkykyä ja työn tuottavuutta varovaisesti arvioiden viisi prosenttia, tuottavuuden paranemisesta aiheutuvat hyödyt olisivat lähes 400 miljardia Yhdysvaltain dollaria. Tutkimuksen johtopäätös on, että hyödyt ylittävät hoidon laajentamisen kustannukset 2,3–3,3 -kertaisesti, mikäli vain taloudelliset hyödyt lasketaan mukaan ja 3,3–5,7 -kertaisesti, jos myös parantuneen terveyden arvo lasketaan mukaan.

Hoitamaton päihdehäiriötä sairastavan päivystyspotilaan on todettu aiheuttavan usein korkeita sairaalahoidon kustannuksia (Rockett ym. 2005). He jäivät osastohoitoon muita potilaita 81 prosenttia todennäköisemmin ja käyttivät päivystyspalveluita viimeisen vuoden aikana lähes 50 prosenttia todennäköisemmin kuin muut päivystyspotilaat.

Suomessa olisi mahdollista arvioida tarkemmin mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon laajentamisen kustannusvaikutuksia esimerkiksi väestötutkimusaineistoissa todettujen esiintyvyyksien ja alueellisista hoitokustannuksista kerätyn tiedon avulla.

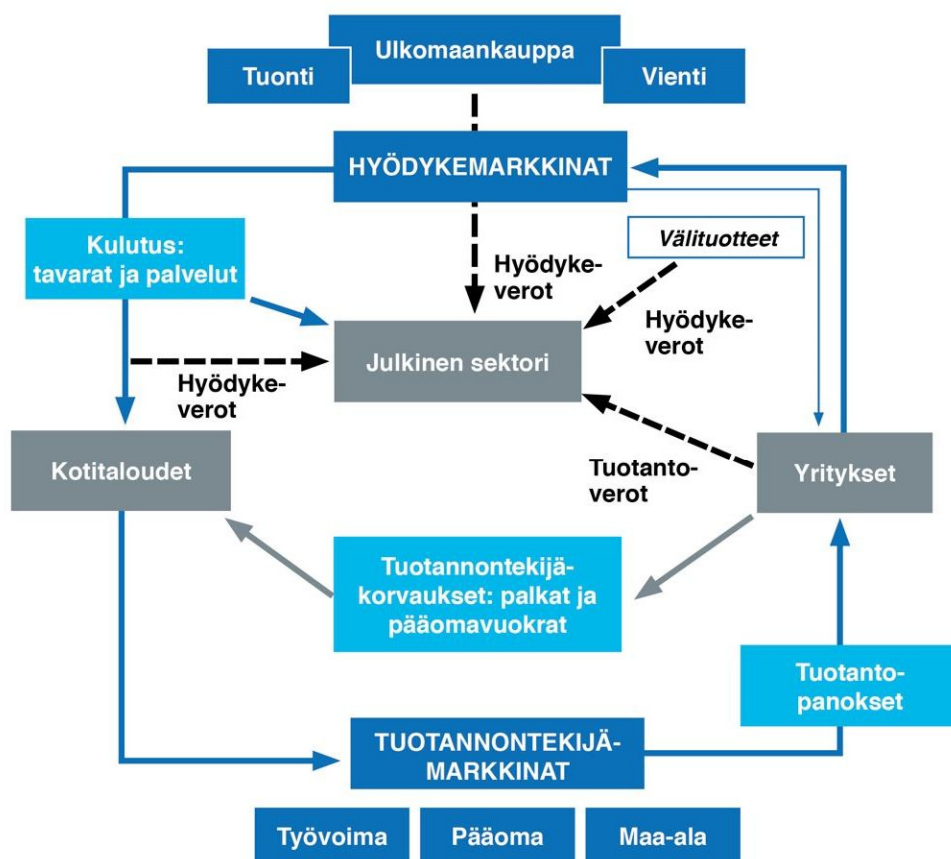
3.6.4. Simuloinnit

Yleisen tasapainon malli

Taloudellisia vaikutuksia arvioidaan tässä artikkelissa CGE-mallilla (computable general equilibrium) eli yleisen tasapainon mallilla. CGE-malleja on käytetty vero-, kauppa- ja ympäristöpolitiikan kokonaistaloudellisissa analyyseissa (Dixon & Rimmer, 2010), mutta mallit soveltuvat myös sosiaali- ja terveydenhuollon sekä terveyden edistämistoimien taloudelliseen tarkasteluun (Verikios ym. 2013).

Tässä työssä käytettiin simuloiteihin staattista yleisen tasapainon mallia. Staattinen malli kuvaa talouden reaktioita vasteena johonkin muutokseen tietyssä ajanhetkenä tulevaisuudessa. Staattisen mallin antamat tulokset (prosenttimuutokset) kertovat eron kahden mahdollisen tulevaisuuden tilan välillä, eli talous shokin jälkeen ja jos shokkia ei olisi tapahtunut.

Tässä työssä käytetty staattinen CGE-malli on toteutettu Monash yliopistossa kehitetyllä GEMPACK-ohjelmointikielellä. Mallin yksityiskohtaisempi kuvaus ja tietokannan rakenne on julkaistu aiemmin (Reini 2012). Oheisessa kuviossa on yksinkertaistettu kuva mallin teoreettisesta rakenteesta (kuvio 2)



Kuvio 2. Simulointimallin rakenne yksinkertaistettuna.

Taustatiedot ja simulointien toteutus

Suomalainen tutkimus on osoittanut, että mielenterveyssyistä pidetyt sairauslomakaudet ennustivat myöhempää työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä jo 6-7 vuotta aikaisemmin ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen riski nousi 6,5-kertaiseksi (Laaksonen ym. 2016). Tulosten mukaan huomiota ja interventioita kannattaa suunnata erityisesti toistuvasti mielenterveyssyistä sairauslomakaudella oleviin työkyvyttömyyseläkkeiden ehkäisemiseksi. Eläketurvakeskuksen selvityksen mukaan mielenterveysongelmista kärsivät arvioivat muita yleisemmin kuntoutuksensa käynnistyneen liian myöhään (Gould ym. 2012).

Tässä raportissa arvioidaan simulointien avulla mielenterveyshäiriöihin liittyvien tuottavuuskustannusten kansantaloudellista merkitystä. Työkyvyttömyyden osalta tarkastellaan 25–64-vuotiaita ja sairauspäiväraha-kausien osalta on huomioitu kaikki mielenterveyden häiriöiden vuoksi maksetut sairauspäivät. Sairauspäiväraha-kausien vaikutusten laskennassa on kuitenkin huomioitu, että sairauspäivärahaa saaneista keskimäärin 72 prosenttia on töissä, 14

prosenttia työttömänä ja loput työvoiman ulkopuolella eri syistä.²⁰ Skenaarioissa keskimääräisenä kuukausipalkkana käytettiin 2946 euroa. Simulointimallin tietokanta on Tilastokeskuksen aineiston mukainen ja vuodelta 2014.

Kaikki simuloinnit toteutettiin kohdistamalla muutokset työvoimapanoksen määrään ja vaikutuksia tarkastellaan simuloinneissa pitkän ajan tähtäimellä, jolloin oletuksena on, että investoinnit ovat ehtineet kertyä tuotannon pääomakannaksi.

Taulukko 1. Simulointien keskeisimmät lähtötiedot.

Muuttuja	N, %	Lähde (vuosi)
Mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspäivät	3 697 111	Kela (2015)
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö syynä työkyvyttömyyseläkkeeseen	108 595	Kela (2015)
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavan ikäisestä väestöstä	3,6 %	Sotkanet (2015)

Simulointien tulokset

Kaikissa skenaarioissa työvoiman lisäyksen ja vähenemisen vaikutukset on simuloitu samalla tavoin eli muuttamalla mallissa käytettävissä olevan työvoimapanoksen määrää. Simulointien tulokset kuvaavat vaikutuksia pitkällä aikavälillä ja kertovat kokonaisvaikutuksen, kun talous on ehtinyt hakeutua uuteen tasapainoon shokin jälkeen. Simuloinneissa julkinen kulutus oli sidottu yksityisen kulutuksen muutoksiin ja näin ollen muutokset näissä ovat prosentuaalisesti yhtä suuret. Molemmissa simuloinneissa vaikutukset talouteen leviävät reaali-palkassa tapahtuvien muutosten kautta.

Mielenterveyden häiriöihin liittyy myös suurentunut työttömyyden ja työvoiman ulkopuolella olemisen riski, joten simuloinneissa kokeiltiin myös laskea vaikutukset, mikäli työssä olevia olisi vain 50 prosenttia. Oheisia tuloksia on tulkittava suuntaa-antavina skenaarioiden taustalla olevien oletusten takia.

Taulukko 2. Mielenterveyshäiriöistä johtuvien sairauspäiväraha-kausien kansantaloudellinen vaikutus. Oletuksena on, että sairauspäivärahan saajista 50 tai 72 prosenttia on työssäkäyviä.

Muuttuja	50 %	72 %
BKT, %	-0,28	-0,40
BKT, milj. Eur	-599,5	-856,4
Investoinnit, %	-0,27	-0,38

²⁰ Luvut perustuvat Tilastokeskuksen julkaisemattomiin rekisteriaineistoihin vuosilta 1988–2011.

Investoinnit, milj. Eur	-123,7	-174,0
Yksityinen kulutus, %	-0,25	-0,37
Yksityinen kulutus, milj. Eur	-297,0	-439,6
Julkinen kulutus, %	-0,25	-0,37
Julkinen kulutus, milj. Eur	-129,8	-192,0
Tuonti, %	-0,20	-0,28
Tuonti, milj. Eur	-156,6	-219,2
Vienti, %	-0,26	-0,38
Vienti, milj. Eur	-196,8	-287,7
Reaalipalkka, %	0,09	0,13
Kuluttajahinnat, %	0,08	0,12

Taulukko 3. Mielenterveyshäiriöistä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisen kansantaloudelliset vaikutukset.

Muuttuja	Vähennys 10 %	Vähennys 15 %
BKT, %	0,33	0,50
BKT, milj. Eur	706,5	1 070,5
Investoinnit, %	0,32	0,48
Investoinnit, milj. Eur	146,6	219,8
Yksityinen kulutus, %	0,30	0,45
Yksityinen kulutus, milj. Eur	356,4	534,6
Julkinen kulutus, %	0,30	0,45
Julkinen kulutus, milj. Eur	155,7	233,6
Tuonti, %	0,23	0,35
Tuonti, milj. Eur	180,1	274,1
Vienti, %	0,31	0,47

Vienti, milj. Eur	234,7	355,8
Reaalipalkka, %	-0,11	-0,16
Kuluttajahinnat, %	-0,10	-0,15

Mielenterveyskuntoutujien osatyökykyisyyttä koskevia simulointeja ei pystytty suorittamaan, koska mielenterveyskuntoutujien kokonaismäärästä ei ole Suomessa tilastoja. Osatyökykyisyydestä ja sen tasosta ei asiantuntijoilla ollut tietoa. Mielenterveyskuntoutujien osatyökykyisyyden taloudellisen merkityksen arviointi vaatisi mm. Kelan, ETK:n ja verohallinnon rekistereitä sekä analyysien tekemistä näistä yhdistetyistä aineistoista. Ainoastaan kuntoutusta saaneista mielenterveyskuntoutujien määristä on suoraan olemassa rekisteritietoa. Vuonna 2016 Kelan kuntoutusta sai yli 57 000 ja vuonna 2015 työeläkekuntoutusta lähes 3000, joilla oli mielenterveyden häiriö. Kelan mielenterveyteen liittyvät kuntoutusmenot olivat lähes 187 miljoonaa euroa vuonna 2016.

3.6.5. Pohdinta

Suomalaista tutkimusta mielenterveyden interventioiden kustannusvaikutuksista on hyvin vähän. Oma kansallista tutkimusta aiheesta olisi hyvä tehdä, sillä ulkomailla tehdyt tutkimukset ovat hyvin usein sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmästä ja palvelujen rahoituksesta riippuvaisia. Ulkomailla saatuja tuloksia ja vaikutusarvioita on siksi hyvä tulkita suunta-antavina. Pitkän aikavälin kustannuksia on mahdollista tarkastella erilaisilla malleilla, mutta tulokset ovat alttiita laskelmissa tehdyille oletuksille.

On huomattava, että mielenterveyden häiriöistä aiheutuva taakka muodostuu suurimmaksi osin toimintakyvyn heikkenemisestä toisin kuin muissa sairauksissa (esim. syöpä), joissa taakka liittyy ennenaikaisiin kuolemiin. Tämä näkyy suoraan mm. työikäisten mielenterveysongelmien suurissa vaikutuksissa epäsuoriin kustannuksiin. Ei ole kuitenkaan itsestään selvää, mitkä erilaisista interventioista tulisi toteuttaa, johtuen terveydenhuollon rajallisista resursseista ja monista toistensa kanssa kilpailevista tarpeista. Suurin osa tutkimuksista suosittaa selkeästi interventioiden suuntaamista lapsiin ja nuoriin.

Tässä raportissa arvioitiin yleisen tasapainon mallin simuloinneilla mielenterveyden häiriöihin liittyvien työkyvyttömyyden ja sairauspäivärahojen kansantaloudellista merkitystä. Mielenterveyssyistä pidettyjen sairauspäivien vuoksi BKT on noin 0,3–0,4 prosenttia (n. 600–850 milj. eur) alempi. Puolestaan työkyvyttömyyseläkkeiden vähentyminen 10–15 prosentilla nostaisi BKT:ta 0,3–0,5 prosenttia (n. 700–1000 milj. eur).

3.6.6. Suositukset

- Interventioiden käytön ja yleistymisen tukea kannattaa jatkaa. Erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvat interventiot on todettu kansainvälisissä tutkimuksissa tehokkaiksi ja taloudellisesti kannattaviksi. Myös e-mielenterveys -interventioiden käyttöönottamista tulee jatkaa. Niiden avulla kokonaiskustannuksia ei todennäköisesti pystytä pienentämään, mutta resurssien uudelleen suuntaaminen mahdollistuu.

- Työikäisten mielenterveyteen tulisi panostaa. Tällä tavoin voidaan pienentää merkittävästi mielenterveyden häiriöistä aiheutuvia tuottavuuskustannuksia.
- Hoitoketjujen jatkuvuuteen tulee pyrkiä kustannusten hillitsemiseksi. Esimerkiksi potilaan motivointi lääkehoidon jatkamiseen voi olla hyvin keskeistä sairaalahoitojaksojen välttämiseksi. Mahdollisesti voitaisiin harkita kannattaisiko psykiatriassa sairauksissa lääkkeiden erityiskorvattavuutta laajentaa, jos se edesauttaa lääkehoidon jatkuvuutta ja lääkitykseen sitoutumista. Lääkehoidon kustannukset edustavat vain hyvin pientä osaa psykiatrinen sairauksien kokonaiskustannuksista.
- Psykoterapian on todettu tuottavan vähintään yhtä hyviä tuloksia kuin aktiivisen vertailuhoidon (lääkehoito). Lyhytkestoisen psykoterapian avulla noin puolet psyykkisistä häiriöistä kärsivistä potilaista toipuu ja vielä useammat hyötävät hoidosta. Psykoterapian kohdentaminen ja terapian laajuuden mitoittaminen ovat tärkeitä, sillä psykoterapian kysyntä ylittää tarjonnan.
- Kuntoutukseen panostamisella on suuri merkitys työkyvyttömyyseläkkeiden ehkäisemisessä. Interventioiden vaikuttavuudella ja oikealla ajoituksella on suuri merkitys, koska nykyisin mielenterveyskuntoutujat arvioivat kuntoutuksen alkavan liian myöhään.
- Osatyökykyisten työllistymisen edistämällä voidaan pienentää mielenterveyden häiriöistä aiheutuvia epäsuoria kustannuksia. Se pienentäisi myös aineettomia kustannuksia, sillä työ antaa onnistumisen tunnetta, pitää yllä toimintakykyä ja vaikuttaa koettuun elämänlaatuun.
- Mielenterveyskuntoutujien osatyökykyisyyttä tulisi tutkia rekistereiden avulla tarkemmin, jotta voitaisiin muodostaa arvio sekä mielenterveyskuntoutujien potentiaalisesta työpanoksesta että heidän todellisesta rekrytoinnistaan.
- Kansainvälisestä tutkimuksesta saadun tiedon vahvistamiseksi kotimaista tutkimusta mielenterveyden häiriöiden taloudellisista vaikutuksista tulisi tehdä lisää. Erityisesti pitkiä seurantatutkimuksia tai rekisteriaineistoon perustuvia tutkimuksia tulisi tukea. Suomessa on tehty vähän tutkimusta interventioiden kustannusvaikuttavuudesta ja johtuen eroista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä ja palvelujen rahoituksessa vastaavien kansainvälisten tutkimusten tuloksia pitää tulkita huomioiden suomalaisia olosuhteita. Tutkimustieto helpottaa niukkojen resurssien kohdentamista tehokkaalla tavalla.

3.7. Mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattorit

Sosiaali- ja terveysministeriön KUVA-työryhmä on listannut 83 indikaattoriehdotusta mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Ehdotuksista voidaan muodostaa Triple Aim -mallia soveltaen palvelujen kustannuksia, toimintaa ja vaikuttavuutta koskevat avainindikaattorit. Avainindikaattoreita tulee kuitenkin täydentää palvelujen saavutettavuutta ja saatavuutta, turvallisuutta, henkilökuntaa, asiakaskokemusta ja kokemusasiantuntijuutta koskevilla laatuindikaattoreilla.

Tässä osiossa tarkastellaan, mitkä avainindikaattorit voisivat tukea mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä laadukkaaseen suuntaan tulevassa sote-uudistuksessa. THL:n määritelmien mukaan indikaattorilla eli osoittimella tarkoitetaan tilastollista tunnuslukua, joka kuvaa ilmiön tilaa ja muutoksia. Avainindikaattorien tulisi kuvata luotettavasti, tiiviisti ja selkeästi mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuuden kannalta keskeiset ilmiöt alue-, kunta- ja väestöryhmäkohtaisesti. Niiden tulisi olla myös asiantuntijoiden arvioimia ja käyttäjien kannalta hyödyllisiä.²¹ Tarkastelussa ei ole ollut mahdollista kuvata yksityiskohtaisesti indikaattoreiden tietoperustaa, tiedon tai sen tulkinnan määrittäviä ja rajoituksia tai uusien indikaattoreiden tiedon muodostamisen prosesseja ja kustannuksia.

3.7.1. Kirjallisuuskatsaus: osoittimet

Suomalaiset sote-uudistuksen valmisteluun liittyvät raportit ja selvitykset

Torkin ym. (2017) raportissa tehdään yleisellä tasolla esitys kansallisen ja maakuntatason sosiaali- ja terveydenhuollon suorituskyvyn ja tavoitteiden seurantaan. Mittariston viitekehysenä toimii Triple Aim -rakenne (IHI 2012): kustannukset, vaikuttavuus ja laatu (palvelujen saatavuus, turvallisuus ja asiakaskokemus). Vaikuttavuutta ehdotetaan mitattavaksi sekä rekisteripohjaisilla että asiakkaan itse raportoimilla mittareilla. Kustannuksia ehdotetaan mitattavaksi kokonaiskustannusten tasolla Sitran palvelupakettimallin mukaisesti.

Raportti esittelee kolme kansainvälisesti käytettyä mittaria. DALY (disability-adjusted life years) on väestötasolla käytetty vaikuttavuutta kuvaava tulosmittari, joka koostuu kahdesta osasta: ennenaikaisista kuolemista (YLL: years of life lost prematurely) ja alentuneen toimintakyvyn vuoksi menetetyistä elinvuosista (YLD: years lost due to disability). NPS (Net Promoter Score) on sosiaali- ja terveystalouden ulkopuolella käytetty asiakaskokemuksen mittari. PREM:ssä (Patient-Reported Experience Measures) terveydenhuollon potilaskokemus on jaettu kahteen osaan: tyytyväisyyteen sekä kokemukseen palvelurakenteesta (esim. palveluiden saatavuus ja saavutettavuus) ja prosessista (esim. informaatio, vastaanotto/kontakti).

Kirjoittajat arvioivat, että kustannusten seuranta, rekisteripohjaisen vaikuttavuuden arviointi, palvelujen saatavuuden arviointi sekä tiettyjen palvelujen turvallisuuteen liittyvien asioiden seuranta ovat mahdollisia toteuttaa jo vuoden 2019 alusta alkaen. Esitetyn mallin toteuttamisen suurimmat kehittämiskohteet liittyvät asiakkailta kerättävän systemaattisen tiedon puutteisiin (asiakaskokemus, toimintakyky, terveydentila), kokonaisten hoito- ja palveluketjujen huomioimiseen, palvelujen turvallisuuden seurantaan sekä sosiaalihuollon rakenteisen kirjaamisen kattavuuden puutteisiin. Raportin kirjoittajat korostavat, että kaikille kolmelle tarkasteltavalle alueelle (kustannukset, vaikuttavuus, laatu) tarvitaan nykyistä tarkempaa strategista tavoitteenasettelua, ennen kuin tavoitteita kuvaavia mittareita voidaan valita ja tarkempi mittaristo laatia.

Kinnulan, Malmin ja Vauramon (2017) raportti ei myöskään tarkastele erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitoa, vaan kuvaa indikaattorien yleistä kehikkoa ja laatuvaatimuksia strategisen ja tulostuullisen johtamisen näkökulmasta. Raportissa esitellään myös muutamia eurooppalaista terveydenhuoltoa vertailevia EU-julkaisuja (Euro Health Consumer Index 2015; Health at Glance/OECD 2016) sekä esimerkkejä joistakin indikaattoreista USA:sta (IHI) ja Englannista (NHS). Raportin pääviesti on hyvin samanlainen kuin Torkin

²¹ <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/avainindikaattoriohjelma-2019/avainindikaattorit-paatoksenteon-tueksi/mika-on-avainindikaattori>

ym. (2017) raportissa ja muutamissa avainhenkilöiden teemahaastatteluissa, joissa korostuu tarve johtamista tukevalle kokonaistiedolle maakuntatason sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnoissa: *”Sote-alueen johtamisen tueksi tulisi siis määrittää joukko mittareita, jotka kuvaavat strategisia tavoitteita, sekä strategioita, joilla tavoitteisiin pyritään. Näiden lisäksi johto tarvitsee toimijakohtaisia tietoja [palvelujen] saatavuudesta, laadusta, laajuudesta, tehokkuudesta ja kustannuksista.”* (s. 52-53)

Raportin tarkastelukehikko muodostuu neljästä näkökulmasta (s. 51): 1) Panokset (soveltuvia tunnuslukuja ovat esim. eurot/asukas, alueen kokonaistyöntekijämäärä ja päivystävien lääkäreiden määrä), 2) Toiminta (esim. käyntejä/hoitopaketteja asukasta kohti), 3) Toiminnan tehokkuus (esim. käyntejä asukasta kohti tunnissa, tarpeettomien sairaalaan sisäänottojen vähentyminen) ja 4) Tuotos (esim. vähentyneet influenssatapaukset, hoidetut ja kuntoutetut asiakkaat). Kustannusten hallinnan vaatimien tuotantoyksikkö-kohtaisten kustannus- ja suoritustietojen sekä tarvearvioiden näkökulmasta tyypillisiä indikaattoreita voisivat olla esim. suoritettujen toimenpiteiden määrä suhteessa väestöön, toimenpiteen keskimääräinen kesto ja kustannus, jonotusajat tai tavoiteajassa suoritettujen toimenpiteiden prosenttiosuus kaikista toimenpiteistä.

Aholan ja Vainion (2016) toimittama ”Oikeita palveluja oikeaan aikaan” on kiinnostava hankeraportti, jossa kuvataan eri puolilla Suomea toteutettujen toimintamallikokeilujen hyviä kokemuksia ja kohdattuja haasteita. Kehitetyt mallit ovat keskittyneet erityisesti paljon palveluja käyttävien, kuten päihde- ja mielenterveys-asiakkaiden, näkökulmaan. Avainindikaattorien näkökulmasta raportti korostaa esim. asiakkaan osallistumisen, vertaistuen, kokemusasiantuntijuuden, yksiköiden/organisaatioiden välisen joustavan yhteistyön sekä henkilökunnan osaamisen vahvistamisen huomioon ottamista.

SITRA on rakentanut yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumisen ja järjestelmän kehittämisen tueksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon uutta raportointimallia, palvelupaketteja (Palvelupakettikäsikirja versio 1.4, 21.2.2017). Palvelupaketit ovat väline sosiaali- ja terveydenhuollon seurantaan, vertailuun ja raportointiin päätöksenteon tueksi. Palvelupaketit – joita on alettu kutsua sote-tietopaketeiksi – on tarkoitettu ennen kaikkea palvelujen järjestäjien työkaluiksi, joiden avulla maakunta pystyy näkemään kaikkien tuottajien tuottamien palveluiden kustannukset sekä laatua, vaikuttavuutta ja uudistumiskykyä koskevat tiedot.

Mielenterveys- ja päihdepalvelupaketti on yksi kohdennetuista palvelupaketeista. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut sisällytetään tähän pakettiin riippumatta siitä, minkä lain tai organisaation mukaisesti palveluja tuotetaan. Pakettiin eivät kuulu a) HAL-poliklinikat, b) selviämishoitoyksiköt tai -asemat ja c) mielenterveysasumispalvelut 65 ikävuoden jälkeen, koska nämä toiminnot on sijoitettu muihin palvelupaketteihin. Mielenterveys- ja päihdepalvelupaketti ei siten kata lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluja, päivystyksissä tehtävää mielenterveys- ja päihdetyötä eikä perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyötä. Sosiaalityö jakautuu neljään eri pakettiin: mielenterveys- ja päihde-, lasten, nuorten ja perheiden, aikuissosiaalityön sekä vanhusten hoito- ja hoivapalveluihin.

Mielenterveys- ja päihdepalvelupaketti on jaettu yhdeksään toimintoon eli palvelukokonaisuuteen: 1) asiakas- ja palveluohjaus 2) omahoito 3) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen 4) avohoito 5) psykoterapia 6) sosiaalinen kuntoutus 7) kotiin vietävät palvelut 8) asumispalvelut 9) laitoshoido.

SITRA on esittänyt kaikille palvelupaketeille kolmenlaisia indikaattoreita: laatu-, vaikuttavuus- ja uusiutumiskykyindikaattorit (versio 0.1, 15.3.2017). Laatuindikaattorit sisältävät palvelujen saatavuuteen, turvallisuuteen ja asiakaskokemukseen liittyviä indikaattoreita. Mielenterveys- ja päihdepalvelupaketissa on esitetty indikaattoreita ensinnäkin koko paketin kokonaisuutta koskien ja sitten kahdeksalle toiminta-kokonaisuudelle, mutta ei omahoitopalveluille. Ehdotettuja indikaattoreita on kaiken kaikkiaan 64: laatuindikaattoreita 28, vaikuttavuusindikaattoreita 22 ja uudistumiskykyindikaattoreita 14.

THL:n asiantuntijaryhmä (Hämäläinen ym. 2016) on tehnyt laajan arvioinnin käytettävissä olevista indikaattoreista erityisesti SITRA:n palvelupakettimallin näkökulmasta. Katsauksessa kuvataan käytettävissä olevia tietolähteitä (tilastot, rekisterit) ja arvioidaan indikaattoreiden tuotettavuutta (onko käytettävissä jo tällä hetkellä) sekä esitetään myös joitakin mahdollisia indikaattoreita mm. strukturoitujen lomakkeiden pohjalta.

Mielenterveyspalvelujen osalta (emt., 23–25) asiantuntijaryhmä kävi läpi 68 indikaattoria, joista 21 arvioitiin parhaiten sopivaksi erityisesti palvelujen järjestäjän näkökulmasta. Indikaattorit jaettiin neljään ryhmään: väestön mielenterveys (3), sairaalahoito (6), avohoito (5) ja laatu (7). Lisätietoa tarvitaan arvioinnin perusteella erityisesti psykososiaalisten hoitomuotojen – kuten psykoterapian, psykoedukaation ja toiminnallisen kuntoutuksen – saatavuudesta ja käytöstä sekä erilaisista toimintatavoista, kuten liikkuvista palveluista ja tehostetusta kotikuntoutuksesta.

Päihdepalvelujen osalta (emt., 27–30) arvioitavana oli 64 indikaattoria sekä 7 strukturoitua päihdeongelmaisten kliinisessä hoidossa käytettyä kysymyslomaketta, joiden avulla kerätyistä tiedoista voi rakentaa indikaattoreita. Lisäksi ehdotettiin arvioitaviksi 20 uutta indikaattoria, joihin oletettiin tiedon olevan saatavissa hoitoyksiköistä. Suositeltavia indikaattoreita (21) ehdotettiin neljästä näkökulmasta: aikuisväestön palvelutarpeen arviointi (8), aikuisväestön palveluiden käyttö (8), päihdepalveluiden vaikuttavuus (5) ja päihdepalvelujen laatu (7). Laadun osalta erityisesti kolmea näkökulmaa pidettiin hyödyllisenä: palveluihin pääsy, kirjatut hoitosuunnitelmat ja niiden arviointi sekä perheen huomioiminen hoidossa.

Arviointikatsauksen perusteella kaikkien palvelupakettien osalta on olemassa toimintaa kuvaavia indikaattoreita, mutta läheskään kaikille palvelupaketeille ei löydy – varsinkaan sosiaalipalvelujen osalta – laadun ja vaikuttavuuden seurannan kannalta keskeisiä indikaattoreita.

Loppuvuodesta 2015 työnsä käynnistänyt Kustannus- ja vaikuttavuusryhmä (KUVA) toimii sote-uudistuksen rahoitus- ja resurssiohjausryhmän alaryhmänä. KUVA-ryhmä on valmistellut sote-mittaristoa neljässä alatyöryhmässä määrittelemällä käsitteitä, keräämällä olemassa olevia mittareita sekä tietoa vaikuttavuuden, laadun ja muiden näkökulmien mittaamisesta. KUVA-työryhmän väliraportissa (tammikuu 2017) kuvataan kunkin alaryhmän mittariston valinnan perustelut.

KUVA-työryhmän (julkaistu 15.9.2017 ja täydennetty 31.10.2017) indikaattorilista sisältää yhteensä 644 ehdotusta, joista noin 200 ei vielä ole aktiivisessa tuotannossa.²² Mittariston on tässä vaiheessa tarkoitus palvella erityisesti valtakunnallisen ohjauksen tarpeita. THL ryhmittelee KUVA:n indikaattorit verkkosivuillaan kahteentoista ryhmään: 1) Elinolot, 2) Hyvinvoinnin ja terveydentila, 3) Palvelujen tarve, 4) Palvelujen saatavuus, 5) Yhdenvertaisuus palveluissa, 6) Sosiaali- ja terveyspalvelutuotannon toimivuus, 7) Integraation toteutuminen,

²² <http://alueuudistus.fi/tietojohdaminen>

8) Valinnanvapaus, 9) Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus, 10) Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ja resurssit, 11) Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus sekä 12) Osallistuminen ja oikeudet.²³ Lisäksi KUVA-listaukseen on otettu ryhmät "Palvelujen käyttö" ja "Haavoittuvat asiakasryhmät ja yhdenvertaisuus".

KUVA-työryhmän listaus sisältää 44 mielenterveysindikaattoria, 35 päihdeindikaattoria (sisältäen tupakan, nuuskan ja rahapelaamisen) sekä 4 mielenterveys- ja päihdepalveluille yhteistä indikaattoria: yhteensä 83 indikaattoria, joista 8 ei ole vielä tuotannossa. Lisäksi listalla on sairastavuusindeksi, johon mielenterveyden ongelmat sisältyvät yhtenä seitsemästä sairausryhmästä. Esitetyt mielenterveys- ja päihdeindikaattorit sijoittuvat pääasiassa ryhmiin "Palvelujen käyttö" (20 kpl), "Palvelujen tarve" (16), "Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus" (12) ja "Hyvinvoinnin ja terveydentila" (12).

Suurin ryhmä "Palvelujen käyttö" sisältää tietoa asiakas-, käynti- ja -hoitopäivämääristä ja toiseksi suurin ryhmä "Palvelujen tarve" sisältää ennen kaikkea määrällisiä mittareita esim. alkoholi- ja tupakkatuotteiden sekä lääkaineiden kulutuksesta, mielenterveysperusteisista sairauspäivärahoista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Neljässä ryhmässä ("Elinolot", "Palvelujen saatavuus", "Valinnanvapaus" ja "Osallistuminen ja oikeudet") ei ole lainkaan ehdotettuja mielenterveys- ja päihdeindikaattoreita. Ryhmästä "Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ja resurssit" löytyy vain kolme ei-tuotannossa olevaa ehdotusta (sote-tietopakettien mukaan laskettavat mielenterveys- ja päihdepalveluiden kustannukset).

Kansainväliset julkaisut

Kirjallisuushaku tuotti kahdessa vaiheessa yhteensä 150 artikkelia. Abstraktien lukemisen perusteella valikoitui 33 artikkelia, joista karsiutui vielä pois pelkästään kiinan ja espanjankieliset artikkelit sekä yksi lehtiartikkeli. Mukaan otetuissa 30 artikkelissa tarkasteltiin joko järjestelmätason tai yksittäisen toiminnan tason indikaattoreita. Artikkelit painottuvat mielen- terveyden näkökulmaan, sillä vain kolme artikkelia käsittelee sekä päihde- että mielenter- veysspalveluja ja kaksi pelkästään päihdepalveluja. Jokaisesta 30 artikkelista laadittiin tiivistelmä, joka sisälsi lähdetietojen lisäksi artikkelin tavoitteen, aineiston, menetelmien, tulok- sien ja johtopäätösten lyhyet kuvaukset.

Kirjallisuushaun ulkopuolelta on lisäksi tarkasteltu kolmen ulkomaisen mielenterveys- tai päihdeorganisaation indikaattorikatsauksia tai -suosituksia (CSTE 2016; EMCDDA 2009; SAMHSA 2016), yksi julkaistavaksi hyväksytty artikkelikäsikirjoitus (Kilbourne ym. 2017) ja Britannian National Health Services'in (NHS:n) tuottama raportti "Measuring the perfor- mance of local systems: Review for the Department of Health" (Ham ym. 2015).

Yhteenveto: Kirjallisuuskatsauksessa esiintyvät indikaattorit suhteessa KUVA-työryh- män ehdotuksiin

Suurin osa (57/64) SITRA:n mielenterveys- ja päihdepalvelupaketin indikaattoriehdotuksista ei ole mukana KUVA-työryhmän listalla. Tämä johtunee siitä, että suurin osa ehdotuksista ei ole tällä hetkellä tuotannossa olevia valmiita indikaattoreita.

KUVA-työryhmän listalla on siten vain 7/64 samaa indikaattoriehdotusta kuin SITRA:n mie- lenterveys- ja päihdepalvelupaketissa: 1) Mielenterveysperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet,

²³ <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sote-tietopohjan-kehittamishanke/kansallisen-mittariston-valmistelu-kuva-indikaatto- rit->

2) Mielenterveysperusteiset sairauspäivärahaan oikeutetut sairauslomat, 3) Päihdepotilaiden kuolleisuus, 4) Itsemurhan tehneiden määrä/100 000 asukasta, 5) Alkoholin kulutus/asukas, 6) Tupakkatuotteiden kulutus 15 vuotta täyttänyttä kohti, 7) Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätty/sairaalaan otetut (ikäryhmittäin ja prosentuaalisesti väestöstä). Lisäksi molemmissa on hieman eri tavoin muotoiltu ehdotus yhtenäisen asiakastytytyväisyyskyselyn muodostamiseksi.

SITRA:n ehdotuksiin sisältyy viisi indikaattoria teemasta ”palvelujen saatavuus”, johon KUVA-listassa ei ole yhtään ehdotusta: 1) Pääsy hoitoon vuorokauden sisällä akuutissa kriisissä, 2) Osuus asiakkaita, joiden odotusaika avohoitojakson alkuun on alle 7 päivää 3) Odotusaika psykoterapiaan lähetteen laatimisen jälkeen, 4) Strukturoituun arviointiin pääsy ja palvelujen alkamisen viive (kotiin annettavat palvelut) ja 5) Odotusaika lähetteen saapumisesta (laitoshoido).

THL:n asiantuntijoiden parhaiten mielenterveyspalveluiden indikaattoreiksi soveltuvista ehdotuksista suurin osa löytyy myös KUVA-työryhmän listalta. Vain kaksi 21:stä ehdotuksesta puuttuu KUVA-listalta (Yksityiset psykiatrilla käynnit/asukas; Terveyskeskuksessa nimetty ehkäisevän mielenterveyshuollon vastuuhenkilö). Päihdepalvelujen osalta ero on suurempi: vain vajaa puolet (9/21) ehdotuksista löytyy myös KUVA-listalta.

Kirjallisuuskatsauksen kansainvälisten artikkelien tulokset suhteessa KUVA-indikaattori-listaan on tiivistetty taulukkoon 4. Tavoitteena on ollut etsiä erityisesti sellaisia näkökulmia mielenterveys- ja päihdepalvelujen indikaattoriehdotuksiin, jotka korostuvat kansainvälisissä artikkeleissa, mutta eivät esiinny KUVA-työryhmän ehdotuksissa lainkaan tai tulevat esiin vain vähäisessä määrin. ”Puuttuvista” näkökulmista palvelujen saavutettavuus/saatavuus, asiakaspalautteen kerääminen ja palvelujen koordinointi/palveluohjaus korostuivat myös asiantuntijahaastatteluissa, kokemusasiantuntijoiden arvioinnissa ja internet-kyselyn vastauksissa. THL:n asiantuntijat toivat esiin standardoitujen lomakkeiden käytön asiakastyössä ja lomakkeiden tietoihin perustuvien indikaattoreiden kehittämisen. SITRA:n mielenterveys- ja päihdepalvelupakettiin sisältyi joitakin ehdotuksia asiakkaiden hoidon seurannan ja hoidon jatkuvuuden, palveluohjauksen, näyttöön perustuvien hoitojen sekä integroidun hoidon mittareiksi. Lääkkeiden käytön seurantaan, kulttuurisensitiiviseen hoitoon ja henkilökunnan rakenteeseen tai osaamiseen liittyviä indikaattoriehdotuksia ei varsinaisesti löydy suomalaisista ehdotuksista lainkaan.

Taulukko 4: Kirjallisuuskatsauksen perusteella korostuvat indikaattorinäkökulmat, jotka täydentävät KUVA-työryhmän indikaattorilistausta

Indikaattorityyppi	Näkökulma/teema	Esimerkkejä mahdollisista indikaattoreista	Viite
Laatu, prosessi, suorituskyky	Palvelujen saavutettavuus/saatavuus	Viive/odotusaika ensi tapaamiseen/hoitoon Hoitoa odottavien lkm Palvelujen alueellinen kattavuus (hoitoon kohtuullisessa ajassa)	Williams ym. 2007; Spaeth-Rublee ym. 2010; Ramschand ym. 2014; Lauriks ym. 2014; Amaddeo & Tansella 2011; Kronenberg ym. 2017; Lennox & Mansfield 2001; Tomita & Herman 2015; Essock ym. 2015; Kilbourne ym. 2017; Ham ym. 2015; Wahlbeck 2011
Laatu, vaikuttavuus, tulos	Asiakaspalautteen systemaattinen kerääminen	Asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon/palveluun (keskiarvo/tyytyväisten osuus)	Williams ym. 2007; Lin ym. 2001; Hendryx & Teague 2001; Edlund ym. 2003; Gaebel ym. 2015; Ham ym. 2015
Laatu, prosessi	Palvelujen koordinointi/palveluohjaus	Palveluohjaaja määritelty Ohjausten lkm/osuus	Williams ym. 2007; Lauriks ym. 2014; Essock ym. 2015; Kronenberg ym. 2017
Laatu, prosessi	Hoidon seuranta, jatkohoito, hoidon jatkuvuus	Seurantakäyntien lkm/osuus Jatkohoitosuunnitelmat lkm/osuus Hoidon keskeytykset lkm/osuus Akuutit laitokseen palaamiset ja avohoitokäynnit laitoshoidojakson jälkeen (7/30 pv; %) Katkaisuhoidon jälkeiset avopalvelut Työhön palanneiden osuus	Williams ym. 2007; Versteeg ym. 2012; Spaeth-Rublee ym. 2010; Spaeth-Rublee ym. 2014; Lauriks ym. 2014; Lessard ym. 2015; Essock ym. 2015; Kronenberg ym. 2017; Lennox & Mansfield 2001; Sandoval ym. 2012; Kilbourne ym. 2017; Ham ym. 2015; Henderson ym. 2014
Laatu, prosessi	Lääketurvallisuus, lääkkeiden käytön seuranta ja valvonta	Lääkevirheet, lkm/osuus Monien lääkkeiden yhtäaikaisen käytön vähentäminen (polypharmacy) Masennuslääkityksen käyttö	Williams ym. 2007; Zima ym. 2005; Duhoux ym. 2012; Boudreaux ym. 2009; Gaebel ym. 2015; Lessard ym. 2015; Essock ym. 2015; Kronenberg ym. 2017; Lennox & Mansfield 2001; Spaeth-Rublee ym. 2014

Laatu, prosessi	Näyttöön perustuvat hoitomallit	Käypä hoito -suositusten ja parhaiden käytäntöjen noudattaminen	Duhoux ym. 2012; Gaebel ym. 2015; Essock ym. 2015; Lennox & Mansfield 2001; Spaeth-Rublee ym. 2010; Versteeg ym. 2012; Kilbourne ym. 2017
Laatu, prosessi, suorituskyky, tulos	Asiakastyön systemaattinen kirjaaminen (routine data) ja standardoitu- jen lomakkeiden käyttö asiakastyössä	Standardoitujen lomakkeiden antama tieto asiakasta ja heidän tilanteensa muutoksista sekä hoidon vaikutuksista -esim. GAF, CGI-S, MANSA, HONOS, 4DSQ, WHO-DAS, PHQ-9, elämänlaatu, toimintakyky	Versteeg ym. 2012; Spaeth-Rublee ym. 2010; Lauriks ym. 2014; Hendryx & Teague 2001; Gaebel ym. 2015; Essock ym. 2015; Kronenberg ym. 2017; Kilbourne ym. 2017; Fleury ym. 2013; Lora 2013; Raab ym. 2014; Henderson ym. 2014
Laatu, prosessi, suorituskyky	Kulttuurisensitiivinen mielen-terveys- ja päihdetyö	Maahanmuuttajien ja pakolaisten huomioiminen mm. henkilökunnan rekrytoinnissa ja palveluissa -osuus henkilöstöstä -osuus asiakkaista -tulkkien määrä/käyttö	de Jong & van Ommeren 2005; Gaebel ym. 2015; Lessard ym. 2015
Laatu, rakenne	Henkilökunnan rakenne ja osaaminen	Henkilökunnan ammatillinen koulutus/pätevyys Säännöllinen jatkokoulutus Moniammatillinen yhteistyö Yhteistyö muiden sektoreiden kanssa Henkilökunnan pysyvyys/vaihtuvuus	Spaeth-Rublee ym. 2010; Nieuwenhuijsen ym. 2005; de Jong & van Ommeren 2005; Gaebel ym. 2015; Picardi ym. 2014; Kronenberg ym. 2017; Tomita & Herman 2015; Saxena 2008; Kilbourne ym. 2017
Laatu, tulos, vaikuttavuus	Integroitu hoito	Mielenterveysosaamista terveyskeskuksessa Laitos-/avohoidon tasapaino/suhde/yhteistyö Muiden samanaikaisten häiriöiden arviointi ja hoito (komorbiditeetti): päihdeasiakas saa tarvittaessa mielenterveyshoitoa ja mielenterveysasiakas päihdehoitoa Asiakkaiden fyysisen terveyden/sairauksien arviointi/hoito	Spaeth-Rublee ym. 2010; Gaebel ym. 2015; Lessard ym. 2015; Kronenberg ym. 2017; Essock ym. 2015; Lennox & Mansfield 2001; Kilbourne ym. 2017; SAM-HSA 2016

3.7.2. Kyselytuloksia

Sähköisessä kyselyssä indikaattori-kysymykseen ”Mitä näkökulmia olisi tärkeää ottaa huomioon mielenterveys- ja päihdetyön avainosoittimia määritettäessä?” vastasi yhteensä 307 henkilöä (kuvio 3). Sosiaali- ja terveystieteiden käyttäjät ja heidän läheisensä (n=137) korostivat vahvasti kahta näkökulmaa: 1) Palvelujen saavutettavuus ja saatavuus sekä 2) henkilökunnan osaaminen. Muut vastaajat (n=170) koostuivat pääosin julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä sekä vapaaehtoistoimijoista, vertaisista ja kokemusasiantuntijoista. Nämä vastaajat korostivat palvelujen saavutettavuuden ja henkilökunnan osaamisen lisäksi myös palvelujen vaikuttavuutta ja palveluprosessin toimivuutta.

Palvelujen käyttäjien ja heidän läheistensä avoimissa vastauksissa (n=20) korostui selkeästi neljä teemaa: 1) Matalan kynnyksen palvelut, joista ohjataan nopeasti hoidon piiriin, 2) päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tarve pitkäaikaiseen ja arjessa tapahtuvaan tukeen, 3) päihde- ja mielenterveyspalvelujen integrointi niin, ettei asiakasta käännytetä puolelta toiselle vaan hoitoa tehdään yhdistetysti sekä 4) henkilökunnan osaaminen (esim. asiakkaan kohtelu, vuorovaikutus, luottamuksellisuus, verkostoyhteistyö).

Vastaajat esittävät myös joitakin mahdollisia indikaattori-aihoita:

- *”Mielenterveysasiakkaista työelämään päässeiden/palanneiden osuus vaikuttavuusmittarina”*
- *”Hoitopaikkaa vaille jäävien määrä”*
- *”Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden fyysisten sairauksien tutkiminen”*
- *”Itsemurhayritykset ja itsemurhat”*
- *”Asiakkuuksien päättymisen syyt”*
- *”Ennalta ehkäisevän ja etsivän työn tuomat säästöt”*
- *”Hoidon seuranta kyselyiden ja testien avulla”*

Muutamia esimerkkejä avoimista vastauksista:

- *”Mahdollisuudet kommunikaation sujuvuuteen, tiedonvälitykseen ja tuen jatkuvuuteen – siis prosessien toimivuuteen – eri hyvinvointitoimijoiden, hoitotahojen ja asiakkaan yhteistyön suhteen.”*
- *”Asiakkaan kokemus elämänlaadusta ja hallinnasta ja elämää haittaavien oireiden vähenemisestä/niiden kanssa pärjäämään oppimisesta, miten saatu hoito vaikuttaa näihin?”*
- *”Luvuilla on vaikea mitata onnistumista. Ei tilastoissa näy se, jos onnistuneen mielenterveystyön ansiosta on vaikka saanut pitkästä aikaa ystävän, oppinut luottamaan johonkuhun tai uskaltanut aloittaa harrastuksen, mikä on pitkällä aikavälillä tärkeä hyvinvointia parantava tekijä, vaikkei heti vaikuttaisikaan työkykyyn tai toisi säästöjä.”*



Kuvio 3: Avainosoittimet-kysymyksen vastausten jakautuminen Webropol-kyselyssä

Muiden vastaajien avovastauksista (n=16) on vaikea löytää yhtenäisiä teemoja, vastaukset hajautuvat enemmän kuin palvelujen käyttäjien ja heidän läheistensä avovastaukset.

Muutama esimerkki avoimista vastauksista:

- *“Asiakkaan kokemus hoidon toimivuudesta on tärkein. Kun lähdetään mittaamaan rahallista arvoa, asiakasmääriä tai palveluiden tehokkuutta, mennään jo heti väärään suuntaan.”*
- *“Asumispalveluiden valtakunnallisten laatukriteerien laatiminen ja auditointijärjestelmän luominen siten, että toteuttamiseen osallistuvat potilas- ja omaisjärjestöt.”*
- *“Tulos- ja vaikutusmittareiksi: haittojen väheneminen, kärsimyksen lieveneminen, psyko- sosiaalisten taitojen lisääntyminen sekä toimijuuden ja osallisuuden lisääntyminen.”*

3.7.3. Haastattelutuloksia: Mitä tietoa on saatavilla ja mistä tarvitaan lisätietoa

Haastateltavien yhdenmukaisen käsityksen mukaan systemaattista tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluista on parhaiten saatavilla sairaala- ja lääkeshoidosta sekä yleensäkin laitoshoidon palveluista (laitos-Hilmo). Sairaala- ja laitoshoidon osalta tietoa ei kuitenkaan kerry esim. hoitoprosesseista tai kuntoutusketjuista. Terveystenhuollon avopalveluista (avo-Hilmo) tietoa kertyy kohtuullisen hyvin valtakunnallisella tasolla. Avo-Hilmon kehittämistä ja

pakollisuutta pidettiin jatkossa tärkeänä. Väestötason tilastollista tietoa löytyy myös kohtuullisen hyvin. Sosiaalipalvelujen tiedon keräämisessä nähtiin huomattavasti enemmän haasteita kuin terveydenhuollon palvelujen. Tietoa kertyy lähinnä vain sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluista sekä kotihoidosta.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen vaikuttavuudesta tai laadusta ei nähty olevan valtakunnallisesti selkeitä ja yhtenäisiä mittareita. Laatumittareita katsottiin puuttuvan ”*oikeasti vaikuttavista palveluista*”, erityisesti päihdehuollon puolella, jossa ”*ei aina noudateta edes käypä hoito -suosituksia*”. Vaikuttavuuden vaihtoehtona esitettiin mm. palvelujen tuloksellisuudesta puhumista, arvioimalla esim. tavoitteiden tai palvelulupausten toteutumista. Julkisen, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien toivottiin kehittävän palveluja ja niiden vaikutusten arvioimista yhdessä.

Haastateltavat kaipasivat erityisesti maakuntatason kokoavaa, integroitua tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden johtamista varten. Asiakasrekistereihin ei välttämättä kerry toiminnan ohjaamisessa ja johtamisessa tarvittavaa tietoa, ns. ”johtamisen tietojärjestelmää”. Palvelupakettien piloteissa on todettu, että eri viranomaisilla on erilaisia luokituksia ja erilaisia tietoja, joita on täytynyt erikseen kerätä yhteen.

Haastateltavien mielestä tarvittaisiin selkeä kansallinen ohje asiakastietojen kirjaamisesta, sillä tällä hetkellä palveluista ei kerry yhtenäistä ja vertailukelpoista tietoa, vaan kirjaaminen on edelleen vaihtelevaa ja sattumanvaraista. Resursseja tulisi siten suunnata myös kirjaamisen koulutukseen ja ohjaamiseen, koska kirjaaminen on perusta rekisteritietojen hyödyntämiselle ja indikaattorien rakentamiselle. Myös asiakastytyväisyyden mittaamiseen olisi hyvä luoda valtakunnallinen järjestelmä.

Enemmän tietoa tarvittaisiin päihde- ja mielenterveysongelmien esiintymisestä ja vakavuudesta, samoin kuin ilmaistun tarpeen ja saadun palvelun välisestä viiveestä. Palvelujen tarpeen arvioimiseen ei kuitenkaan ole selkeää ja yksinkertaista menetelmää, eikä pelkästään väestötason tietojen pohjalta välillisesti tehdyt arviot ole riittäviä (vrt. Hirschovits-Gertz ym. 2016).

Haastateltavia pyydettiin valitsemaan viisi mielestään tärkeintä näkökulmaa tai teema-alueita mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattorien määrittämisessä (TOP5). Valittavana oli 18 eri näkökulmaa/teemaa, jonka lisäksi haastateltava pystyi nimeämään halutessaan myös jonkin muun näkökulman valmiin listan ulkopuolelta.²⁴ Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta haastateltavat pitivät samoja näkökulmia tärkeimpinä sekä mielenterveys- että päihdetyön näkökulmista, eli valitsivat samat viisi näkökulmaa molemmille alueille.

Haastateltavien valinnoissa eniten mainintoja (6) saivat palvelujen saavutettavuus/ saatavuus sekä palvelujen vaikuttavuus (taulukko 5). Kolmanneksi eniten mainintoja (4) keräsi eri väestöryhmien yhdenvertainen huomioiminen. Neljänneksi eniten mainintoja (3) saivat sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio, asiakastytyväisyyden huomioiminen sekä asiakasprosessien toimivuus.

²⁴ Eri väestöryhmien yhdenvertainen huomioiminen (ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema), Alueellinen yhdenvertaisuus, Palvelujen tarpeen arviointi, Palvelujen saavutettavuus ja saatavuus, Palvelujen kustannukset, Palvelujen vaikuttavuus, Asiakasprosessien toimivuus, Asiakkaiden osallisuus, Asiakastytyväisyys, Vertaisten/kokemusasiantuntijoiden osallisuus, Läheisten osallisuus, Päihde-mielenterveystyön integraatio, Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio, Henkilökunnan osaaminen, Asiakkaiden määrä (avo- ja laitoshoido), Tehtyjen diagnoosien määrä, Väestötason tiedot (esim. päihteet, depressio), Väestön (yleinen) mielipide (esim. väestökyselyt), jokin muu, mikä?

3.7.4. Kokemustieto

KoKoA ry:n työpajapäivien (15.–16.9.2017) indikaattoriosioon osallistuneet kokemusasiantuntijat (n=12) valitsivat myös viisi mielestään tärkeintä näkökulmaa tai teema-aluetta mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattorien määrittämisessä (TOP5) sekä pohtivat indikaattoreita seuraavien kolmen kysymyksen kautta:

Taulukko 5. Haastateltujen asiantuntijoiden (n=8; A) sekä KoKoA ry:n työpajan osallistujien (n=12; K) valitsevat TOP5-näkökulmat

Mielenterveystyö	Näkökulma/teema	Päihdetyö
A	Palvelujen saavutettavuus/saatavuus	A K
A	Palvelujen vaikuttavuus	A
A K	Eri väestöryhmien yhdenvertainen huomioiminen	A K
A	Sosiaali- ja terveystyöpalvelujen integraatio	A
K	Päihde-mielenterveystyön integraatio	
A	Asiakastytyväisyys	A
A	Asiakasprosessien toimivuus	A K
K	Palvelujen tarpeen arviointi	
K	Asiakkaiden osallisuus	
K	Vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden osallisuus	K
	Henkilökunnan osaaminen	K

1. Kokemusasiantuntijat korostivat palvelujen toimivuuden mittaamisessa henkilökunnan osaamista, asiakasprosessien toimivuutta ja yhtenäistä asiakaspalautejärjestelmää (tästä tarkemmin kysymyksen 3. yhteydessä). Henkilökunnan osaamisessa nähtiin tärkeäksi osamiskartoitukset, henkilöstön ammattirakennetta koskevat muuttujat, jatkokoulutukseen suunnatut resurssit, yksiköihin rekrytoitujen koulutettujen kokemusasiantuntijoiden määrä ja vaikuttaviksi osoitettujen menetelmien käytön seuranta. Palvelujen toimivuutta tulisi kokemusasiantuntijoiden mukaan arvioida suhteessa asiakasprosesseihin seuraavasti: 1) aikuissosiaalityön päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palvelupolut, 2) mielenterveyskuntoutujien avohoidon palveluprosessi, 3) mielenterveyskuntoutujan sairaalasta kotiutuksen ohjaus ja 4) kotiin vietävien palveluiden saaman tuen arviointimalli.

2. Vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden toteutumiseksi kokemusasiantuntijoiden toiminta tulisi kirjata kaikista päihde- ja mielenterveysyksiköistä ja välittää edelleen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation käyttöön. Koonnin tulisi sisältää mm. asiakasta-paamiset, kouluttajana toimimiset, seminaarien vastuutehtävät, vertaistukiryhmien ohjaami-

set, palvelujen arviointiin ja kehittämiseen osallistumiset sekä hallinnollisiin tehtäviin osallistumiset (esim. johtoryhmät). Lisäksi asiakkailta tulisi kerätä palautetta (asiakkaan kokemahyöty) kokemusasiantuntijan tapaamisesta kuten esim. Vantaalla ja Sipoossa on tehty.

3. Kokemusasiantuntijoiden mielestä *asiakastyytyväisyyttä* tulisi mitata kaikissa päihde- ja mielenterveysyksiköissä yhtenäisellä asiakaspalautejärjestelmällä, jonka tulokset välittyisivät maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle. Tämä olisi tärkeää palvelujen vertailtavuuden ja laadun seurannan näkökulmista. Asiakkailta tulisi kysyä palveluihin pääsyn helppoudesta ja nopeudesta, kohtelusta, kuulluksi tulemisesta, avun saannin kokemuksesta, koetusta vaikuttavuudesta tai hyödystä sekä tyytyväisyydestä palveluihin. Asiakastyytyväisyyden arvioinnissa voitaisiin käyttää myös asiakasraateja tai kokemusasiantuntijoiden tekemiä haastatteluja.

TOP5-näkökulmat

KoKoA ry:n työpajan osanottajat (n=12) valitsivat myös mielestään viisi tärkeintä näkökulmaa avainindikaattoreiden valinnassa (TOP5, taulukko 5). Toisin kuin asiantuntijahaastattelussa kokemusasiantuntijoiden valinnat erosivat enemmän päihde- ja mielenterveystyön välillä: vain kaksi näkökulmaa, eri väestöryhmien yhdenvertainen huomioiminen sekä vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden osallisuus, oli molemmille yhteisiä. Päihdetyön näkökulmasta kolme muuta näkökulmaa olivat päihde- mielenterveystyön integraatio, palvelujen tarpeen arviointi ja asiakkaiden osallisuus, mielenterveystyön osalta palvelujen saavutettavuus/saatavuus, asiakasprosessien toimivuus ja henkilökunnan osaaminen.

3.7.6. Kansalaiskuuleminen

Tämän osion suosituksia kommentoi Ota kantaa -sivustolla 12 kansalaista. Kommentoijat pitivät suosituksia oikean suuntaisina. He painottivat tuttuja teemoja: palvelujen saavutettavuutta ja saatavuutta sekä vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden rooleja mielenterveys- ja päihdetyössä. Kommenteissa korostettiin matalan kynnyksen hoitopaikkojen ja nopeaa hoitoon pääsyn merkitystä. Yksittäisinä teemoina tuotiin esiin mm. asiakaspalaute, käypä hoito-suositukset, hoitotietojen yhtenäinen kirjaaminen sekä henkilökunnan pysyvyyden merkitys.

3.7.7. Yhteenveto

Haasteena on ollut, miten vertailla rinnakkain eri tasoisten ja eri näkökulmista tai luokituksista syntyneiden selvitysten ja tutkimusten tuloksia sekä tehdä niistä johtopäätöksiä hyödyllisimpien indikaattoreiden määrittämiseksi. Kaikki näkökulmat ovat sinänsä tärkeitä ja perusteltuja, eikä avainindikaattorien valintaa välttämättä voida tehdä tutkimustiedon tai mielipidekyselyjen perusteella, vaan ennen kaikkea strategisten tavoitteiden mukaisesti (Kinnula ym. 2017; Torkki ym. 2017). Kun Torkin ym. (2017, 48–51) esittelemä Triple Aim -rakenne (kustannukset, vaikuttavuus ja laatu) otetaan indikaattoreiden viitekehyykseksi ja siihen lisätään Kinnulan ym. (2017, 51–52) mallista toiminta-osio ja tähän kokonaisuuteen sijoitetaan KUVA-työryhmän esittämiä indikaattoriehdotuksia, mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattoreiden kokonaisuus voisi olla taulukon 6 mukainen.

Kuten taulukosta 6 havaitaan, KUVA-listasta ei löydy mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuutta, asiakaskokemusta, turvallisuutta ja henkilökuntaa koskevia laatuindikaattoreita. Hoidon tarvetta ja vaikuttavuutta koskevat tällä hetkellä käytössä olevat indikaattorit ovat

varsin karkeita maakuntatasollekin ja ne kuvaavat palveluita varsin kapea-alaisesti. Täydentäviin näkökulmiin liittyvät indikaattoriehdotukset eivät pääsääntöisesti ole tuotannossa olevia valmiita indikaattoreita, vaan luonnoksia mahdollisista uusista indikaattoreista.

- Palvelujen saavutettavuuden ja saatavuuden mittaamiseksi, arvioimiseksi ja seuraamiseksi tulisi määritellä ja rakentaa yhteisiä indikaattoreita. Tällaisia indikaattoreita voisivat olla esim. matalan kynnyksen ”sisään käveltävien” yksiköiden määrä, viive/odotusaika työntekijän ensi tapaamiseen tai hoidon alkamiseen, hoitoa odottavien lukumäärä, pääsy hoitoon akuutissa kriisissä vuorokauden sisällä tai sähköisten palvelujen määrä/käyttöaste.
- Palveluista puuttuu yhteinen ja systemaattisesti toteutettava asiakaspalautteen keräämisen tapa. Asiakaspalautekysely voisi sisältää esim. kysymykset palvelun piiriin pääsyn sujuvuudesta, vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa, palvelujen tarpeeseen vastaamisesta, tyytyväisyydestä saatuun palveluun ja palvelun koetusta hyödyistä. Asteikko voisi olla 1 (”heikko”/”täysin eri mieltä”) – 5 (”kiitettävä”/”täysin samaa mieltä”) ja indikaattorin lukuna vastausten keskiarvo tai ”täysin samaa mieltä” olevien osuus kaikista vastaajista. Asiakaspalautteen keräämisessä voitaisiin myös hyödyntää erilaisia asiakasraateja.
- Tarvitaan myös asiakkaan palvelujen koordinoitua ja palveluohjausta koskevia mittareita, erityisesti jos suunnitelmat valinnanvapauden lisäämisestä toteutuvat. Indikaattori voisi yksinkertaisimmillaan olla ”onko palveluluotsi tai palveluohjauksen tapa määritetty”. Muita esimerkkejä voisivat olla palveluohjausten lukumäärä/osuus kaikista asiakassuhteista tai tehtyjen hoito- ja palveluohjaussuunnitelmien lukumäärä/osuus kaikista asiakassuhteista.
- KUVA-listaan ei sisälly asiakkaiden hoitoprosesseja, hoidon seurantaa ja jatkohoitojen toteutumista kuvaavia indikaattoreita, jotka ovat palvelujen arvioinnin kannalta keskeisiä. Mahdollisia indikaattoreita tähän ovat mm. uusien asiakkaiden lukumäärä suhteessa kaikkiin asiakkaisiin, hoidon keskeytykset, kotona hoidettujen asiakkaiden lukumäärä suhteessa laitoshoitopaikkoihin, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden dokumentoitujen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö, laitoshoitokausojen lukumäärä avohoitokauden aikana, hoitosuhteen jatkuminen katkaisu- tai vieroitushoidon jälkeen, uudelleen laitoshoitoon joutuneiden osuus 3 kuukauden sisällä uloskirjoituksesta ja muiden samanaikaisten häiriöiden arviointi ja hoito (integroidun päihde- ja mielenterveyshoidon toteutuminen).
- KUVA-listaan sisältyvät masennuslääkkeiden ja bentsodiatsepiinien kulutusta kuvaavat indikaattorit. Näkökulmaa tulisi laajentaa myös lääketurvallisuuteen (esim. lääkevirheet) ja lääkkeiden käytön seurantaan ja valvontaan (esim. monien lääkkeiden yhtäaikaisen käytön vähentäminen).
- Asiantuntijahaastattelussa ja kirjallisuuskatsauksessa yhtenä keskeisenä näkökulmana korostui näyttöön perustuvien tai hyviksi käytännöiksi todettujen hoitomallien painottaminen. Tällöin on viitattu esimerkiksi mini-interventioon, motivoivaan haastatteluun, kognitiivis-behavioraalsiin menetelmiin tai ota puheeksi -koulutuksiin. Indikaattorin luominen tästä näkökulmasta voi kuitenkin olla haastavaa muissa kuin seuraavissa muodoissa: onko tällaisia menetelmiä tai hoitomalleja käytössä (kyllä/ei) tai kuinka monta (lukumäärä).

- Asiakastyön systemaattista kirjaamista tulee tukea ja jatkaa erityisesti sosiaalihuollon avopalveluiden yhtenäisen tietopohjan kehittämistä. Asiakastyöhön tulee valita joitakin yhteisesti ja systemaattisesti käytettäviä standardoituja lomakkeita, joiden pohjalta voidaan rakentaa nykyistä tarkempia hoidon tarvetta ja vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita asiakkaiden tilanteesta ja sen muutoksista saatavien tietojen kautta. THL:n asiantuntijoiden ehdottamia mahdollisia lomakkeita ovat esim. AUDIT, SADD, SDS, Tupakkariippuvuustesti (Fagerström), Pompidou-huumehoidon tiedonkeruulomake ja Paradise24fin.
- Avainindikaattoreihin tulisi sisällyttää myös henkilökunnan rakennetta (eri ammattiryhmät), osaamista (esim. mielenterveys- ja päihdetyön menetelmä- koulutukset) ja koulutusta (esim. säännöllinen jatkokoulutus) sekä pysyvyyttä (vaihtuvuutta) kuvaavia indikaattoreita.
- Kokemusasiantuntijoiden toimintaa tulisi kirjata ja koota kaikista päihde- ja mielenterveysyksiköistä. Koonti voisi sisältää mm. asiakastapaamiset, kouluttajana toimimiset, seminaarien vastuutehtävät, vertaistukiryhmien ohjaamiset, palvelujen arviointiin ja kehittämiseen sekä hallinnollisiin tehtäviin osallistumiset (esim. johtoryhmät). Myös toiminnan laatua tulisi säännöllisesti arvioida.

Taulukko 6. KUVA-työryhmän ehdotuksiin perustuvat mielenterveys- ja päihdetyön avainindikaattorit Triple Aim -kehyksessä

Pääluokka	Alaluokka	Indikaattori
Kustannukset		Mielenterveyspalvelujen kokonaiskustannukset ja kustannukset/asiakas Päihdepalvelujen (sisältäen päihdehuollon erityispalvelut) kokonaiskustannukset ja kustannukset/asiakas
Toiminta		Päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta Päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat / 1 000 asukasta Päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita / 1 000 asukasta Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 asukasta Psykiatrian laitoshoidon potilaat / 1 000 vastaavan ikäistä Psykiatrian kuntoutuskotien ympärivuorokautisten ja ei-ympärivuorokautisten asiakkaiden yhteismäärä vuoden lopussa
Vaikuttavuus	Rekisteripohjainen vaikuttavuus	Alkoholikuolemat, menetetyt työvuodet (PYLL, 25–80 / 100 000 vastaavan ikäistä) Alkoholi- ja huumekuolleisuus 15–34 -vuotiailla / 100 000 vastaavan ikäistä Alkoholikuolleisuus 35–64-vuotiailla Mielenterveysindeksi (ikävakioitu) Itsemurhakuolleisuus / 100 000 asukasta

	Asiakkaiden raportointi toimintakyky/terveydentila	Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C, 20–64 -v./65 v. täyttäneet) Tupakoi päivittäin (% , 20–64 -v. / 8.–9. lk) Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%), 20–64 -vuotiaat Rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kk aikana kokeneiden osuus yli 20-vuotiaista
Laatu	Palvelujen saatavuus	Ei mielenterveys-päihde -spesifejä indikaattoriehdotuksia
	Asiakas-kokemus	Ei mielenterveys-päihde -spesifejä indikaattoriehdotuksia
	Turvallisuus	Ei mielenterveys-päihde -spesifejä indikaattoriehdotuksia
	Henkilökunnan rakenne ja osaaminen	Ei mielenterveys-päihde -spesifejä indikaattoriehdotuksia

3.7.8. Suositukset koskien mielenterveys- ja päihdepalvelujen avainindikaattoreita

- KUVA-työryhmän ehdotuksista tulee valita keskeisimmät tällä hetkellä käytettävissä (tuotannossa) olevat avainindikaattorit sovelletun Triple Aim -mallin mukaisesti (Kustannukset, Toiminta, Vaikuttavuus, Laatu).
- Palvelujen saavutettavuutta ja saatavuutta, turvallisuutta sekä henkilökunnan osaamista ja pysyvyyttä kuvaavia laatuindikaattoreita, joita ei sisälly KUVA-työryhmän ehdotuksiin, tulee alkaa määritellä ja valmistella. Myös palvelujen tarvetta ja vaikuttavuutta eri tasoilla tarkemmin kuvaavien uusien indikaattoreiden määrittämiseen on tarvetta.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluissa tulee ottaa käyttöön yhtenäinen asiakaspalautejärjestelmä mm. palvelun piiriin pääsyn sujuvuudesta, vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa, tyytyväisyydestä saatuun palveluun sekä koetusta palvelun hyödyistä ja tarpeisiin vastaamisesta.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluissa tulee ottaa käyttöön vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan yhtenäinen kirjaaminen, seuranta ja arviointi.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluissa tulee ottaa yhteisesti systemaattiseen käyttöön joitakin strukturoituja ja validoituja lomakkeita, joiden perusteella voidaan muodostaa indikaattoritietoa asiakaskunnan tilanteesta ja siinä tapahtuneista muutoksista palvelujen tarpeen ja vaikuttavuuden arvioinnin tueksi.
- Asiakas- ja hoitotietojen yhtenäisen kirjaamisen varmistamiseksi tarvitaan valtakunnallista ohjeistamista ja kouluttamista sekä sosiaalihuollon avopalvelujen yhtenäisen tietopohjan kehittämistä.

3.8. Päivystyksen uudistusten vaikutukset paljon palveluja tarvitsevien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osalta

Päivystysyksikössä uuden päivystysasetuksen mukaan järjestettävä matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä myös asiakkaille jotka eivät tarvitse psykiatrian tai päihdehoidon palveluita. Tällaisesta matalan kynnyksen päivystystoiminnasta ilman lähetepakkoa tai triagea on Suomesta hyviä kokemuksia. Järjestöjen kanssa toteutettu monitoimijainen päivystys tarjoaa mahdollisuuden paremmin auttaa paljon palveluja käyttäviä mielen-terveys ja päihdeasiakkaita. Päivystystoimintaan on kehitetty arviointityökaluja sekä vaikuttavia lyhyitä interventioita itsemurhaa yrittäneiden tukemiseksi ja uusien yritysten ehkäisemiseksi sekä alkoholista johtuvien uusintakäyntien vähentämiseksi. Päivystysyksiköiden toiminnan laadun parantamiseksi keskeisiä toimenpiteitä ovat henkilöstön mielenterveysosastamisen vahvistaminen ja vaikuttavien toimien työkalupakki sekä erikoistuneiden mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden sijoittaminen päivystyksiin ja tiedonvaihdon parantaminen toimijoiden välillä.

Kansainvälisesti on arvioitu, että julkisrahoitteisessa järjestelmässä noin neljässä prosentissa kaikista yleissairaalapäivystysten käynneissä syynä on mielenterveysongelma, ja näistä noin kolmasosa on itsemurhayrityksiä (Barratt ym. 2016). Tarkempien käyntisyyden kirjo on suuri, unettomuudesta ja perhekriiseistä henkeä uhkaavaan suisaalisuuteen ja akuuttiin psykoottisuuteen. Sekä Suomessa (Sorri, 2002; Wahlbeck, 2012) että ulkomailla (esim. Care Quality Commission, 2015) on herännyt huoli mielenterveyspotilaiden hoidon laadusta päivystyspisteissä.

Osana terveydenhuollon päivystystä ja sosiaalipäivystystä päivystysyksikössä on vuoden 2017 päivystysasetuksen mukaan järjestettävä matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä niille asiakkaille, jotka eivät tarvitse kiireellistä psykiatrian erikoisalojen hoitoa tai päihdehoitoa. Uudistuksen tavoitteena on turvata ja edistää mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaista hoitoon ja palveluihin pääsyä ja vähentää eri väestöryhmien välisiä hyvinvointi- ja terveyseroja tarjoamalla helppo palvelujen piiriin pääsy aina, kun asiakas motivoituu tai kykenee ottamaan yhteyttä palvelujärjestelmään. Tarkoituksena on tavoittaa nykyistä paremmin niitä, jotka herkimmin jäävät palvelujen ulkopuolelle. Lisäksi tarkoituksena on varmistaa palvelujen jatkuminen asiakkaan tarpeiden mukaisessa paikassa myös silloin, kun asiakkaan oma toimintakyky tai elämänhallinta on heikentynyt ja palveluista putoamisen todennäköisyys on lisääntynyt. Asiakkaan terveys- ja sosiaalipalvelujen tarve arvioidaan ja tarvittaessa ohjataan hänet tarvetta vastaavaan palveluun.

Osana sote- ja maakuntauudistusta terveydenhuollon ja sosiaalihuollon päivystysjärjestelmä on uudistunut. Uudistuksen yhtenä tavoitteena on edistää sosiaalihuollon saatavuutta terveydenhuollon rinnalla myös päivystysaikana siirtämällä sosiaalipäivystykset yhteispäivystyksiin. Laajin erikoisala- ja sosiaalipäivystys järjestetään 12 ympärivuorokautisen laajan yhteispäivystyksen yksikössä. Samanaikaisesti lähipalveluna tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyskeskuksissa (sote-keskus) toteutettavaa kiireellistä vastaanottotoimintaa on tarkoitus vahvistaa. Kiireellistä vastaanottotoimintaa järjestetään arki-iltaisina ja myös viikonloppuisin päiväsaikaan.

Päivystysten keskittämisessä tulee huomioida väestön tarve saada palveluja omalla kielellään, ja Etelä-Pohjanmaan keskussairaala on veloitettu jatkossa tarjoamaan päivystyspalveluja siten, että potilas saa palvelut valitsemallaan kielellä.

Vuonna 2011 tehdyn selvityksen mukaan ympärivuorokautisia mielenterveys- tai päihdepalveluja ei juurikaan ollut tarjolla yleissairaalapäivystyksissä (Reissell ym. 2012). Edelläkävijänä on toiminut Etelä-Karjalan keskussairaala, jossa on erinomaisia kokemuksia vuodesta 2010 somaattisen päivystyksen yhteydessä toimineen matalan kynnyksen mielenterveyspäivystyksestä, jossa ei ole triagea. Siellä saadun kokemuksen mukaan matalan kynnyksen ympärivuorokautinen mielenterveys- ja päihdepäivystys on osaltaan ollut puolittamassa sairaalan psykiatrian hoitopäiviä (THL 2013).

Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepäivystys voi vähentää sairaalahoidon tarvetta

Vuonna 2010 toteutetun muutoksen myötä Etelä-Karjalan keskussairaalaan perustettiin ympärivuorokautinen matalan kynnyksen mielenterveyspäivystys ja arviointipoliklinikka (MTPA) joka toimii sairaalan toimii somaattisen päivystyspoliklinikan välittömässä yhteydessä. Vaikka lähetepakkoa ei ole, palvelu ei ole ruuhkautunut ja sen arvioidaan myötävaikuttaneen sairaalahoidon tarpeen vähentymiseen alueella. (THL 2013)

Päivystysten hoitoketjut mielenterveys- ja päihdepotilaille puuttuvat monesta sairaanhoitopii-ristä. Sosiaalipäivystyksille ei ole ollut yhtenäistä järjestämistapaa, ja vain osassa on ollut aktiiviyötä ympärivuorokautisesti. Suurin osa toimii omana yksikkönään sosiaalitoimen ti-loissa tai poliisilaitosten yhteydessä, vain muutama on sijainnut sairaalan yhteydessä. Use-alla paikkakunnalla yhteistyötä on aktiivisesti kehitetty, esimerkiksi Mikkeliissä.

Monitoimijapäivystys voi ratkaista entistä useamman asiakkaan ongelmat

Mikkelin keskussairaalassa sijaitseva Essoten yhteispäivystys on vuoden 2017 alusta katta-nut somaattisen päivystyksen ja matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepäivystyksen lisäksi sosiaali- ja kriisipäivystyksen ja lastensuojelun päivystyksen sekä lähisuhdeväkivallan uhrien, lasten ja tekijöiden auttamisen koordinoinnin.²⁵ Klo 20 saakka toiminta perustuu ase-tuksessa mainittuun yhteistyöhön, jolloin työparin toinen työntekijä on sosiaalipäivystyksen sosiaalihuollon ammattihenkilö. Toimintaan on integroitu myös järjestöjen palvelut: paikalli-sen mielenterveysseuran kriisikeskus on monitoimijapäivystyksen yhteistyökumppani kriisi-työn osalta virka-aikaan ja voi elämäncrisseissä tarjota vastaanottoajan seuraavana arkipäi-vänä. Essoten yhteispäivystyksen toimintaa ei ole vielä arvioitu, mutta sosiaalipäivystyksen käyntimäärät ovat moninkertaistuneet ja matalan kynnyksen mielenterveysasiakkaiden määrä kasvanut. Uudistuksen avainhenkilöiden arvion mukaan monitoimijapäivystyksen mahdollistaman toiminnallisen integraation myötä asiakkaan monitahoiisiin tarpeisiin pysty-tään vastaamaan aiempaa paremmin. Monitoimijapäivystyksestä on alustavia suunnitelmia myös muualla (esim SataSote 24-ryhmässä, tiedonantaja Tuija Eskelinen).

Monitoimijuutta on kehitetty myös Helsingin terveystieteiden Haartmanin ja Malmin päi-vystyssairaaloissa päihdejärjestö Tukikohta ry:n SaTu-toiminnassa. Toiminnan tavoitteena

²⁵ Lisätietoja: <https://www.innokyla.fi/web/malli4023183>

on kehittää päivystyssairaalaan päihde- ja mielenterveysasiakkaille suunnattua monitoimi- ja motivoivaa palveluohjaus- ja tukitoimintaa. Laadullisessa arvioinnissa sairaaloiden työntekijät suhtautuivat pääosin myönteisesti toimintaan, mutta järjestötoimijoiden ja sairaalan asiantuntijaorganisaation väliseen yhteistyöhön liittyi haasteita. Yhteistyötä sairaalan sosiaalityön ja hankkeen välillä ei juuri syntynyt. Toiminnasta huolimatta päihde- ja mielenterveysasiakkaita kotiutui sairaaloista ilman, että he olisivat saaneet tukea tai ohjausta ongelmien hallintaan ja hoitoon (Puumalainen, 2017).

3.8.1. Kirjallisuuskatsaus: päivystys

Asenteet ja osaaminen

Paljon päivystyspalveluja käyttävät mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kokevat käyntinsä tarpeellisiksi ja väistämättömiksi. He myös kokevat jäävänsä ilman hoitoa ja joutuvansa leimatuksi henkilökunnan puolelta ”turhiksi” asiakkaiksi. Onkin esitetty että paljon päivystyksiä käyttäville asiakkaille tulisi kehittää vaihtoehtoisia palvelumalleja (Wise-Harris ym., 2017). Sairaalapäivystyksen runsas käyttö liittyy sosioekonomiseen asemaan, mutta myös maantieteellinen läheisyys päivystyspisteeseen nostaa todennäköisyyttä, että käyntejä kertyy enemmän (Bieler ym. 2012).

Päivystyshenkilöstön kielteiset asenteet ja osaamisvajeet paljon palveluja käyttävien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitamisessa ovat suomalainen (Reissell ym. 2013) ja myös kansainvälinen huolenaihe. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja tarvearviointiin liittyy monimutkaisuutta, epämääräisyyttä ja tulkinnanvaraisuutta, joka vaatii paneutumista ja myötäelämisen taitoa. Päivystyspisteisiin on usein valikoitunut henkilöstöä, jolle nopeatempoinen työ korkean teknologian ympäristössä ja välitön hoitovaste ovat palkitsevia. He näkevät väestön tavoin mielenterveys- ja päihdepotilaat stigmatisoivasti, eivätkä aina ajattele heidän kuuluvan terveydenhuollon päivystyksen hoidon piiriin. (Innes ym. 2014) Taustalla saattaa olla ajatus että tyly kohtelu ja pettymys saatuun hoitoon vähentää asiakkaan käyntejä päivystyksessä, mutta tutkimustiedon valossa vaikutus on päinvastainen. . Paljon päivystyspalveluja käyttävien asiakkaiden myötätuntoinen kohtaaminen parantaa asiakastytyväisyyttä ja vähentää uusintakäyntejä (Redelmeier ym., 1995)

Potilaslähtöisessä laadullisessa tutkimuksessa päivystyspoliklinikoiden toiminnasta löytyy runsaasti huomioita kohtaamattomuudesta, poiskäännyttämisestä ja pettymyksistä päivystyspalveluissa (Clarke ym. 2014). Päivystysalueella toimivat sairaanhoitajat raportoivat osaltaan että heidän valmiutensa mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen ovat heikot

Päivystyshenkilöstön mielenterveysosaamista voidaan vahvistaa

Tutkimustiedon mukaan yleinen ongelma on päivystyshenkilöstön kielteinen asenne ja hoitopessimismi tätä potilasryhmää kohtaan, joka kohdistuu erityisesti itseään vahingoittaneisiin ja itsemurhaa yrittäneisiin sekä päihdepotilaisiin. Tavanomaisella täydennuskoulutuksella päivystyshenkilökunnan asenteissa voidaan saada aikaan myönteistä muutosta, joskin asenteisiin vaikuttamiseksi tulee kehittää myös uusia entistä tehokkaampia toimia (Crowley 2000; Clarke ym. 2014). Tutkimusten mukaan tulokset jopa yhden päivän henkilöstökoulutuksista ovat olleet myönteisiä: kohtaamiset muuttuivat henkilökohtaisemmiksi ja käyntien leimaaminen ”turhiksi” väheni. (Clarke ym. 2014),

(Simpura, 2011) ja että sairaanhoitajan peruskoulutuksessa ei saa riittävää tietotaitoa toimia vaativassa päivystyksellisessä arviointityössä (Nybonn-Juvonen, 2015).

Kotimaisten selvitysten mukaan sairaanhoitajilla on osaamisvajeita liittyen psykiatrisen päivystyspotilaan hoidon tarpeen arviointiin ja kiireellisyysluokituksen tekemiseen (Kerkelä, 2016). Myös ulkomaisen tutkimustiedon valossa päivystyspoliklinikoiden hoitajavetoinen triage-toimintatapa (ensilinjan päätös kiireellisyysjärjestyksestä) muodostaa merkittävän esteen (Broadbent ym. 2010). Mielenterveys- ja päihdepotilaat kokevat usein syrjintää, poiskäännyttämistä ja jonon viimeisiksi jättämistä. Ilmiön taustalla näyttää olevan sekä triagehoitajien mielenterveysosaamisen vajeet että herkkyys päivystyksen mahdolliselle ruuhkautumiselle (Clarke ym. 2015). Ajankohtainen psyykkinen oireilu, itsemurha-ajatukset tai vieroitusoireet ovat kuitenkin luonteeltaan välitöntä huomiota tarvitsevia. Somaattisista ongelmista kärsivien priorisointi voi johtaa apua tarvitsevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan poistumiseen ennen tutkimuksia ja hoidon tarpeen arviointia. Syrjivä triage näyttää liittyvän enemmän apua hakevan henkilön mielenterveystaustaan kuin mielenterveysoireiluun, koska sitä esiintyy myös silloin kun henkilö hakee apua fyysisen oireen takia (Clarke ym. 2007).

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden arviointia voidaan parantaa toimivilla työkaluilla

Triagen tueksi tarvitaan valtakunnallisia arviointityökaluja, ohjeita ja linjauksia, joita laatiessa voidaan hyödyntää ulkomaisia malleja (esim. Suicide Prevention Research Center, 2014; Huckson, 2008). Paikallisesti, esimerkiksi Jorvin sairaalassa (Tökönen, 2013) on tehty mielenterveys- ja päihdepotilaiden kiireellisyysluokituksia triagen tueksi. Triagen työkalupakissa tulisi olla myös toimivia mittareita väkivaltaisuuden enustamiseksi, kuten norjalainen Brøset Violence Checklist (BVC), joka sairaalaloissa on melko herkkä ja myös tarkka mittari lähituntien väkivaltariskin arvioimiseksi (Woods ja Almvik, 2002). Toisaalta on syytä pitää mielessä että Suomessa on mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osalta hyviä kokemuksia myös kynnyksettömästä, ilman triagea toimivasta päivystystoiminnasta (THL 2013).

Osaamisen vahvistaminen on ensisijaista myös pakkotoimien vähentämiseksi – puutteet kohtaamisessa ja de-eskalaatitaidoissa lisäävät pakkotoimia, eristämistä ja aiheuttaa pahimmillaan potilaiden psykologista traumatisoitumista.

Saatavuus

Päivystyspalveluiden käyttö on tutkimuskirjallisuuden mukaan käänteisesti riippuvainen perustason palveluiden saatavuudesta. Hyvät ennakoivat palvelut voivat estää päivystysjärjestelmän kuormittumista (Reissell ym. 2013). Epätarkoituksenmukainen päivystyspalveluiden käyttö kasvaa, jos paljon palveluja tarvitsevat mielenterveys- ja päihdepotilaat eivät saa kiireelliset palvelunsa perustasolta, jonka tulee tarjota kiireellisiä palveluja myös arki-iltaisina ja viikonloppuisin. Lääkäreiden vastaanottotoiminnan lisäksi perustason, eli hallituksen esityksen mukaisten sosiaali- ja terveyskeskusten, tarjoamiin kiireellisiin palveluihin tulisi kuulua myös mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijoiden palvelut.

Kokemukset psykiatristen sairaanhoitajien toiminnasta päivystyspoliklinikoilla ovat sekä Suomesta että ulkomailta voittopuolisesti myönteisiä. Havaintoihin kuuluvat lyhentyneet odotusajat, muun henkilökunnan tyytyväisyys toimintaan sekä parempi ohjaus jatkohoitoon.

Psykiatristen sairaanhoitajien saatavuus ei sen sijaan ole parantanut asiakastyytyväisyyttä. (Wand, 2004; McDonough, 2004; Sinclair, 2006)

Odotusajan pituus, empaattinen keskustelu, viestinnän määrä ja laatu sekä fyysinen ympäristö ovat päivystysyksikössä potilaille olennaisen tärkeitä (Kiura & Mäkelä, 2012). Päivystyksen ympäristön tulisi olla viihtyisä ja puitteiltaan turvallinen. Yhteispäivystykset ympäri maata ja Helsingin terveystieteidenkeskuspäivystys Malmin ja Haartmanin sairaaloissa palvelevat myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Tällä hetkellä valtaosassa yhteispäivystyksistä ei ole erillisiä tiloja psykiatrisille päivystyspotilaille (Kerkelä, 2016). Poikkeuksiakin on, Lappeenrannan lisäksi esimerkiksi Turun alueen yhteispäivystyksen yhteyteen on perustettu ympärivuorokautisesti toimiva Mielenterveys- ja päihdeyksikkö.

Tiedonvaihto

Päivystystoiminnan sähköisessä tiedonkulussa eri toimijoiden välillä on suuria puutteita: Suomalaistutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon lääkärit ovat harvoin tietoisia potilaidensa erikoissairaanhoidosta, jota on annettu itsemurhayrityksen vuoksi (Riihimäki ym., 2014). On näyttöä siitä, että tiedonkulun parantamisella eri palvelutuottajien sekä päivystävän psykiatrin ja päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan välillä voidaan vähentää uusiutuvia käyntejä päivystyspoliklinikalla (Adams ja Nielson, 2012). Yhteistyön on oltava asiakaslähtöistä. Mutkikkaat tarpeet voidaan ratkaista käynnistämällä nopeasti sektorirajat ylittävä yhteistyö, joka voi toimia myös päivystyksellisesti.

Itsemurhien ehkäisy

Itsemurhat ovat merkittävä kansanterveysongelma ja nuorten miesten tavallisin kuolinsyy. Suomessa noin 10 prosenttia menetetyistä elinvuosista (PYLL) johtuu itsemurhasta. Itsemurhakuolleisuus on Suomessa suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Itsemurhayrityksiä on väestötutkimusten mukaan vuosittain noin prosentilla väestöstä, eli määrällisesti noin 50 000 vuosittain. Väestöryhmien itsemurhat jakautuvat epätasaisesti, sillä eniten itsemurhia on alimmissa tulo- ja koulutusryhmissä. Paljon palveluja tarvitsevat ovat yliedustettuina itsemurhia tehneissä.

Valtaosa (80 prosenttia) itsemurhan tehneistä on ollut yhteydessä terveydenhuoltoon viimeisinä elinviiikkoinaan. Itsemurhavaaran tunnistamisessa on siis suuria puutteita. Suomessa enemmistö päivystyspoliklinikoilla hoidetuista itsemurhaa yrittäneistä potilaista on päähtyneitä, ja suuri osa jää vaille jatkohoitoa (Nurmi-Lüthje ym. 2011), vaikka heidän riskinsä kuolla itsemurhaan on 40-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Psykiatrinen konsultaatio toteutuu vaihtelevasti.

Itsemurhavaaran vähentämiseksi on olemassa lyhyitä, päivystyspoliklinikalla toteutettavia interventioita, joita Suomessa ei yleisesti ole käytössä. Monelle näistä on yhteistä turvasuunnitelman laatiminen ja aktiivinen yhteydenpito (esim. Chesin ym. 2016).

Aktiivinen yhteydenpito ja seuranta ovat useissa satunnaistetuissa kokeissa vähentäneet päivystyspisteiden potilaiden itsemurhayritysten uusiutumisen vaaraa. Meta-analyysin vuoden seurannassa uusien itsemurhayritysten riski väheni aktiivisella yhteydenpidolla lähes 20 prosenttia verrattuna käytössä olevaan toimintatapaan (Inagaki ym. 2015). Yhteydenpito on tutkimuksissa vaihdellut kirjeen lähettämisestä intensiiviseen yhteydenpitoon, johon on kuulunut kotikäynti, jos potilas on jättänyt saapumatta vastaanotolle. Vaikka hyvälaatuista suomalaista tutkimusnäyttöä ei ole, on ulkomaisen tutkimusnäytön perusteella suositeltavaa, että kaikille sosiaali- tai terveydenhuollon päivystyksessä hoidetuille itsemurhaa yrittäneille järjestetään aktiivinen seuranta. Tähän tulisi kuulua myös aktiivinen yhteydenotto, jos suunniteltu jatkohoito jää toteutumatta.

LINITY on lupaava työmalli monitoimijapäivystykselle

LINITY-malli on esimerkki uudesta monitoimijaisesta päivystystyöstä, jossa järjestöjen toiminnalla täydennetään päivystysyksikön julkista palvelutarjontaa. Malli (Kukkonen ym. 2017) perustuu sveitsiläiseen ASSIP-menetelmään. LINITY-menetelmässä itsemurhaa yrittäneisiin otetaan aktiivisesti yhteyttä päivystyskäynnin jälkeen ja heitä autetaan suunnatun lyhyen intervention avulla tunnistamaan ajoissa itsetuhoista tilaa ennakkoivia varoitusmerkkejä ja toimimaan tilanteessa turvallisesti. Asiakkaita tuetaan kirjeitse kahden vuoden ajan. Sveitsiläisessä satunnaistetussa tutkimuksessa (Gysin-Maillart ym. 2016) ASSIP-menetelmän on todettu vähentävän merkittävästi uuden itsemurhayrityksen riskiä. Menetelmän suomalaisessa versiossa on mukana myös perheinterventio. LINITY-mallin vaikuttavuutta uusien itsemurhayritysten ehkäisemisessä selvitetään tällä hetkellä Suomessa satunnaistetun tutkimuksen avulla. Ensimmäiset kotimaiset tulokset mallin tehosta ovat saatavilla todennäköisesti noin vuoden kuluttua.

ED-SAFE

Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE) on USA:ssa kehitetty malli, jossa ytimenä ovat itsemurhariskin seulominen, potilaan oma turvasuunnitelma ja jatkoyhteydenotto potilaaseen puhelimitse. Työmalli vähensi kontrolloidun tutkimusasetelman vuoden seurannassa aikuisten potilaiden uusien itsemurhayritysten määrää (NNT=20). (Miller ym. 2017)

Päivystyspisteille on kehitetty työmalleja, jossa potilasta tuetaan alkoholin kulutuksen vähentämisessä ja perheväkivallan uusiutumisen ehkäisemisessä. Tutkimusnäyttö työmenetelmien vaikutuksesta perheväkivallan esiintymiseen on puutteellinen (Choo ym. 2015), eikä menetelmiä voida suositella rutiinikäyttöön.

Lyhytneuvonta alkoholista

Lyhytneuvonnan (mini-interventio) vaikuttavuudesta päivystyspoliklinikoilla on äskettäin julkaistu kaksi systemoitua katsausta (Landy ym. 2016; Barata ym. 2017). Lyhytneuvonnan on vuoden seurannassa todettu vähentävän alkoholista johtuvia traumaperäisiä päivystyskäyntejä, mutta päivystyspoliklinikoilla toteutetun kohdennetun lyhytneuvonnan vaikutus alkoholin kulutukseen on epävarmempaa.

Tutkimusnäytön valossa lyhytneuvontaa tulisi tarjota päivystyspotilaille, joilla alkoholista johtuvien onnettomuuksien riskin arvioidaan olevan koholla tai joilla on toistuvia alkoholiin liittyviä päivystyskäyntejä. Suomalaisessa päivystysyksikössä puheeksiottotilanteet herättivät kuitenkin työntekijöissä pääosin kielteisiä tunteita, vaikka potilaat kokivat puheeksioton hoitoon kuuluvaksi osaksi. (Behm 2015)

Puheeksioton osaamis- ja asennehaasteiden ratkaisemisen edellytyksenä on päivystyspoliklinikoiden henkilöstön lyhytneuvontaosaaminen. Myös sähköisten potilastietojärjestelmien tulisi tukea lyhytneuvonnan antamista. (Johnson ym. 2013)

3.8.2. Kyselytutkimuksen tulokset

Päivystyksen kehittämisessä tärkeimmäksi osa-alueeksi vastaajat nostivat yksiselitteisesti henkilöstön osaamisen päihde- ja mielenterveysongelmissa. Käyttäjistä ja omaisista 70 prosenttia ja muista vastaajista (n=170) 77 prosenttia piti henkilöstön osaamista ensiarvoisen tärkeänä.

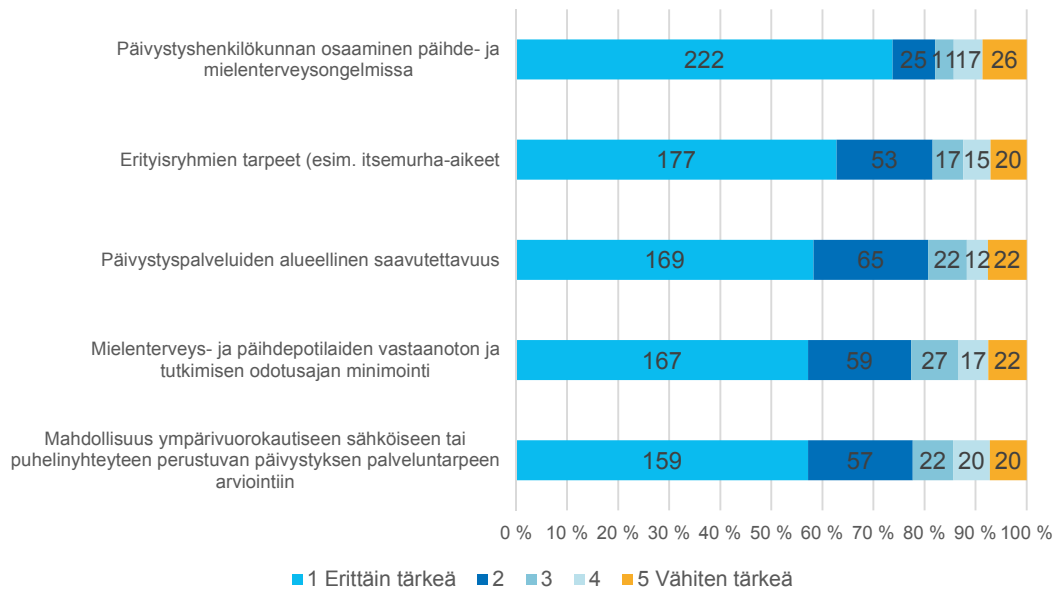
Erityisryhmien, kuten itsemurhaa yrittäneiden, päivystyspalveluiden kehittäminen sai myös kannatusta. Käyttäjistä ja omaisista 64 prosenttia ja 54 prosenttia muista vastaajista piti tätä erittäin tärkeänä.

Myös mahdollisuutta ympärivuorokautiseen sähköiseen tai puhelinyhteyden välityksellä tapahtuvaan päivystyksellisen palvelutarpeen arviointiin pidettiin tärkeänä. Käyttäjistä ja omaisista 60 prosenttia sekä muista vastaajista 48 prosenttia piti tätä erittäin tärkeänä.

Odotusajan minimointia piti erittäin tärkeänä 58 prosenttia käyttäjistä ja omaisista sekä 53 prosenttia muista vastaajista.

Vähiten tärkeänä pidettiin päivystyspalveluiden alueellisen saatavuuden turvaamista. Käyttäjistä ja omaisista 13 prosenttia piti tätä vähiten tärkeänä, ja vain 55 prosenttia erittäin tärkeänä. Muista vastaajista 56 prosenttia piti alueellisen saatavuuden turvaamista erittäin tärkeänä. Tämä olikin toiseksi tärkein asia muiden vastaajien mielestä, mikä kertonee näiden vastaajien sitoumuksista nykyisiin palveluntuottajiin.

Käyttäjien ja omaisten avovastauksissa nousi esille päivystysmatkojen turvaaminen ja niiden kustannusten korvaaminen. Myös auttavan puhelimen saatavuus esimerkiksi ahdistuskohtauksissa tuotiin esille.



Kuvio 4. Päivystyspalveluiden kehityskohteet YhdessäMielin -kyselyn mukaan

3.8.3. Asiantuntijahaastattelut

Asiantuntijahaastattelut tukivat päivystysasetukseen kirjattua matalan kynnyksen päivystystoiminnan vaatimusta. Haastatteluissa nousi esille tarve järjestää päivystyspalvelut niin että päihdepalveluihin tulee päästä nykyistä nopeammin, eli käytännössä silloin kun asiakas sitä haluaa. Sisään käveltäviä palveluja on monin paikoin tälläkin hetkellä, mutta edelleen päihdepotilaiden motivaatiota testataan erilaisilla aikarajoituksilla ja käytännöillä, joiden seurauksena joskus ohut motivaatio hakea apua katkeaa. Organisaatioiden tulisi ymmärtää, että erityisesti päihdeongelman kohdalla on ”taottava silloin kun rauta on kuumaa”.

3.8.4. Kokemustieto

Kokemusasiantuntijoiden (n=14) näkemykset toimivista käytännöistä päivystyksissä kerättiin ennakkomateriaalin avulla. Siinä kuvattiin päivystysuudistusta ja todettiin, että harventuneen päivystysverkon myötä matka lähimpään päivystyspisteeseen kasvaa, joten ensihoidon rooli kasvaa. Materiaalin avulla fokuoitiin keskustelu hyviin kokemuksiin päivystystilanteista, avun saannin ratkaisuihin ja toimiviin päivystystoiminnan malleihin.

Kokemusasiantuntijat nostivat esille hyvänä kokemuksena päivystystilanteesta tunteen siitä, että on asiantuntevassa ja välittävässä hoidossa. Lääkärin tapaaminen ilman odotusta sekä mahdollisuus kokemusasiantuntijan kanssa keskustelemiseen herättävät luottamusta. Päivystystilanteessa tulisi kiinnittää erityistä huolta jälkihuoltoon ja arkeen kiinni pääsemiseen.

Hyvänä kokemuksena päivystyspalveluista kriisitilanteissa nousi myös esille mahdollisuus päästä päivystyspoliklinikalla lähes välittömästi psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle, jolla on mahdollisuus konsultoida ja kutsua paikalle psykiatrian erikoislääkäri.

Kohtaaminen

Kohtelun tulisi olla kunnioittavaa, asiallista ja tasa-arvoista riippumatta asiakkaan sosiaalisesta statuksesta, koulutuksesta, työtilanteesta tai etnisestä taustasta. Hyvällä kohtaamisella sinänsä on rauhoittava vaikutus. Päivystyksessäkin tulisi olla aikaa ja tilaa kuunnella rauhassa potilasta hänen omilla ehdoillaan sekä mahdollisuus myös omaisten tukemiseen. Yhdessä asiakkaan kanssa punnitaan vaihtoehtoja, jotka olisivat sopivimpia hänen tilanteeseensa. Henkilökunnan osaamistason tulisi mahdollistaa asiakkaan kysymyksiin selkeät vastaukset.

Kohtaamisen lähtökohta tulisi olla asiakkaan kannustaminen hoitoon ja myönteinen, kehuva suhtautuminen hoitoon hakeutumista kohtaan. Hoitoon hakeutuminen tulee nähdä onnistumisena, mikä vaatii asennemuutoksen päivystyspisteissä. Hyvä kohtaaminen alkaa jo ambulanssissa.

Keskustelussa nousi esille ensihoidon ja päivystyspisteiden henkilöstön koulutus kohtaamisten tason parantamiseksi ja asiakkaan taustojen ymmärtämiseksi (esim. kulttuurisensitiivinen kohtaaminen). Kokemusasiantuntijoiden käyttö kouluttajina olisi suotavaa.

Kokemusasiantuntijat toivoivat päivystystilanteessa selkeää ohjausta ja yksinkertaisia ohjeita sekä selkeää informaatiota jatkohoidosta. Myös päivystystilanteessa tulisi pyrkiä siihen, että potilas ohjaa itse omaa hoitoprosessiaan. Itsemurhayrityksen jälkihoidossa ammattilaisten tulee varata valmiiksi jatkohoitoaika sekä kysyä asiakkaalta, toivooko hän yhteydenpitoa myös kotiuttamisen jälkeen.

Päivystyspalveluiden järjestäminen

Kokemusasiantuntijoiden näkemyksen mukaan päivystyksen tulisi kaikille sairastuneille sijaita samalla keskeisellä paikalla, joka on julkisilla kulkuneuvoilla saavutettavissa.

Varsinkin haja-asutusalueilla tulisi olla tarjolla myös ympärivuorokautinen puhelinvastaus ja mahdollisuus esimerkiksi Skype- tai Whatsapp-puheluihin päivystyksen henkilökunnalle sekä erityiskoulutuksen saaneelle kokemusasiantuntijalle, mikäli sellainen on päivystyksessä paikalla. Tarvittaessa tulisi ohjata päivystävään tukipuhelimeen, jossa esimerkiksi tehtävään koulutuksen saanut kokemusasiantuntija olisi tukemassa.

Kehittämiskohteena mainittiin kokemusasiantuntijan toimiminen niin sanotusti ”aulapäivystäjänä” sairaanhoitajan rinnalla. Psykiatrisen hoitajan työparina kokemusasiantuntija toimii ”tulkkina” ammattilaisen ja asiakkaan/potilaan välillä. Toiminta vaatisi lisäkoulutuksen tarjoamista päivystystä ylläpitävän tahon osalta ainakin niille kokemusasiantuntijoille, joilla ei ole terveydenhuollon ammattitutkintoa.

Kokemusasiantuntijoiden mukaan päivystyksen yhteydessä tulisi olla selviämishuone, joka toimisi esimerkiksi yhteistyössä poliisiviranomaisten kanssa. Mikäli asiakas viedään muualle selviämään, viranomaisten tulisi huolehtia hänen tuomisestaan takaisin päivystyspoliklinikalle arviointia varten.

3.8.5. Kansalaiskuuleminen

Ota kantaa -kuulemisessa päivystystoimintaan liittyviä kommentteja saatiin 11 vastaajalta. Joukko ei ole edustava, mutta vastaukset vahvistavat näkemyksiä, joita saatiin muissa tie-

donkeruissa. Mielenterveys- ja päihdeosaamisen, leimaamattoman kohtaamisen ja oikeudenmukaisten päätösten tekemistä kiireellisyysjärjestyksestä korostettiin monessa vastauksessa. Päivystyspisteisiin toivottiin kokemusasiantuntijoita työskentelemään ammattilaisten rinnalla ja nähtiin tärkeäksi saattaa hoito samalle tasolle kuin fyysisten sairauksien päivystyspalvelu. Lasten ja perheen huomioimisen tulisi aina toteutua päivystyspisteissä perheenjäsenen sairastaessa.

Terveystenhuollon ja sosiaalipäivystyksen lisäksi painotettiin matalan kynnyksen palveluiden – kuten nuorten tukipisteiden, selviämisasemien ja järjestöjen toiminnan – tarvetta avun saatavuuden parantamiseksi ja päivystysten kuormituksen vähentämiseksi.

Oheinen lainaus Ota kantaa -tiedonkeruusta kiteyttää hyvin päivystystoiminnan kehittämisen haasteet osaamisessa ja asenteissa:

“Itsetuhon seurauksena oleviin viiltelyihin yms pitäisi saada nopeutusta hoitoon pääsemisellä sillä täydessä huoneessa haavat käsissä kun ihmiset kyselee kokoajan on erittäin ahdistavaa olla ja taustalla jo valmiiksi ahdistusta siinä tilanteessa. Myös henkilökunta jotka tikkaavat ja hoitavat fyysiset oireet pitäisi kouluttaa siihen miten kohdata itsetuhoisen henkilö. Esim. itselle on kieltäydytty puudutuksen antamisesta tikattaessa koska olin itse aiheuttanut haavani ja lääkäri tiuski kun oli mennyt jo 6 tuntia vaikka olin ne odottanut päivystyksessä.”

3.8.6. Pohdinta

Päivystysyksikössä on uuden päivystysasetuksen mukaan järjestettävä matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä myös asiakkaille jotka eivät tarvitse psykiatrian tai päihdehoidon palveluita. Päivystysyksikössä tulee arvioida terveys- ja sosiaalipalvelujen tarve, tarvittaessa myös sosiaalialan ammattilaisen avulla. Tutkimusten mukaan epätarkoituksenmukaista käännättämistä on tapahtunut varsinkin triage-vaiheessa. Uuden päivystysasetuksen mahdollista vaikutusta käännättämisen esiintymiseen on vielä liian aikaista arvioida.

Harventuneen päivystysverkon myötä matka lähimpään päivystyspisteeseen kuitenkin kasvaa, jolloin sekä paikallisen matalan kynnyksen kriisiavun että ensihoitoyksiköiden rooli tulee kasvamaan. Kasvavien välimatkojen takia erityisesti heikoimmassa asemassa olevien pääsy päivystykselliseen arviointiin ja hoitoon voi vaikeutua päivystysyksiköiden matalan kynnyksen palvelusta huolimatta, ellei saatavilla ole paikallisia järjestölähtöisiä kriisipalveluja sekä toimivaa ensihoitoa. Toisaalta myös järjestösektorin palvelut keskittyvät suurimpiin asutuskeskuksiin (Ala-Nikkola ym. 2016b)

Tutkimustiedon ja haastattelujen valossa on selvää, että sekä triage-hoitajien että muun ensihoito- ja päivystyshenkilöstön osaamista mielenterveys- ja päihdepotilaiden arvioinnissa tulee vahvistaa. Suhtautuminen päihdepotilaisiin ja itsemurhaa yrittäneisiin voi olla asenteellista, moralisoivaa ja torjuvaa. Tällä hetkellä vaarana on psykososiaalisten kriisien tunnistamatta jääminen, joka tutkimusten mukaa näyttäytyy muun muassa itsemurhaa yrittäneiden vaillinaisena jatkohoitona.

Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat taustalla myös 20-30 prosentissa käynneistä, jotka kirjautuvat ensisijaisesti fyysisen sairauden tai onnettomuuden aiheuttamiksi (Fulbrook & Lawrence, 2015). Päivystysten henkilökunnan mielenterveys- ja päihdeosaamista vahvistamalla voi edistää näiden käyntien taustalla olevien ongelmien tunnistamista, puheeksi ottamista ja asiakkaiden hoitoon ohjaamista

Päivystystilojen tulee olla rauhallisia, jotta ne mahdollistavat päihde- ja mielenterveysasiak-
kaiden tutkimisen ja hoidon. Sähköiset tietojärjestelmät voivat edistää eri toimijoiden yhteis-
työtä ja tarjota työkaluja mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon.

3.8.7. Suositukset

- Päivystyspisteiden henkilöstön osaamistasoa tulee kehittää. Jokaisella ammattilai-
sella tulisi olla työkalut itsemurhayritysten uusiutumisen ehkäisyyn, perheväkivallan
tunnistamiseen, lasten huomioimiseen ja alkoholinkäytön lyhytneuvontaan
- Maakuntakohtaisesti rakennetaan keskitettyjen julkisten päivystysyksiköiden rinnalle
hajautetumpi järjestölähtöinen psykososiaalisen lähiensiavun verkosto, joka tarjoaa
myös kiireellistä vertaistukea.
- Maakuntien tulee sopimusteitse edellyttää tuottajilta, että sosiaali- ja terveyskeskus-
ten kiirevastaanotot sijaitsevat keskustoissa ja ovat saavutettavissa myös ilman
omaa autoa.
- Sote-keskusten kiireellisen hoidon tarjontaan tulee kuulua lääkäreiden vastaanotto-
toiminnan lisäksi myös mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijoiden palvelut.
- Sosiaali- ja terveyskeskusten aukioloaikojen ulkopuolella paljon palveluja tarvitsevilla
ja heidän omaisillaan tulee olla mahdollisuus ympärivuorokautiseen sähköiseen tai
puhelin yhteyden välityksellä toimivaan päivystyksellisen palvelutarpeen arviointiin.
- Ensihoitokeskuksilta tulee edellyttää apua tarvitsevien kuljetusten järjestämistä sekä
suppeamman että laajemman päivystyksen sairaalaan. Kuljetusten kiireellisyysjär-
jestys ei saa olla esteenä esimerkiksi psykoosipotilaan avun saamiselle päivystyksel-
lisesti.
- Päivystyspisteessä tulee olla mielenterveys- ja päihdetyöhön erikoistunutta henkilös-
töä ympäri vuorokauden, jotta potilas saa asiantuntevaa kohtelua ja hänen avun tar-
peensa voidaan arvioida mahdollisimman nopeasti.
- Potilaiden asettamisessa kiireellisyysjärjestykseen päivystyspisteissä (triage) tulee
olla työkalut nykyistä paremmin huomioida ajankohtainen psyykkinen oireilu, itse-
murha-ajatukset ja vieroitusoireet.

4. POHDINTA

Väestön fyysisen terveyden parantuessa mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus sairaustaakasta kasvaa. Joka neljäs sairauslomapäivä johtuu mielenterveyden ongelmista. Puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia ja osuus on kasvussa. Yhä useampi suomalainen käyttää mielenterveyspalveluja. Mielenterveyden häiriöiden kustannukset ovat noin kuusi miljardia euroa vuodessa ja alkoholilain muutokset vuoden 2018 alusta tulevat lisäämään kustannuksia.

Puolet kaikista mielenterveyden häiriöistä alkaa jo ennen 15 vuoden ikää. Mielenterveyden ongelmat ovat Suomessa keskeisin syrjäytymiseen johtava tekijä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarjonta ei jakaudu alueellisesti, väestöryhmittäin tai diagnoosiryhmittäin oikeudenmukaisesti. Palvelujen saatavuudessa, oikea-aikaisuudessa ja integraatiossa on suuria ongelmia. Nämä puutteet lisäävät kustannuksia.

Mielenterveyden ongelmien kasvavasta merkityksestä huolimatta yhä pienempi osuus kuntien terveydenhuollon menoista ohjautuu mielenterveyspalveluihin. Vuonna 2000 mielenterveyspalvelujen osuus oli 5,5 prosenttia ja vuonna 2015 osuus oli enää 4,3 prosenttia. Valtakunnallinen Mieli 2009 -ohjelma ei onnistunut kääntämään laskevaa trendiä, vaikka palvelut kehittyivät ohjelmakauden aikana. Panostus mielenterveyden ongelmien häiriöiden hoitoon on vähentynyt samalla kuin niiden merkitys on kasvanut.

Laadukkaat mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat saavutettavissa, käyttävät vaikuttavia työmenetelmiä, kunnioittavat asiakkaan oikeuksia, lisäävät osallisuutta, tarjoavat kuntoutumista tukevia mahdollisuuksia ja vähentävät eriarvoisuutta. Heikko asiakaslähtöisyys, puuttuva sektoreiden välinen yhteistyö ja olemassa olevien resurssien, kuten kokemusasiantuntijuiden ja vertaistuen, hyödyntämättä jättäminen ovat nykyjärjestelmän kipupisteitä.

Mielenterveyden ja päihdehaittojen kansanterveydellisestä ja -taloudellisesta merkityksestä huolimatta mielenterveys- ja päihdekysymykset ovat olleet sote-uudistuksessa katveessa. YhdessäMieli-hankkeen tavoitteena on osaltaan vähentää tätä katvettä tuomalla tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista päätösten tueksi.

4.1. Mielenterveyspalveluiden taloudelliset vaikutukset

Investoimalla mielenterveyspalveluihin ja mielenterveyden edistämiseen on mahdollista saada sekä pienentää epäsuoria kustannuksia – kuten tuottavuuskustannuksia – merkittävästi. Pääsääntöisesti taloudelliset vaikutukset ovat sitä suurempia, mitä varhaisemmasta toimesta on kyse. Erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvat interventiot on todettu kansainvälisissä tutkimuksissa tehokkaiksi ja taloudellisesti kannattaviksi.

Sote-uudistuksen jälkeen mielenterveyden edistäminen jää kuntien tehtäväksi. Tämän tehtävän riittävä resursointi ja koordinointi on tärkeää, sillä suuri osa mielenterveyden edistämisestä tapahtuu sosiaali- ja terveyssektorin ulkopuolella, kuten varhaiskasvatuksen ja koulutuksen, liikuntamahdollisuuksien ja kulttuuripalvelujen toimesta.

Kuitenkin myös työikäisten mielenterveyden edistämiseen ja työelämään liittyvän psyykkisen kuormituksen ehkäisyyn sekä varhaiseen hoitoonohjaukseen tulisi panostaa. Tällä tavoin voidaan pienentää merkittävästi mielenterveyden häiriöistä aiheutuvia tuottavuuskustannuksia.

Psykoterapian on todettu tuottavan vähintään yhtä hyviä tuloksia kuin aktiivisen vertailuhoidon (lääkehoito). Tutkimustietoa on eniten lyhytkestoisista psykoterapioista, joiden vaikuttavuudesta on runsaasti näyttöä. Lyhytkestoisen psykoterapian avulla noin puolet psyykkisistä häiriöistä kärsivistä potilaista toipuu ja vielä useammat hyötyvät hoidosta. Psykoterapian oikea kohdentaminen ja terapian laajuuden mitoittaminen on tärkeää, sillä psykoterapian kysyntä ylittää tarjonnan. Tutkimustieto tukee näyttöön perustuvan psykoterapian laajamittaista tarjoamista nopeasti myös perustasolla ja se voidaan toteuttaa asiakaseteleillä, alihankintana tai perusterveydenhuollon omana toimintana. Interventioiden vaikuttavuudella ja oikealla ajoituksella on suuri merkitys, sillä nykyisin mielenterveyskuntoutujat arvioivat kuntoutuksen alkavan liian myöhään. Kuntoutukseen panostamisella oikea-aikaisesti on suuri merkitys työkyvyttömyyseläkkeiden ehkäisemisessä

Osatyökykyisten työllistymisen edistämällä voidaan pienentää mielenterveyden häiriöistä aiheutuvia epäsuoria kustannuksia. Tämä pienentäisi myös aineettomia kustannuksia, sillä työ antaa onnistumisen tunnetta, pitää yllä toimintakykyä ja kaikki tämä vaikuttaa koettuun elämänlaatuun. Mielenterveyskuntoutujien osatyökykyisyyttä olisi syytä tutkia rekistereiden avulla tarkemmin, jotta voitaisiin muodostaa arvio sekä mielenterveyskuntoutujien potentiaalisesta työpanoksesta että heidän todellisesta ja toteutuneesta siirtymisestä työelämään.

4.2. Monituottajamallit

Monituottajamallit asiakaseteleineen ja henkilökohtaisine budjetiteineen tukevat toipumisorientaation mukaista palvelutoimintaa ja asettavat asiakkaan nykyistä paremmin keskiöön. Selvityksemme mukaan valinnanvapauden lisääminen henkilökohtaisella budjetilla tukee mielenterveys- ja päihdekuntoutujien voimaantumista ja toimijuutta, jolloin asiakastytyväisyys on parempi kuin tavanomaisissa tavoissa tarjota palveluja. Tutkimustiedon mukaan asiakaseteleillä tai henkilökohtaisella budjetilla ei saavuteta säästöjä, minkä vuoksi tulee varautua järjestelmän vaatimiin lisäkustannuksiin tuottajien valvonnassa, järjestäjän taloushallinnossa ja ennen kaikkea asiakasohjauksessa. Asiakasohjaukseen tarvitaan palvelutuottajista riippumattomia palveluluotseja, joilla on laaja ymmärrys palvelukentästä myös perinteisten sosiaali- ja terveystalouden ulkopuolelta.

Monituottajamalleista saatujen kansainvälisten kokemusten mukaan henkilökohtainen budjetti lisää asiakastytyväisyyttä, voimaannuttaa palvelujen käyttäjiä ja lisää palvelukentän monimuotoisuutta, kun taas asiakassetelit voivat paradoksaalisesti johtaa valinnanvapauden kaventumiseen, jos palvelutuotteet ovat pitkälle standardoituja. Henkilökohtaiset budjetit siirtävät kuntoutujien palvelukäytön painopistettä lääketieteellisistä palveluista arjen tukeen.

Asiakassetelimallissa lisäpalveluiden ostaminen maksamalla itse lisämaksuja tuottajalle asiakassetelin päälle ei tulisi olla mahdollista, koska se luo kannusteen turhien lisäpalveluiden tuottamiseen ja rapauttaa asiakasseteliin kuuluvan palvelun laatua.

Monituottajamalleissa tarvitaan esteetöntä tietoa ja palveluluotseja valitsemisen tueksi, jotka aiheuttavat lisäkustannuksia. Monituottajamalli tulee toteuttaa niin, että se mahdollistaa myös vertaistukeen ja kokemusasiantuntemukseen perustuvia palveluita.

Ulkomaisten kokemusten perusteella monituottajamalleihin kannattaa siirtyä askeleittain, samanaikaisesti markkinoiden ja tuottajien ohjausta kehittämällä saatujen kokemusten perusteella. Mielenterveys- ja päihdealan markkinoille tyypillistä on sääntelyn suuri tarve, jonka takia kokonaissäästöjä ei ole saavutettavissa yksityistämällä palvelutuotantoa. Eniten kokemuksia ulkomailla on joidenkin yksittäisten palveluosioiden, kuten esimerkiksi psyko- tai toimintaterapian, avaamisesta kilpailulle.

On tärkeää, että uusi palvelujärjestelmä on niin joustava, että se antaa tilaa myös uusille, innovatiivisille tavoille tuottaa palveluja, erityisesti arki- ja kuntoutuja- ja lähtöisille palveluille. Järjestelmä joka nojautuu henkilökohtaisiin budjetteihin antaa enemmän mahdollisuuksia innovatiivisille palveluille kuin asiakaseteleihin perustuva järjestelmä, jossa palvelut määritellään tiukemmin ja järjestelmästä käsin.

Kansainvälisten kokemusten perusteella voidaan antaa seuraavia suosituksia liittyen monituottajamallien käyttöön ottoon mielenterveys- ja päihdepalveluissa:

- Siirtyminen monituottajamalliin tulisi aloittaa ammatinharjoittajista ja pienistä palveluntuottajista, kuten esimerkiksi psykoterapiapalveluista, työvalmennuksesta ja arjen tukemisesta. Kansainvälistä näyttöä väestövastuisten erityispalveluiden kilpailuttamisesta monituottajamallina ei ole, ja väestöpohja on harvoin riittävä rinnakkaisille erityispalveluille
- Uudistus tulisi toteuttaa asteittain, koska valinnanvapauden myötä joidenkin palveluiden kysyntä tulee kasvamaan ja toisten vähentymään, joten palvelutuottajille sekä henkilöstölle on annettava riittävästi aikaa sopeutua uuteen tilanteeseen
- Henkilökohtaisen budjetin suuruus tulee perustua henkilökohtaiseen palvelutarpeeseen
- Selkeällä lainsäädännöllä tulee estää palveluntuottajia kieltäytymästä ottamaan vastaan asiakkaita, joilla on asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti, valikoivan asiakasrekrytoinnin estämiseksi
- Lisäpalveluiden ostaminen maksamalla itse lisämaksuja asiakassetelin päälle, ei tule olla mahdollista
- Selkokielistä ja läpinäkyvää tietoa eri palveluista ja niiden sisällöstä tulee olla helposti saatavilla asiakkaille, omaisille ja henkilökunnalle.

4.3. Päivystysuudistus

Vaikka päivystyspalveluissa on myös tarjolla laadukasta hoitoa, selvitystyö nostaa esille hoidon laadun vaihtelun ja yleiskuvana on, että mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito päivystyspisteissä ei ole yhtä laadukasta kuin fyysisten sairauksien hoito.

Päivystysuudistus kokoaa päivystyspalveluja harvempiin paikkoihin ja luo mahdollisuuden moniammatilliseen työhön ja laadun kehittämiseen myös paljon palveluja tarvitsevien osalta. Päivystysyksiköissä tulee uuden päivystysasetuksen mukaan olla myös matalan kynnyksen vastaanotto mielenterveys- ja päihdeasiakkaille jotka eivät tarvitse erikoissairaanhoidon tai

päihdehuoltoa. Vuoden 2018 alusta voimaan tulleen päivistysasetuksen vaikutuksia ei vielä ollut arvioitavissa.

Harventuneen päivistysverkon myötä matka lähimpään päivistyspisteeseen kasvaa, mikä kasvattaa myös ensihoitoyksiköiden merkitystä. Tämä saattaa estää erityisesti heikoimassa asemassa olevien pääsyä päivistykselliseen arviointiin ja hoitoon. Ensihoidossa koostuu fyysisten hätätilanteiden hallinta, ja psykososiaalisten hätätilanteiden tunnistamisesta on osaamishaasteita.

Päivistys- ja ensihoitohenkilöstön mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ei yleensä ole riittävää, joten vaarana on psykososiaalisten kriisien tunnistamatta jääminen. Tarve hoidon jatkamiselle avohoidossa tai sairaalahoidon tarve saattaa jäädä tunnistamatta. Suuri osa itsemurhaa yrittäneistä ei saa asianmukaista psykiatriasta arviota tai hoitoa päivistyspisteissä. Suhtautuminen varsinkin päihdepotilaisiin ja itsemurhaa yrittäneisiin voi olla asenteellista, moralisoivaa ja torjuvaa. Päivistystilanteita varten ensihoidon ja päivistyspisteiden osaamistasoa tulee nostaa.

Sosiaalipäivistyksen siirtyminen ympärivuorokautisesti terveydenhuollon yhteispäivistysten yhteyteen tarjoaa mahdollisuuden laajentaa tähän saakka lastensuojelupainotteista sosiaalipäivistystä kattamaan myös paljon päivistyksiä käyttävien asiakkaiden sosiaalityön tarpeita. Päivistysyksiköissä tuleekin pyrkiä asiakaslähtöisesti yhdistämään psykiatrian päivistyksen, päihdepäivistyksen sekä sosiaali- ja kriisipäivistyksen voimavarat ja järjestöjen palvelut päivistysyksikön ympärivuorokautiseksi matalan kynnyksen psykososiaaliseksi monitoimijapäivistykseksi.

Monitoimijapäivistys tarjoaa ratkaisumallin paljon päivistyspalveluja käyttäville asiakkaille, jotka usein kokevat jäävänsä vaille tarvitsemaansa apua terveydenhuollon perinteisessä päivistystoiminnassa. Monitoimijapäivistyksessä myös järjestöjen palvelut, kuten järjestöjen kriisikeskuspalvelut elämänkriiseissä tai päihdeasiakkaan motivoiva palveluohjaus, otetaan osaksi päivistysyksikön tarjontaa asiakkaille. Päivistysverkoston harventuessa tulee arvioida voidaanko paljon päivistyksiä käyttävien asiakkaiden tarpeisiin vastata myös kokemusasiantuntemukseen perustuvilla järjestölähtöisillä lähipalveluilla.

4.4. Palveluiden integraatio

Hoidon integraatio on keskeistä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden laadukkaiden palvelujen järjestämiseksi. Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus suosittaa, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi integroida perustason muuhun terveydenhuoltoon. Parhaimmillaan tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisemman lähestymistavan, lisää palveluiden saavutettavuutta ja vähentää stigmaa eli häpeäleimaa. Integraatiossa huomioidaan myös järjestöjen tarjoama apu ja palvelut.

Integraation tulee kattaa hoidon rahoituksen, vahvan järjestämisen ja vaikuttavan tuottamisen. Integraatiota tukevia raportissa esiteltäviä perustason toimintamalleja ovat yksilöllinen integroitu hoitosuunnitelma, kolmiomalli, terveyshyötymalli. Terveydenhuollon tietojärjestelmät tarvitsevat Suomessa kehittämistä, jotta ne voisivat tukea integroituja hoitopolkuja.

Asiantuntijahaastatteluissa keskeisiksi suosituksiksi nousivat palveluintegraation käyttäjä- ja asiakaslähtöisyyden vahvistaminen sekä huomio siitä, että ylätasolla mallinnetut valmiit pal-

velukokonaisuudet harvoin vastaavat sellaisenaan palvelujen käyttäjien moninaisiin elämäntilanteisiin. Palvelukokonaisuuksien suunnitteluun tulisi pyrkiä yhdessä käyttäjien ja käytännön työntekijöiden kanssa.

Sosiaali- ja terveyssektorin ja muiden julkisten sektoreiden yhteistyön toimintamalleina nostetaan esille kuntien sähköiset hyvinvointikertomukset, mielenterveysvaikutusten arviointi, väestöryhmäkohtainen budjetointi ja yksilöllinen tuettu työllistäminen.

4.5. Hoidon saatavuus

Selvityksen mukaan hoidon saavutettavuuden turvaamiseksi ja hoidon kokoamiseksi yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti tarvitaan perusterveydenhuoltoon vahvaa mielenterveys- ja päihdetyön osaamista. Sote-keskuksissa tulee olla helposti saavutettavissa – myös kiirevastaanottona – yleislääkärin palveluiden lisäksi mielenterveys- ja päihdeammattilaisten palveluja, joita täydentää kokemusasiantuntijoiden palvelut. Perusterveydenhuollossa tulee voida järjestää nopea pääsy lyhyeen psykoterapiaan sekä pystyä tukemaan myös omaisia. Näiden sisäänkäveltävien ja leimaamattomien peruspalvelujen lisäksi tarjolla tulee olla verkko- ja puhelinpalveluja (omahoito-ohjelmia ja verkkopsykoterapiaa) sekä arkilähtöisiä päivätoimintoja. Jalkautuva työote ja erityisesti työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (ACT-malli) lisää hoidon piirissä pysymistä ja vähentää sairaalahoitoja.

Hoidon saatavuuteen vaikuttaa voimakkaasti myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mielenterveys- ja päihdeosaaminen sekä asenteet mielenterveys- ja päihdeongelmaisia kohtaan, joihin tulee tarttua koulutuksellisin mallein.

4.6. Toimivat mallit mielenterveys- ja päihdetyössä

YhdessäMieli-hankkeen asiantuntijahaastatteluissa ja kirjallisuuskatsauksessa yhtenä keskeisenä näkökulmana korostui näyttöön perustuvien tai hyviksi käytännöiksi todettujen hoitomallien painottaminen. Päähavaintona nousee myös esille uusien ihmislähtöisten, osallisuutta ja vertaisuutta tukevien toimintamallien luomat mahdollisuudet uudistaa mielenterveys- ja päihdepalveluja. YhdessäMieli-hankkeen esittelemät toimivat mallit mielenterveys- ja päihdetyöhön on koottu oheiseen taulukkoon.

Taulukko 7: Mielenterveys- ja päihdetyön toimivat mallit toimijoittain (numerot viittaavat raportin osioon jossa mallia käsitellään)

Kunnat - Mielenterveyttä määrittävien tekijöiden ja väestön mielenterveyden seuraaminen kunnan sähköisessä hyvinvointikertomuksessa (kts osio 3.4, 3.7) - Päätösten mielenterveysvaikutusten arviointi (3.4) - Mielenterveyden edistäminen kouluissa (3.6) - Vanhemmuuden tukeminen (3.6) - Etsivän nuorisotyön Aikalisä-malli (3.6) - Asunto ensin -malli (3.4) - Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kulttuuri-, sivistys- ja liikunta- sekä työllisyyspalveluiden käytön helpottaminen (3.5) Maakuntien kasvupalvelut - Yksilöllisen työhön sijoituksen ja tuen malli (IPS-malli) (3.4) Ensihoito ja päivystys - Triage-ohjeistuksen kehittäminen ja henkilöstön kouluttaminen (3.8.) - Monitoimijapäivystys (3.8) - Itsemurhien ehkäisyn malli (ASSIP) (3.8) - Lyhytneuvonta (3.8) - Päivystykseen kytketty selviämishoito sekä katkaisuhuoltoon ohjaus (3.5) Sote-keskukset - Lyhytneuvonta (3.8) - Nopea pääsy lyhytpsykoterapiaan (IAPT-malli) (3.1) - Vanhemmuuden tukeminen (3.6) - Yksilöllinen integroitu hoitosuunnitelma, vastuuhenkilö ja palveluohjaus (3.2, 3.5) - Kolmiomalli (3.2) - Terveystyömalli (3.2) - Kokemusasiantuntijatoiminnan integrointi palveluihin (3.1, 3.5) Maakunnan liikelaitos - Yhteen yksikköön tai organisaatioon integroidut, matalan kynnyksen avun & kohtaamispaikan, hoidon ja kuntoutuksen kattavat palvelukokonaisuudet (3.5) - Sähköiset omahoito-ohjelmat ja verkkopsykoterapiat (3.1) - Perustason tukeminen kolmiomallissa (3.2) - Tehostettu palveluohjaus (3.2, 3.5) - Jalkautuva erityistyö (ACT-malli 3.1, etsivä ja jalkautuva sosiaalityö 3.5) - Ympäri vuorokautinen pääsy selviämishoitoon, josta yhteys katkaisuhuoltoon (3.5.) - Kokemusasiantuntijakoulutuksen järjestäminen (3.1) - Vanhemmuuden tukeminen (3.6) Kansalaisjärjestöjen avustettava toiminta - Etsivä ja jalkautuva työ sekä ruohojuuritason verkostotyö (3.5.) - Kokemusasiantuntimukseen ja vapaaehtoisuuteen perustuva auttaminen (3.5, 3.8) - Väestölle suunnatut mielenterveyden ensiapu-koulutukset (3.1) - Arkilähtöinen osallistava päivätoiminta (3.5) - Klubitalomalli (3.4)

4.7. Palvelukäytön eriarvoisuuden vähentäminen

Päihderiippuvuuteen ja mielenterveysongelmiin liittyvä eriarvoisuus ei johdu vain tulo- ja varallisuuseroista tai muista materiaalisista tekijöistä vaan siihen vaikuttavat vahvasti myös kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Palveluihin liittyvä eriarvoisuus ilmenee joko palveluiden ulkopuolelle jäämisenä, niistä ulos putoamisena tai tuloksettomana satunnaiskäyttönä, mikä taas on yhteydessä toimimattomiin palvelukäytäntöihin, sosiaaliseen syrjäytymiseen, apua tarvitsevien heikkoon toimintakykyyn sekä palvelujärjestelmän kyvyttömyyteen vastata järjestelmän odotuksiin. Heikossa asemassa olevien palveluprosessin katkok-

siin sekä ulosputoamisiin voidaan asiantuntijahaastatteluiden perusteella vastata tehokkaasti synnyttämällä yhden toimijan tai toimijaryppään tiiviisti integroimia palvelukokonaisuuksia. Sosiaalityön toteuttamalla palvelujen koordinaatiolla ja palveluohjauksella voidaan vähentää eriarvoisuutta palvelujen käytössä, ja sitä voidaan tarvittaessa täydentää palveluluotsin toteuttamalla tehostetulla palveluohjauksella.

Huono-osaisia voidaan tavoittaa jalkautuvalla ja etsivällä työllä ja järjestöjen tuottamilla arki- lähtöisillä matalan kynnyksen palveluilla, joiden sisältönä usein on ohjattu vertaistuki ja yhteisöllinen osallistaminen. Näiden rinnalla tarvitaan julkisia, maksuttomia päivystyksellisiä palveluja, kuten selviämisasemia, jotka voivat vastata avun tarpeeseen ympäri vuorokauden. Heikossa asemassa olevien palvelujen käyttöä edistäviä ratkaisuja yhdistää kyky tunnistaa näiden ihmisten epäluottamus järjestelmää ja auttajia kohtaan sekä luottamuksen rakentaminen hyödyntämällä vertaistukea ja kokemusasiantuntemusta, joka tapahtuu osana yhteisöllisempää asiakastyön sekä ammatillisuuden rakentamista.

Palveluiden käyttöön liittyvien erojen kaventamiseksi tarvitaan sekä yhteiskuntarakennetta koskevien kokonaisuuksien ymmärtämistä että kulttuuristen, sosiaalisten, fyysisten ja psyykkisten tekijöiden välisten dynaamisten vaikutussuhteiden tuntemusta. Integroiduissa päihde- ja mielenterveyspalveluissa on turvattava sosiaalityön osaaminen sekä vahvistettava sosiaalityöntekijän palveluprosessia koordinoivaa roolia.

Vakavasti oireileville ja monitahoisissa palvelutarpeissa näyttöä on tehostetun palveluohjauksen vaikuttavuudesta, joka sote-uudistuksessa sijoittuisi maakunnan palveluihin. Selvityksen mukaan asiakasaseteleihin ja henkilökohtaiseen budjettiin nojautuvan valinnanvapauden toteutuminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla vaatii vahvaa asiakaslähtöistä palveluohjausta sekä siihen kytkeytyvää etsivää ja jalkautuvaa työtä. Valinnanvapauden mahdollistamiseksi asiakkaille joilla on laajoja tai pitkäaikaisia palvelutarpeita tulisi tarjota tehokkaaksi todettua tehostettua palveluohjausta palveluluotsien toimesta.

Liite 1. Hankkeen haastattelemat asiantuntijat

1. Aulikki Kananoja, ylisosiaalineuvos, Helsingin kaupungin ent. sosiaalihoitaja
2. Eero Vaissi, vanhempi neuvonantaja, Sitra
3. Eija Stengård, mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtava psykologi, Tampereen kaupunki
4. Eija Suominen, aluekoordinaattori, FinFami Uusimaa ry. (ryhmähaastattelu II)
5. Eila Sailas, psykiatrian tulossyksikön johtaja, ylilääkäri, HUS
6. Elisa Jokelin, ylilääkäri, Helsingin kaupunki
7. Ellen Vogt, erityisasiantuntija, Kuntaliitto
8. Hannu Hämäläinen, neuvotteleva virkamies, STM
9. Hannu Ylönen, kokemusasiantuntija, Vantaan kaupunki
10. Helena Syväranta, projektipäällikkö, A-klinikkasäätiö, OSIS II -hanke (ryhmähaastattelu II)
11. Irina Köntti, hankepäällikkö, A-klinikkasäätiö. OK-hanke (ryhmähaastattelu I)
12. Johanna Lähdeaho, projektityöntekijä, Rikosseuraamislaitos (ryhmähaastattelu I)
13. Jouko Karjalainen, tutkija, THL
14. Juhani Haapamäki, päihdetyöntekijä, Vailla Vakituista asuntoa VVA ry. (ryhmähaastattelu II)
15. Kaarlo Simojoki, johtava ylilääkäri, A-klinikkasäätiö/A-klinikka Oy
16. Kristiina Kuussaari, erikoistutkija, THL
17. Mai Peltoniemi, yhteisövalmentaja, Kalliolan settlementti (ryhmähaastattelu I)
18. Marja Alastalo, yliopistolehtori, Itä-Suomen yliopisto
19. Merja Karinen, lakimies, Mielenterveyden keskusliitto
20. Mikko Tamminen, psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja, Helsingin kaupunki
21. Paula Pasanen-Aro, hyvinvointipalvelujen johtaja, Ylöjärven kaupunki
22. Päivi Hämäläinen, johtava asiantuntija, THL
23. Raine Manninen, ohjaaja, Helsingin sosiaalivirasto (ryhmähaastattelu II)
24. Samuli Saarni, johtaja, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, nyk. OP ryhmän terveys- ja hyvinvointiliiketoiminta-alueen johtaja
25. Tanja Hirschovits, aluekoordinaattori, erikoistutkija, THL
26. Timo Salmisaari, psykiatri, Tieto, aik. Eksote
27. Jari Koskisuuri, Laatu- ja kehitysjohtaja (mielenterveys- ja vammaispalvelut), Mehiläinen Oy

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

- Aardoom, J.J., Dingemans, A.E., & Van Furth, E.F. (2016). E-health interventions for eating disorders: Emerging findings, issues, and opportunities. *Current Psychiatry Reports* 18, 42.
- Abraham, A. J., Knudsen, H. K., Rieckmann, T., & Roman, P. M. (2013). Disparities in access to physicians and medications for the treatment of substance use disorders between publicly and privately funded treatment programs in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(2), 258–265.
- Adams, P., & Nielson, H. (2012). Evidence based practice: Decreasing psychiatric revisits to the emergency department. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(8), 536–543.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.687803>
- Ahola, H. & Vainio, S. (2016) Oikeita palveluita oikeaan aikaan. Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen? Turku: Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -hanke 2013–2016 (PPPR).
- Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kaila, M., Saarni, S., Joffe, G., Kontio, R., Oranta, O., Sadeniemi, M., Wahlbeck, K. (2016a). Regional correlates of psychiatric inpatient treatment. *Int J Environ Res Public Health*, 5;13(12).
- Ala-Nikkola, T., Sadeniemi, M., Kaila, M., Saarni, S., Kontio, R., Pirkola, S., Joffe, G., Oranta, O., & Wahlbeck, K. (2016b). How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry*, 16:289.
- Alakeson, V. (2010). International development in self-directed care. New York: Commonwealth Fund.
- Alakeson, V., Boardman, J., Boland, B., Crimlisk, H., Harrison, C., Iliffe, S., ... Patterson, J. (2016). Debating personal health budgets. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 40(1), 34–7.
- Alanko, A & Hellman, M. (2017) Service Users and Experts in Finnish Mental health Care Planning: Three Phases of Expansion and Inclusion. *Sociologia*, 54(4), 359-376.
- Alegria, M., Pérez, D.J. & Williams, S. (2003) The role of public policies in reducing mental health status disparities for people of color. *Health Affairs*, 2(5), 51-64.
- Amadeo, F., & Tansella, M. (2011). New perspectives of mental health service research. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(1), 3–6.
- Anakwenze, U., & Zuberi, D. (2013). Mental health and poverty in the inner city. *Health & Social Work*, 38, 147-157.
- Andersson, M., Eklund, M., Sandlund, M., & Markstrom, U. (2016). Freedom of choice or cost efficiency? The implementation of a free-choice market system in community mental health services in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(2), 129–141.
- Andersson, M., Eklund, M., Sandlund, M., & Markström, U. (2015). Frames for choice and market characteristics – a Swedish case study of community mental health services in change. *Nordic Social Work Research*, 5(3), 227–243. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1059772>
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D.E., Salkever, D., Slade, E.P., Peng, X., & Conley, R.R. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 2.
- Ashwood, J.S., Stein, B.D., Briscoe, B., Sontag-Padilla, L.M., Woodbridge, M.W., May, E., Seelam, R., & Burnam, M.A. (2015). Payoffs for California college students and taxpayers from investing in student mental health. RAND Corporation. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1300/RR1370/RAND_RR1370.pdf

- Aslam, R., Knapp, M., Parsonage, M., & Vela, J. (2011). Screening and brief intervention in primary care for alcohol misuse. Teoksessa: Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (eds.) *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. London, Department of Health.
- Babor, T., F. (2008). Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators and the need for a new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 45-49.
- Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., ... Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1143–1152. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Barnes, J. D., Baskerville, B., Whelan, C., & White, H. (2003). Survey of consumer and non-consumer mental health service providers on assertive community treatment teams in Ontario. *Community Mental Health Journal*, 39(3), 265–276.
- Barratt, H., Rojas-García, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S., Raine, R. (2016). Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(4), e0154449. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154449>
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinoshian, B., Altshuler, L., et al. (2006a). Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric Services*, 57, 927-936.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinoshian, B., Altshuler, L., et al. (2006b). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, 57, 937-945.
- Becker, T., & Kilian, R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 9-16.
- Behm, A., Drazkowski, A., Matteson, S., Serakos, M., & Wolter, C. (2014). Increasing access to youth mental health services: a cost-benefit analysis of the PATH program in the Fox Valley. La Follette School of Public Affairs University of Wisconsin – Madison. <https://www.lafollette.wisc.edu/images/publications/cba/2014-path.pdf>
- Behm, M.-M. (2015). Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla. Eettisten periaatteiden toteutuminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 311. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Bellón, J. Á., Rodríguez-Bayón, A., de Dios Luna, J., & Torres-González, F. (2008). Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 58(550), 324-330.
- Berwick, D. M. (2002) A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report. *Health Affairs* 21(3), 80-90.
- Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., & Bodenmann, P. (2012). Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. *Academic Emergency Medicine*, 19(1), 63–68. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01246.x>
- Bilsker, D., Goldner, E. M., & Anderson, E. (2012). Supported self-management: a simple, effective way to improve depression care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 203–209. <https://doi.org/10.1177/070674371205700402>
- Birkhead, G. S., Klein, S. J., Candelas, A. R., O'Connell, D. A., Rothman, J. R., Feldman, I. S., et al. (2007). Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: a comprehensive approach. *The International Journal on Drug Policy*, 18, 417-425.

Birnbaum, H.G., Kessler, R.C., Ben-Hamadi, R., Joish, V.N., & Greenberg, P.E. (2009). Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: mental health services utilization and costs, and work performance. *Depression and Anxiety*, 27, 78-89.

Björnered, B. (2012). Finsam-samverkan i Västra Götaland 2011. Rapport till Försäkringskassan (diaesitys). <http://slideplayer.se/slide/1907355/>

Blader, S. L., & Rothman, N. B. (2014). Paving the road to preferential treatment with good intentions: Empathy, accountability and fairness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 50, 65.

Blas, E. & Kurup, A.S. (2010) (eds.) Equity, social determinants and public health programs. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf Luettu 1.10.2017

Borg, A-M. (2015). Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:42 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/128986/URN_ISBN_978-952-00-3603-4.pdf

Boudreaux, E. D., Allen, M. H., Claassen, C., Currier, G. W., Bertman, L., Glick, R., ... PERC. (2009). The Psychiatric Emergency Research Collaboration-01: methods and results. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 515–522. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.04.009>

Bower, P., Roberts, C., O'Leary, N., Callaghan, P., Bee, P., Fraser, C., & Lovell, K. (2015). A cluster randomised controlled trial and process evaluation of a training programme for mental health professionals to enhance user involvement in care planning in service users with severe mental health issues (EQUIP): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 348. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0896-6>

Bramesfeld, A., Mook, J., Kopke, K., Büchtemann, D., Kästner, D., Radisch, J., & Rössler, W. (2013). Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 56. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-56>

Breen, A., Swartz, L., Flisher, A. J., Joska, J. A., Corrigall, J., Plaatjies, L., et al. (2007). Experience of mental disorder in the context of basic service reforms: the impact on caregiving environments in South Africa. *International Journal of Environmental Health Research*, 17, 327-334.

Broadbent, M., Moxham, L., & Dwyer, T. (2010). Issues associated with the triage of clients with a mental illness in Australian emergency departments. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 13(4), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2010.08.087>

Callahan, J. J., Shepard, D.S., Beinecke, R.H., Larson, M.J. & Cavanaugh, D. (1995). Mental health/substance abuse treatment in managed care: the Massachusetts Medicaid experience. *Health Affairs* 14:173–84.

Campbell, T., Goodrich, R., Lukensmeyer, C. J., & Schugurensky, D. (2016). Promoting Inclusion, Equity and Deliberation in a National Dialogue on Mental Health. *Journal of Public Deliberation; Berkeley*, 12(2).

Cantrell, C.R., Eaddy, M.T., Shah, M.B., Regan, T.S., & Sokol, M.C. (2006). Methods for Evaluating Patient Adherence to Antidepressant Therapy: A Real-World Comparison of Adherence and Economic Outcomes. *Medical Care* 44, 300-303.

Care Quality Commission. (2015). Right here, right now. People's experiences of help, care and support during a mental health crisis. London, England: Care Quality Commission. Noudettu osoitteesta https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150630_righthere_mhcrisiscare_full.pdf

Casswell, S. & Thamarangsi, T. (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 373, 2247-2257.

Chambers, R., Tullys, T., Mayer, K., & Wigand, D. (2008). Regional collaborative practice in psychiatric rehabilitation and recovery: a best practice model. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 7, 187-231.

- Chesin, M. S., Stanley, B., Haigh, E. A. P., Chaudhury, S. R., Pontoski, K., Knox, K. L. & Brown, G. K. (2017). Staff views of an Emergency Department intervention using safety planning and structured follow-up with suicidal veterans. *Archives of Suicide Research*, 21(1), 127–137. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1164642>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 3, 415-424.
- Choo, E. K., Gottlieb, A. S., DeLuca, M., Tape, C., Colwell, L., & Zlotnick, C. (2015). Systematic Review of ED-based Intimate Partner Violence Intervention Research. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 1037–1042. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.10.27586>
- Clarke, D. E., Boyce-Gaudreau, K., Sanderson, A., & Baker, J. A. (2015). ED Triage Decision-Making With Mental Health Presentations: A “Think Aloud” Study. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6), 496–502. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.04.016>
- Clarke, D. E., Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126–131. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L. & Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 273–284. <https://doi.org/10.1111/inm.12040>
- Cobb, C. D. (2014). Optimizing medication use with a pharmacist-provided comprehensive medication management service for patients with psychiatric disorders. *Pharmacotherapy*, 34, 1336-1340.
- Cook, B. L., Liu, Z., Lessios, A. S., Loder, S. & McGuire, T. (2015). The costs and benefits of reducing racial-ethnic disparities in mental health care. *Psychiatric Services*, 66(4), 389–396. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400070>
- Cooper, B. (2001). Public-health psychiatry in today's Europe: scope and limitations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 169-176.
- Coyle, D. (2011). Impact of person-centred thinking and personal budgets in mental health services: reporting a UK pilot. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), 796–803. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01728.x>
- Crowley, J.J. (2000) A clash of cultures: A&E and mental health. *Accident and Emergency Nursing*, 8(1):2-8.
- Cruz, M., & Cruz, R. F. (2001). Compliance and costs in a case management model. *Community Mental Health Journal*, 37, 69-77.
- CSTE. (2016). Recommended CSTE surveillance indicators for substance abuse and mental health. CSTE Council of State and Territorial epidemiologists. Noudettu osoitteesta http://c.ymcdn.com/sites/www.cste.org/resource/resmgr/CrossCutting/Recommended_CSTE_Surveillance.pdf
- Cuddeback, G. S., Morrissey, J. P., Domino, M. E., Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., & Moser, L. L. (2013). Fidelity to recovery-oriented ACT practices and consumer outcomes. *Psychiatric Services*, 64(4), 318–323. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200097>
- Culhane, D. P., Metreaux, S., & Hadley, T. (2002). Supportive housing for homeless people with severe mental illness. *LDI issue brief*, 7, 1-4.
- Cunningham, P. J. (2009). Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care. *Health Affairs* 28(3):w490-501
- Cunningham, P., McKenzie, K. & Taylor, E. F. (2006). The struggle to provide community-based care to low-income people with serious mental illnesses. *Health Affairs*, 25(3), 694–705. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.694>

- Davidson, L. & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34, 109–120.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B. & Grant, B. F. (2012). Factors associated with first utilization of different types of care for alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 647–656.
- Day, C. & Davis, H. (2006). The effectiveness and quality of routine child and adolescent mental health care outreach clinics. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 439–452. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1348/014466505X79986>
- de Haan, L., Kramer, L., van Raay, B., Weir, M., Gardner, J., Akse, S. & Wouters, L. (2002). Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Associations. *European Psychiatry*, 17(8), 425–433.
- De Jong, J. T. V. M. & Van Ommeren, M. (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42(3), 437–456. <https://doi.org/10.1177/1363461505055625>
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 13.12.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), CD007906.
- Dixon, P.B., & Rimmer, M.T. (2010). Johansen's contribution to CGE modelling: Originator and guiding light for 50 years. *Centre of Policy Studies/IMPACT Centre Working Papers* g-203.
- Doran, C.E., Jacobs, P. & Dewa, C. (2012). Return on Investment for Mental Health Promotion: Parenting Programs and Early Childhood Development. *Economic Reports*, Institute of Health Economics Alberta Canada. <http://www.ihe.ca/publications/return-on-investment-for-mental-health-promotion-parenting-programs-and-early-childhood-development>
- Dowrick, C., Bower, P., Chew-Graham, C., Lovell, K., Edwards, S., Lamb, J., Bristow, K., Gabbay, M., Burroughs, H., Beatty, S., Waheed, W., Hann, M. & Gask, L. (2016). Evaluating a complex model designed to increase access to high quality primary mental health care for under-served groups: a multi-method study. *BMC Health Services Research*, 16, 58.
- Dowrick, C., Gask, L. & Edwards, S. (2010). Programme to increase equity of access to high quality mental health services in primary care (AMP). *Journal of Affective Disorders*, 122, S18–S19. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.038>
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F. & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360–374.
- Drukker, M., Laan, W., Dreef, F., Driessen, G., Smeets, H. & Van Os, J. (2014). Can assertive community treatment remedy patients dropping out of treatment due to fragmented services? *Community Mental Health Journal*, 50(4), 454–459. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9652-0>
- Drukker, M., van Os, J., Sytema, S., Driessen, G., Visser, E. & Delespaul, P. (2011). Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 273–278.
- Duarte, A., Walker, J., Walker, S., Richardson, G., Holm Hansen, C., Martin, P., et al. (2015). Cost-effectiveness of integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 465–470.
- Duhoux, A., Fournier, L., Gauvin, L. & Roberge, P. (2012). Quality of care for major depression and its determinants: a multilevel analysis. *BMC Psychiatry*, 12, 142. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-142>

- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D. & Wells, K. B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Services Research*, 38(2), 631–645.
- Edwards, R.T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D.A., & Hutchings, J. (2007). Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost–effectiveness analysis. *BMJ*, 334, 682. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00137>
- Eklund, M. & Markstrom, U. (2015). Outcomes of a Freedom of Choice Reform in Community Mental Health Day Center Services. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 664–671.
- EMCDDA. (2009). An overview of the treatment demand key indicator (TDI). (No. Version 1.). EMCDDA. Noudettu osoitteesta http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/568/EMCDDA-TDI-overview_155372.pdf
- Essock, S. M., Olfson, M. & Hogan, M. F. (2015). Current practices for measuring mental health outcomes in the USA: International overview of routine outcome measures in mental health. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 296–305. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1014314>
- Euroopan komissio. (2015). Joint action on mental health and well-being. *Mental Health in All Policies. Situation analysis and recommendations for action*. Luxemburg: European Commission.
- Evans, T. S., Berkman, N., Brown, C., Gaynes, B. & Weber, R. P. (2016). *Disparities Within Serious Mental Illness*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Noudettu osoitteesta <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368427/>
- Farooq, S. (2013). Collaborative care for depression: a literature review and a model for implementation in developing countries. *International Health*, 5, 24–28.
- Fieldhouse, J., Parmenter, V. & Hortop, A. (2014). Vocational rehabilitation in mental health services: evaluating the work of a social and therapeutic horticulture community interest company. *Mental Health and Social Inclusion*, 18, 155–163.
- Fjellfeldt, M. (2017). *Choice as Governance in Community Mental Health Services*. Doctoral thesis. Umeå: Umeå universitet..
- Fjellfeldt, M., Eklund, M., Sandlund, M. & Markstrom, U. (2016). Implementation of Choice from Participants' Perspectives: A Study of Community Mental Healthcare Reform in Sweden. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 15(2), 116–133.
- Fleming, P. (2016). Evaluating the implementation of four individualised funding initiatives for people with a disability in Ireland. Maynooth: Maynooth University.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Tremblay, J., Schmitz, N. & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 92. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-92>
- Ford, R., Barnes, A., Davies, R., Chalmers, C., Hardy, P. & Muijen, M. (2001). Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(9), 444–447.
- Forder, J., Jones, K., Glendinning, C., Caiels, J., Welch, E., Baxter, K. & Dolan, P. (2012). Evaluation of the personal health budget pilot programme. Canterbury: PSSRU, University of Kent.
- Forss, P. Vatula-Pimiä, M.-L. (2012). *Sosiaalinen turva ja hyvinvointi*. Helsinki: Edita.
- Fortney, J. C., Maciejewski, M. L., Tripathi, S. P., Deen, T. L. & Pyne, J. M. (2011). A budget impact analysis of telemedicine-based collaborative care for depression. *Medical Care*, 49, 872–880.
- Foster, E.M. (2010). Costs and effectiveness of the fast track intervention for antisocial behavior. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13, 101–119.
- Foster, E.M. & Jones, D.E. (2006). Can costly intervention be cost-effective? An analysis of violence prevention. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1284–1291.

- Foster, E.M. & Jones, D.E. (2007). The economic analysis of prevention: an illustration involving children's behaviour problems. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10, 165-175.
- Foster-Fishman, P. G., Berkowitz, S. L., Lounsbury, D. W., Jacobson, S. & Allen, N. A. (2001). Building collaborative capacity in community coalitions: A review and integrative framework. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 241-261.
- French, M.T., Roebuck, M.C. & Dennis, M. (2002). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: Findings from a multisite experiment. *Addiction*, 97, S84-87.
- Fulbrook, P. & Lawrence, P. (2015). Survey of an Australian general emergency department: estimated prevalence of mental health disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/jpm.12191>
- Gaebel, W., Großimlinghaus, I., Heun, R., Janssen, B., Johnson, B., Kurimay, T. & European Psychiatric Association. (2015). European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry*, 30(3), 360–387. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.011>
- Gallagher, C. & Halpin, V. (2014). The Lived Experience Workforce in South Australian Public Mental Health Services. Central Adelaide Local Health Network Mental Health Directorate Adelaide, SA. <http://www.peersupportvic.org/resources-directory/resources-directory/the-lived-experienceworkforce-in-south-australian-public-mental-health-services> Luettu 1.10.2017
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D. & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166(21), 2314-2321.
- Gillard, S. & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20 (4), 286-292.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Ettner, S. L., Manning, W. G. & Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67, 645-652.
- Glied, S. A. & Frank, R. G. (2009). Better but not best: recent trends in the well-being of the mentally ill. *Health Affairs*, 28(3), 637–648. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.637>
- Goddard, M. & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53(9), 1149–1162.
- Goldman, H. H. (2003). 'How do you pay your rent?' Social policies and the President's Mental Health Commission. *Health Affairs*, 22, 65-72.
- Gould, R., Härkäpää, K. & Järvikoski, A. (toim.) (2012). Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2012. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Green, L. A. & Cifuentes, M. (2015). Advancing care together by integrating primary care and behavioral health. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28 Suppl 1, S1-6.
- Gustavsson, A. et al. & CDBE2010 study group. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21, 718-779. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, 13(3), e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
- Ham, C., R., V., Foot, C., R., E. & Alderwick, H. (2017). Measuring the performance of local systems: Review for the Department of Health. The Kings Fund. Noudettu osoitteesta https://www.kings-fund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/measuring-the-performance-of-local-health-systems-dh-review-kingsfund-oct15.pdf

- Hamilton, S., Manthorpe, J., Szymczynska, P., Clewett, N., Larsen, J., Pinfold, V. & Tew, J. (2015). Implementing personalisation in integrated mental health teams in England. *Journal of Interprofessional Care*, 29(5), 488–493. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1035777>
- Hamilton, S., Szymczynska, P., Clewett, N., Manthorpe, J., Tew, J., Larsen, J. & Pinfold, V. (2017). The role of family carers in the use of personal budgets by people with mental health problems. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 158.
- Hamilton, S., Tew, J., Szymczynska, P., Clewett, N., Manthorpe, J., Larsen, J. & Pinfold, V. (2016). Power, Choice and Control: How Do Personal Budgets Affect the Experiences of People with Mental Health Problems and Their Relationships with Social Workers and Other Practitioners? *British Journal of Social Work*, 46(3), 719–736. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv023>
- Hara, N. & Juvonen, J. (2017). Hoitajien valmiudet matalankynnyksen mielenterveys- ja päihdepalvelupisteillä. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Saatavilla internetissä: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/128482/Hara_Niina_Juvonen_Jonna.pdf
- Harajärvi, H., Muinonen, E., Kanste, O. & Marttunen, M. (2016). Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. THL. Ohjaus 20/2016. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Harding-Price, D. (2011). Benefits of giving service users personalised budgets: David Harding-Price reviews a scheme in which clients are allocated funds according to team assessments of their mental health needs. *Mental Health Practice*, (5), 20.
- Harrison-Read, P., Lucas, B., Tyrer, P., Ray, J., Shipley, K., Simmonds, S. & Hickman, M. (2002). Heavy users of acute psychiatric beds: randomized controlled trial of enhanced community management in an outer London borough. *Psychological Medicine*, 32(3), 403–416.
- Harvey, S. B., Henderson, M., Lelliott, P. & Hotopf, M. (2009). Mental health and employment: much work still to be done. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 201–203.
- Hastrup, L. H. & Aagaard, J. (2015). Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2), 110–117. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.936500>
- Hedfors, P. (2017). Förenklad samhällsekonomisk analys av projekt i Samordningsförbundet Jönköping. <http://www.finsamjonkopingslan.se/sodravatterbygden/dokument/socioekonomiskanalys.4.738707813cedae21c44b.html> (Luettu 11.12.2017)
- Heflinger, C. A. & Hoffman, C. (2008). Transition age youth in publicly funded systems: identifying high-risk youth for policy planning and improved service delivery. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(4), 390–401. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9042-2>
- Heikkilä, A., Syren, R. & Lehtimäki, I. (2007). Senioripysäkin toimintamalli. Terapeuttiset keskusteluryhmät ikäihmisen yksinäisyyden ja masennuksen lievittäjänä. Toimintaraportti 2003–2006. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry.
- Heino, H. & Melartin, T. (2012). Pitkäaikaisesti masentuneen potilaan hoitopolku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä, Espoo. Saatavilla internetissä: www.innokyla.fi
- Henderson, K. et al. (2014). Key performance indicators for mental health and substance use disorders: a literature review and discussion paper. *Mental Health and Substance Use*, 7(4), 407–419. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/17523281.2014.901402>
- Hendryx, M. S. & Teague, G. B. (2001). Comparing alternative risk-adjustment models. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 28(3), 247–257. <https://doi.org/10.1007/BF02287242>
- Herse, F., Tamminen, N., Rinta, S., Bengström, M. & Reissell, E. (2011). Masennus tulee yhteiskunnalle kalliiksi. *Suomen Lääkärehti* 66, 1184–1185.
- Heyland, M. & Johnson, M. (2017). Evaluating an Alternative to the Emergency Department for Adults in Mental Health Crisis. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 557–561. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1300841>

Hietala, O. & Rissanen, P. (2017) Yhteiskehittäminen uudenlaisen vastavuoroisuuden virittäjänä. Teoksessa A. Pohjola, M. Kairala, A. Niskala & H. Lyly (toim.): Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaan osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsinki: Vastapaino, 167-180.

Hietala, O. & Terävä, A. (2017). Verkottajan kammareissa. Kutsu päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteiskehittämisen tiloihin ammattilaisina ja kokemusasiantuntijoina. Verkottaja-hankkeen (2013-2016) verkkojulkaisu. https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/julkaisut/verkottajan_kammareissa.pdf Luettu 1.10.2017

Hirschovits-Gerz, T. K., Kuussaari, K., Stenius, K., & Tammi, T. (2016). Miten päihdepalveluiden tarvetta on mahdollista mitata? Esimerkkinä tarveanalyysissä seitsemän kuntaa. Yhteiskuntapolitiikka, 81(2), 195–205.

Hitchen, S., Williamson, G. R., & Watkins, M. (2015). Personal budgets for all? Implementing self-directed support in mental health services. *Action Research*, 13(4), 372–391. <https://doi.org/10.1177/1476750314568207>

Holmberg, J. (2010). Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J.M., & Aguaro, J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: Results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) Study. *Psychiatry Research*, 190, 110-114.

Honkasalo, M-L. (2013). Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskien tulkintaan. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.): Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: THL.

Huckson, S. (2008). Implementation of the Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(2), 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2008.02.007>

Huguelet, P., Koellner, V., Boulguy, S., Nagalingum, K., Amani, S., Borrás, L. & Perroud, N. (2012). Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 328–336. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02337.x>

Humphreys, K. & McLellan, A. T. (2011). A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. *Addiction*, 106, 2058-2066.

Humphries, R. & Curry, N. (2011). Integrating health and social care. London: King's Fund.

Hyytiäinen, E. & Huittinen, S. (2012). Pitkäaikaisesti masentuneen potilaan hoitopolku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. Saatavilla internetissä: www.innokyla.fi

Hämäläinen, P., Ahola, S., Halme, N., Hastrup, A., Hietanen-Peltola, M., Häkkinen, P., Ihanus, M., Järvelin, J., Kauppinen, T., Kilpeläinen, K., Kuussaari, K., Liukko, E., & Töytäri, O. (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreiden arviointi palvelupakettien näkökulmasta. Koottuja indikaattoreita kehittämistyössä huomioitaviksi. Työpaperi 26/2016. Helsinki: THL. Noudettu osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131370/TY%c3%962016_26_Vaikuttavuusindikaattorit_valmis_web.pdf

IHI. (2012). Institute for Healthcare Improvement, 2012. Noudettu osoitteesta <http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>

Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T. & Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175(Supplement C), 66–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>

Inkeroinen, T & Partanen, A. (2006). Päihdepalvelujen tila 2005. Stakesin työpapereita 7/2006. Helsinki: Stakes.

Innes, K., Morphet, J., O'Brien, A. P. & Munro, I. (2014). Caring for the mental illness patient in emergency departments – an exploration of the issues from a healthcare provider perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13–14), 2003–2011. <https://doi.org/10.1111/jocn.12437>

Johnson, J. A., Woychek, A., Vaughan, D. & Seale, J. P. (2013). Screening for at-risk alcohol use and drug use in an emergency department: integration of screening questions into electronic triage forms achieves high screening rates. *Annals of Emergency Medicine*, 62(3), 262–266.

Järvensivu, T. & Nykänen, K. (2008). Identifying basic elements of network management. Comparison between managing network, markets and hierarchies. Teoksessa Möller, K., Anttila, A. & Rajala, A. (toim.). *Fishing with business net – keeping thoughts on the horizon*. B-90. Helsinki: Helsingin kauppa-
korkeakoulu.

Jääskeläinen, M. (2016). Arvio eräistä alkoholin ja huumeiden käytön aiheuttamista välillisistä kustannuksista Suomessa vuonna 2012. *Yhteiskuntapolitiikka* 81:692-700.

Jääskeläinen, M. (2012). Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät. Esimerkkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).

Kaner, E., Dickinson, H., Beyer, F., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J.B., Burnd, B. & Pienaar, E.D. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2.

Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. (2008). PERFECT – Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 8/2008. Helsinki: Stakes.

Karvonen, S. & Rintala, T. (2005). Suomi pirstaleina? – Hyvinvoinnin alueelliset erot 2000- luvulla. *Maaseudun uusi aika* 13(2), 5–20. http://www.mua.fi/lehti/2005/karvonen_rintala.pdf

Kataoka, S.H., Zhang, L. & Wells, K.B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1548-1555.

Kathol, R. G. & Clarke, D. (2005). Rethinking the place of the psyche in health: toward the integration of health care systems. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 816-825.

Kathol, R. G., Melek, S., Bair, B. & Sargent, S. (2008). Financing mental health and substance use disorder care within physical health: a look to the future. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31, 11-25.

Kela (2016). Kelan sairausvakuutuslaskenta 2015. Helsinki: Kela. http://www.kela.fi/documents/10180/1630858/Kelan_sairausvakuutuslaskenta_2015.pdf/cd5f1816-8d4c-415b-981f-dc77238f8309 (Luettu 19.4.2017)

Kendall, T. (8 November). Embedding mental health in the transformation of health and social care. Esitetty tilaisuudessa HFMA Mental Health Conference, London.

Kerkelä, M. (2016). Psykiatrisen päivystyspotilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä: Narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö AMK. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Kerätär, R., Taanila, A., Härkäpää, K. & Ala-Mursula, L. (2014). Sairauslähteisestä työ- ja toimintakyvyn arvioinnista monialaiseen arviointimalliin. *Duodecim*, 130, 495–502.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J., Manderscheid, R.W., Rosenheck, R.A., Walters, E.E. & Wang, P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36, 987-1007.

Kidd, S. A., & McKenzie, K. J. (2013). Moving the Mental Health Equity Dialogue Forward: The Promise of a Social Entrepreneur Framework. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(2), 55–7. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10488-011-0379-3>

Kilbourne, A.M., B., K., Spaeth, B., R., P., O'Brien, R.W., T., N., & Pincus, H.A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* (painossa).

Killaspy, H., Mas-Expósito, L., Marston, L. & King, M. (2014). Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. *BMC Psychiatry*, 14, 296. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0296-6>

King, R.D., Gaines, L.S., Lambert, E.W., Summerfelt, Wm. T. & Bickman, L. (2000). The co-occurrence of psychiatric and substance use diagnoses in adolescents in different service systems: Frequency, recognition, cost, and outcomes. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27, 417-430.

King's Fund. (2017). Accountable care organisations (ACOs) explained. London: King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/accountable-care-organisations-explained>

Kinnula, Petra, M., Teemu, & Vauramo, Erkki. (2017). Mitä tunnuslukuja sote-alueen johtamisessa tarvitaan? Kunnallissalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 102. Noudettu osoitteesta <http://kaks.fi/julkaisut/mita-tunnuslukuja-sote-alueen-johtamisessa-tarvitaan/>

Kiura, E. & Mäkelä M (2012). Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta. Arviointiseloste 1/2012. Helsinki: THL. http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As_2012_1_paivystysvastaanotot.pdf

Knitzer, J. & Cooper, J. (2006). Beyond integration: challenges for children's mental health. *Health Affairs*, 25, 670-679.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.

Koivusilta, L. (2012): Terveyserojen sosioekonomiset taustatekijät. Teoksessa Honkasalo, M.-L. & Salmi, H. (toim.): Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Turku: Turun yliopisto: Kulttuurihistorian yksikkö.

Koponen, H. & Lappalainen, J. (2015). Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Duodecim*, 131(6), 577-582.

Kortteinen, M. & Elovainio, M. (2012). Millä tavoin huono-osaisuus periytyy? Teoksessa S. Myllyniemi, (toim.): Monipolvinen hyvinvointi. Nuorisobarometri 2012. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Nuorisotutkimusverkosto & Nuorisosiain neuvottelukunta

Kronenberg, C., Doran, T., Goddard, M., Kendrick, T., Gilbody, S., Dare, C. R. & Jacobs, R. (2017). Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: a systematic review. *Br J Gen Pract* 67(661):e519-e530. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691721>

Kukkonen, S. (2014). STOP Huumeille ry:n vaikuttavuus. Vertaistuellla eteenpäin elämässä. Opinnäytetyö, HUMAK. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/83896/Kukkonen_Sanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kukkonen, M., Lappalainen, J., Lindqvist, J., Metelinen, J. & Valkonen J. (2017). LINITY-menetelmä itsemurhien ehkäisyyn. Perheterapia, (1)27-41. https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/in-line/pete_012017_linity.pdf

Kuntoutuksen uudistamiskomitea. (2017). Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017: 41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kuosmanen, L. (2017). Kynnyksetön mielenterveys- ja päihdepalvelupiste terveysasemalla. Kokeilun väliraportti ajalta 1.9.2016-31.3.2017. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala; HYKS Psykiatria. Saatavissa: lauri.kuosmanen@hus.fi.

Kuosmanen L & Melartin T (2015). Depressio hoituu terveyskeskuksessa monimuotoisilla hoitomaileilla. *Yleislääkäri*, 3(30), 13-16.

Kuosmanen, L., Sundman, M., Savolainen, K., Kjellberg, L. & Sinkkonen, N. (2014). Book online – easy access to mental health services in primary care. Poster presentation. World Association of Social Psychiatry, WASP Jubilee Congress 13.-15.11.2014, London, UK.

- Kuussaari K., Kaukonen O., Partanen A., Vorma H. & Ronkainen, J.-E. (2014). Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 79(3), 264-277.
- Laaksonen, M., Blomgren, J. & Tuulio-Henriksson, A. (2016). Sickness allowance histories among disability retirees due to mental disorders: A retrospective case-control study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, 291-299.
- Laitinen, M. & Nikupeteri, A. (2013). Kokemusasiantuntijuus väkivaltatyössä. Teoksessa: M. Laitinen & A. Niskala (toim.). *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 427-458.
- Lal, S. & Mercier, C. (2002). Thinking out of the box: An intersectoral model for vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 145-153.
- Landy, M. S. H., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A. & McShane, K. E. (2016). A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61(Supplement C), 1-12.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.08.004>
- Lappalainen, J. (2014a). Kolmiomallin kustannusvaikuttavuus. 30.6.2014 Näytönastekatsaus. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02117>
- Lappalainen, J. (2014b). Masennuksen hoidon kolmiomalli perusterveydenhuollossa. 27.6.2014 Näytönastekatsaus. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06966>
- Larimer, M.E., Malone, D.K., Garner, M.D., Atkins, D.C., Burlingham, B., Lonczak, H.S., Tanzer, K., Ginzler, J., Clifaseli, S.L., Hobson, W.G. & Marlatt A. (2009). Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. *JAMA*, 301, 1349-1357.
- Larsen, J., Ainsworth, E., Harrop, C., Patterson, S., Hamilton, S., Szymczynska, P. & Pinfold, V. (2013). Implementing personalisation for people with mental health problems: a comparative case study of four local authorities in England. *Journal of Mental Health*, 22(2), 174-182.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734658>
- Larsen, J., Tew, J., Hamilton, S., Manthorpe, J., Pinfold, V., Szymczynska, P. & Clewett, N. (2015). Outcomes from personal budgets in mental health: service users' experiences in three English local authorities. *Journal of Mental Health*, 24(4), 219-224. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1036971>
- Lathrop, B. (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 14(1), 41-47.
- Latimer, E. (2005). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(5), 355-359.
- Lauriks, S., de Wit, M. A. S., Buster, M. C. A., Arah, O. A. & Klazinga, N. S. (2014). Composing a core set of performance indicators for public mental health care: a modified Delphi procedure. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(5), 625-635. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0506-4>
- Leemann, L. & Härmäläinen, R.-M. (2015). Matalan kynnyksen palvelut. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla www.thl.fi/sokra.
- Le Grand, J. (2009). Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law*, 4(4), 479-488.
- Lennox, R. D. & Mansfield, A. J. (2001). A latent variable model of evidence-based quality improvement for substance abuse treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 28(2), 164-176. <https://doi.org/10.1007/BF02287459>
- Lepistö, P., Kuosmanen, L., Partanen, A., Moring, J. (toim.) (2012). Paremmen palvelun avaimia. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain -hankkeessa. THL. Raportti 64/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Leskelä, R.L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S.-L. & Ylitalo-Katajisto, K. (2013). Paljon sosiaali- ja terveystalvveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti, 68, 3163-3169.
- Leskelä, R.L., Silander, K., Komssi, V., Koukkula, L., Soppela, J. & Lehtonen, L. (2015). Paljon erikois-sairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. Suomen Lääkärilehti, 70, 2865-2872.
- Lessard, L., Fournier, L., Gauthier, J. & Morin, D. (2015). Quality assessment of primary care for com-mon mental disorders in isolated communities: Taking advantage of health records. Rural and Remote Health, 15(3), 3224.
- Lester, H., Freemantle, N., Wilson, S., Sorohan, H., England, E., Griffin, C., & Shankar, A. (2007). Cluster randomised controlled trial of the effectiveness of primary care mental health workers. The British Journal of General Practice, 57(536), 196-203.
- Levo (2008). Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Lin, E. C., Yin, T. J., Kuo, B. I., Chang, W. Y. & Tsai, S. L. (2001). A comparison of effectiveness and cost between two models of care for individuals with schizophrenia living in Taiwan. Archives of Psy-chiatric Nursing, 15(6), 272-278. <https://doi.org/10.1053/apnu.2001.28688>
- Lin, I., Muser, E., Munsell, M., Benson, C. & Menzin, J. (2015). Economic impact of psychiatric relapse and recidivism among adults with schizophrenia recently released from incarceration: a Markov model analysis. Journal of Medical Economics 18, 219-229.
- Linden, M., Gothe, H. & Ormel, J. (2003). Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a "gate keeper" and an "open access" health care system: a comparison of Ger-many and the Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38(12), 690-697.
- Logger, B., & Weijnen, P. (2017). Decentralisatie in de jeugdzorg. Kom in januari maar terug. [Decen-tralisation in youth care. Come back in January]. De Groene Amsterdammer, 12 Jan.
- Lora, A. (2013). Call for information, call for quality in mental health care. Epidemiology and Psychiat-ric Sciences, 22(1), 9-13. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000716>
- Lorant, V., Grard, A. & Nicaise, P. (2016). Implementing a Nation-Wide Mental Health Care Reform: An Analysis of Stakeholders' Priorities. Community Mental Health Journal, 52(3), 343-352.
- Lorant, V., Grard, A., Van Audenhove, C., Helmer, E., Vanderhaegen, J. & Nicaise, P. (2016). Assess-ment of the priority target group of mental health service networks within a nation-wide reform of adult psychiatry in Belgium. BMC Health Services Research, 16, 187.
- Luntamo, M. (2012). Terve asunnoton -hankkeen arviointiraportti. Helsinki: Helsingin kaupungin ter-veyskeskus. <https://www.hel.fi/static/kanslia/Innovaatiorahasto/Loppuraportti-Terve-asunnoton-hanke.pdf>
- Lynch, F.L., Hornbrook, M., Clarke, G.N., Perrin, N., Polen, M.R., O'Connor, E. & Dickerson, J. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. Archives of General Psychiatry 62, 1241-1248.
- Lämsä, R., Santalahti, P., Haravuori, H., Penttimikko, A., Tuulio-Henriksson, A., Huurre, T. & Marttu-nen, M. (2015). Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa. KELAN työ-papereita 78. http://www.kela.fi/documents/10180/751941/L%C3%A4ms%C3%A4_ym+Tyopape-reita78.pdf/8c842b4d-915e-4b57-9e16-18c601966a50
- Manderbacka, K., Gissler, M., Husman, K., Husman, P., Häkkinen, U., Keskimäki, I., Ngyen, L., Pir-kola, S., Ostamo, A., Wahlbeck, K. & Widström, E. (2006). Väestöryhmien välinen eriarvoisuus ter-veyspalveluiden käytössä. 42-55. Teoksessa J., Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki: Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuol-lossa. Helsinki: Stakes

- Mannila, R., Merano, I., Männynsalu, T., Ligi, H., Suhonen, J., Jansson, P. (2017). We do not give up: Psychiatric outpatient care in the ACT Unit of Helsinki. Suullinen esitys. 6th European Conference on Mental Health, Berlin Oct 4-6, 2017. Saatavissa internetissä: www.ecmh.eu
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. & Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 381-395.
- Mata, H. (2014). Advocating for Health Equity Policy: Reflections and Opportunities for Collaborative Engagement. *Hispanic Health Care International*, 12(1), 3-5.
- Mattila-Aalto, M., & Alakangas, H. (2017). Putoaville ratkaisu. Työhönvalmennusta ja päihdekuntoutusta nuorille. Kelan työpapereita 118/2017. Helsinki: Kela.
- Matveinen, P. & Knape, N. (2016). Terveysthuollon menot ja rahoitus 2014. THL Tilastoraportti 13/2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130783/Tr13_16_FI_SV_EN.pdf (Luettu 19.4.2017)
- Maunu, A. (2014). Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. Helsinki: EHYT Katsauksia 1/2014.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCrone, P., Killaspy, H., Bebbington, P., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. & King, M. (2009). The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatric Services*, 60(7), 908-913. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.908>
- McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D.A., Ilson, S., Gray, J.A., Goldberg, D., Mann, A., Marks, I., Everitt, B. & Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- McCrone, P., Park, A-L. & Knapp, M. (2011). Early detection for psychosis. Teoksessa: Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (toim.) *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. London, England: Department of Health.
- McDaid, D., King, D., Park, A-L. & Parsonage, M. (2011). Promoting wellbeing in the workplace. Teoksessa: Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (toim.) *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. London, England: Department of Health.
- McDaid, D. & Park, A-L. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26, i108-i139.
- McDaid, D., Park, A-L. & Knapp, M. (2017). *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*. London, England: Public Health England.
- McDonough, S., Wynaden, D., Finn, M., McGowan, S., Chapman, R. & Hood, S. (2004). Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. *Accident and Emergency Nursing*, 12(1), 31-38. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(03\)00054-7](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(03)00054-7)
- Melartin, T., Kuosmanen, L. & Riihimäki, K. (2010). Tosi mies ei masennu. *Suomen Lääkärilehti* 65(3), 169-173.
- Mental Health Strategies. (2012). *Review of the provider market for mental health services*. London: Mental Health Network, NHS Confederation.
- Meriluoto, T. (2016) Kokemusasiantuntijuus ohjaavana ja voimaannuttavana hallintana. Teoksessa M. Nousiainen & K. (toim.) *Hallinnan ja osallistamisen politiikat*. Jyväskylä. SoPhi, 65-96. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50502/978-951-39-6613-3.pdf> Luettu 1.10.2017.
- Merkur, S., Sassi, F. & McDaid, D. (2013). Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Policy summary 6. WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf

- Metteri, A; Lehtinen, T. & Saarnio, M. (2000). *Kitkasta kuulemiseen. Kohti kansalaisen luottamusta. Mikä hätänä? -projektin loppuraportti*. Helsinki: Kansalaisareena.
- MHCS. (2011). The Norwegian Public Health Act. ACT 2011-06-24 no. 29. Oslo: Ministry of Health and Care Services (MHCS).
- Mihalopoulos, C., Sanders, M.R., Turner, K.M.T., Murphy-Brennan, M., & Carter, R. (2007). Does the Triple P –positive parenting program provide value for the money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 239-246.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2012). The population cost– effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics*, 129, e723–e730.
- Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., ... Boudreaux, E. D. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*, 74(6):563-570. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Mills, P. R., Kessler, R. C., Cooper, J. & Sullivan, S. (2007). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *American Journal of Health Promotion*, 22, 45–53.
- Mitchell, P. F. & Pattison, P. E. (2012). Organizational culture, intersectoral collaboration and mental health care. *Journal of Health Organization and Management*, 26, 32-59.
- Morrell, C.J., Warner, R., Slade, P., Dixon, S., Walters, S., Paley, G., & Brugha, T. 2009. Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technology Assessment*, 13, 1–153.
- Morrissey, J. P., Domino, M. E. & Cuddeback, G. S. (2013). Assessing the effectiveness of recovery-oriented ACT in reducing state psychiatric hospital use. *Psychiatric Services*, 64(4), 303–311. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200095>
- Munro, J., Nicholl, J., Brazier, J., Davey, D. & Cochrane, T. (2004). Cost effectiveness of a community based exercise programme in over 65 year olds: cluster randomised trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 1004–1010.
- Mäkelä, M., Nieminen J. & Törmä, S. (2005). *Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisten kannalta*. Helsinki: Pikassos Oy & Sosiaalikehitys Oy. Julkaisematon raportti sosiaali- ja terveysministeriölle 31.1.2005.
- Määttä, A. (2012). *Perusturva ja poiskäännyttäminen*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja/A tutkimuksia 36. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Määttä, A. (2017). Yhteiset käytännöt yhteensovittavalla johtamisella. Käsikirjoitus teoksessa Harri Kostilainen & Ari Nieminen (toim.) *Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia*. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. (Julkaistaan kevään 2018 aikana)
- Möttönen, S. & Kettunen, P. (2014). Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa R. Haverinen, M. Kuronen & T. Pösö (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*, (109 – 124). Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Möttönen, S. & Niemelä, J. (2005) *Kunta ja kolmas sektori*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- National Audit Office. (2017) *Health and social care integration*. Report by the Comptroller and Auditor General. HC 1011. Noudettu osoitteesta <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Health-and-social-care-integration.pdf>
- Naydeck, B. L., Pearson, J. A., Ozminkowski, R. J., Day, B. T. & Goetzel, R. Z. (2008). The impact of the highmark employee wellness programs on 4-year healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50, 146– 156.
- Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndeti, D., & Roberts, L. W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, 22(3), 235–244. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.485273>

NHS (2017). Adult Improving Access to Psychological Therapies programme. NHS England. Viitattu 13.12.2017. Saatavissa internetissä: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/digital-therapy-selection/>

NHS (2017). Personal health budgets. NHS England. Noudettu osoitteesta <https://www.nhs.uk/NHSEngland/patient-choice/personal-health-budget/Pages/about-phb.aspx#manage>

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2009). Workplace interventions that are effective for promoting mental wellbeing. Synopsis of the evidence of effectiveness and cost-effectiveness. London, England: NICE.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & van Dijk, F. J. H. (2005). Validation of performance indicators for rehabilitation of workers with mental health problems. *Medical Care*, 43(10), 1034–1042.

Nolte, E., & McKee, M. (2008a). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press.

Nolte, E., & McKee, M. (2008b). Integration and chronic care: A review. In E. Nolte & M. McKee (Eds.), *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective* (pp. 64-91). European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press.

Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.

Noordrave, E.L., Wierdsma, A.I., Blanken, P., Bloemendaal, A.F.T., Staring, A.B.P., & Mulder, C.L. (2017). Financial incentives for improving adherence to maintenance treatment in patients with psychotic disorders (Money for Medication): a multicenter, open-label, randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 4, 199-207.

Nordling, E. (2016). Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat - mikä tässä on uutta? Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Toipumisorientaatio-seminaari 31.8.2016. Tampere. <https://www.sli-deshare.net/THLfi/toipumisorientaation-teoreettiset-lhtkohdat-mik-tss-on-uutta>

Notkola, V., Pitkänen, S., Tuusa, M., Ala-Kauhaluoma, M., Harkko, J., Korkeamäki, J., Lehtikainen, T., Lehtoranta, P. & Puumalainen J. (2013). Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013. Helsinki: Tarkastusvaliokunta. https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/trvj_1+2013.pdf Luettu 1.10.2017.

Nouko-Juvonen, S. (2001). Turvassa? Turva-asumisprojektin loppuraportti. Helsinki: Kuntoutussäätiö

Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskannat 1987-2003. Yhteiskuntapolitiikka, (6), 608-617.

Nurmi-Lüthje, I., Hinkkurinen, J., Salmio, K., Sundell, L., Lüthje, P. & Karjalainen, K.-M. (2011). Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. *Suomen Lääkärilehti*, 66(23), 1905-1910.

Nybonn-Juvonen, Erika (2015) Psykiatrinen arvio sairaanhoitajan tekemänä päivystys tilanteessa. Opinnäytetyö. Hyvinkää: Laurea ammattikorkeakoulu.

O'Brien, D., Ford, L., & Malloy, J. M. (2005). Person centered funding: Using vouchers and personal budgets to support recovery and employment for people with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 23(2), 71–79.

O'Donnell, A. N., Williams, M., & Kilbourne, A. M. (2013). Overcoming roadblocks: current and emerging reimbursement strategies for integrated mental health services in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 28, 1667-1672.

OECD. (2015). Fit mind, Fit job: From evidence to practice in mental health and work. Paris: OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/employment/fit-mind-fit-job_9789264228283-en

O'Neill, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T., & Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *European Journal of Health Economics*, 14, 85-94.

Onrust, S., Smit, F., Willemse, G., van den Bout, J., & Cuijpers, P. (2008). Cost-utility of a visiting service for older widowed individuals: randomised trial. *BMC Health Services Research*, 8, 128.

Ostbaum-Federley, Y. (2017). From the social sector to selective individualized prison practices? A study on substance abuse among prisoners and its treatment. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti.

Ozminkowski, R. J., Ling, D., Goetzel, R. Z., Bruno, J. A., Rutter, K. R., Isaac, F., et al. (2002). Long-term impact of Johnson and Johnson's Health and Wellness Program on health care utilization and expenditures. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44, 21-29.

Pajunen, T. & Laapio, M-L. (2015). Ihminen kelpaa sellaisena kuin on. Pilkeohjaajan käsikirja. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos & Sininauhaliitto. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Pilke_ksikirja_web.pdf

Parvinen, P., Herse, F., & Väänänen, J. (2007). Skitsofrenia -yleisin psykoosi: kustannukset ja hoidon kehitys. Helsinki: Lillrank & Co.

Pating, D. R., Miller, M. M., Goplerud, E., Martin, J., & Ziedonis, D. M. (2012). New systems of care for substance use disorders: treatment, finance, and technology under health care reform. *The Psychiatric Clinics of North America*, 35, 327-356.

Pensola, T. ym. 2012: Kuntoutukseen? Sosioekonomiset tekijät Kelan kuntoutukseen hakemisessa ja myönnöissä. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 86/2012. Helsinki: Unigrafia.

Perrino, T., Beardslee, W., Bernal, G., Brincks, A., Cruden, G., Howe, G., ... Brown, C. H. (2015). Toward scientific equity for the prevention of depression and depressive symptoms in vulnerable youth. *Prevention Science*, 16(5), 642-651. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s11121-014-0518-7>

Perälä, R. (2012). Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa. Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja. Helsinki: Unigrafia Oy. Verkkojulkaisu. Luettu 15.01.2016.

Perälä, J. (2011). ” Miksi lehmät pitää tappaa? ” Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huume-markkinoista Helsingissä. THL tutkimuksia 56. Helsinki: Yliopistopaino.

Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., & Davidson, L.L. 2006. Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 22, 443-453

Picardi, A., Tarolla, E., de Girolamo, G., Gigantesco, A., Neri, G., Rossi, E., .. Gruppo di Lavoro PRISM. (2014). [Evaluating the activity of the Italian Mental Health Services inpatient and residential facilities: the PRISM (Process Indicator System for Mental health) indicators]. *Rivista Di Psichiatria*, 49(6), 265-272. <https://doi.org/10.1708/1766.19128>

Pirinen, I. (2008). Turvapaikan hakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalais-toimiston terveydenhuoltoyksikössä. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pirkola, S. (2013). Työryhmäpohjaisen tehostetun avohoidon vaikutus skitsofreniapotilaiden sairaala-hoitojaksoihin. Näytönastekatsaus. Duodecim. Viitattu 13.12.2017. Saatavilla internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak01292&suositusid=kht00006>

Pitkälä, K.H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R.S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *Journal of Gerontology* 64, 792-800.

Plotnick, D. F., & Salzer, M. S. (2008). Clubhouse costs and implications for policy analysis in the context of system transformation initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 128-131.

- Polgar, M., Cabassa, L., & Morrissey, J. (2016). How community organizations promote continuity of care for young people with mental health problems. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(2), 200–213.
- Purshouse, R., Brennan, A., Latimer, N., Meng, Y. & Rafia, R. (2009). Modelling to Assess the Effectiveness and Cost- Effectiveness of Public Health Related Strategies and Interventions to Reduce Alcohol Attributable Harm in England. Report to the NICE Public Health Development Group.
- Puimalainen, T.-T. (2017). Monitoimijainen yhteistyö Haartmanin ja Malmin päivystyssairaaloiden päihde- ja mielenterveystyössä – työntekijöiden kokemuksia SaTu-projektista. Opinnäytetyö YAMK. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Raab, P. A., Claypoole, K. H., Rhoads Merriam, K., Subica, A. M., Larsen, J. D., Chow, M., & Golis, K. (2014). Indicators of success: academic research partnerships to implement performance indicator systems in Clubhouses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 55–57.
<https://doi.org/10.1037/prj0000023>
- Ramchand, R., Griffin, B. A., Hunter, S. B., Booth, M. S., & McCaffrey, D. F. (2015). Provision of mental health services as a quality indicator for adolescent substance abuse treatment facilities. *Psychiatric Services*, 66(1), 41–48. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300517>
- Rauhala, H. (2011). Palveluohjaus. Työmalli huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Helsinki: Omaiset Huumetyön Tukena ry
- Redelmeier, D.A., Molin, J.P. & Tibshirani R.J. (1995). A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet*, 345(8958):1131-1134.
- Reini, K. (2012). Maahanmuuton taloudelliset vaikutukset. Vieraskielisen työvoiman aluetaloudelliset vaikutukset Pohjanmaalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 12/2012. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80072/c2a081d0-c409-44d8-829b-757194bc7855.pdf>
- Reini, K. (2016). Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 208.
- Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S., Erhola, M. (2012). Sosi-aali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Raportti 30/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Repper, J. & Watson, E.(2012). A year of peer support in Nottingham: the peer support workers and their work with individuals. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7 (2), 79-84. <https://doi.org/10.1108/17556221211236475>
- Rimpelä, M. (2013). Kasvatuskaaoksesta yhteiseen ymmärrykseen. Teoksessa Lämsä, Anna-Liisa (toim.): Verkosto vahvaksi. Toimiva vuorovaikutus perheiden kanssa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Rittel, H. W.J. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences* 4. 155-169.
- Rockett, I.R.H., Putnam, S.L., Jia, H., Chang, C.F., & Smith, G.S. (2005). Unmet substance abuse treatment need, health services utilization, and cost: A population-based emergency department study. *Annals of Emergency Medicine* 45, 118-127.
- Roivainen, I. & Ranta-Tyrkkö, S. (toim.) (2016). Yhteisöt ja yhteisösosiaalityön lähtökohdat. Kuopio & Tallinna: United Press Global.
- Rosenheck, R. A. (2006). The integration-fragmentation paradox. *Psychiatric Services*, 57, 909.
- Rose, S. M. & Black, B.L. (1985). Advocacy and empowerment. Mental health care in the community. Boston, London and Henley: Routledge & Kegan Paul.
- Rost, K. M. (2005). Improving depression treatment by integrated care. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 11, S5-8.

- Saari, J. (2015). *Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Sadana R. & Blas E. (2013) What Can Public Health Programs Do to Improve Health Equity? *Public Health Reports* 128 (Suppl 3), 12–20.
- Sadeniemi, M., Pirkola, S., Pankakoski, M., Joffe, G., Kontio, R., Malin, M., Ala-Nikkola, T. & Wahlbeck K. (2014). Does primary care mental health resourcing affect the use and costs of secondary psychiatric services? *Int J Environ Res Public Health*. 11(9):8743-54.
- Salkever, D. (2013). Social costs of expanding access to evidence-based supported employment: concepts and interpretive review of evidence. *Psychiatric Services*, 64, 111-119.
- Salo, M. (2010) Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 22/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- SAMHSA. (2016). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. (HHS Publication No. SMA 16-4984, 2016). Noudettu osoitteesta <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf>
- Sandoval, C., Couris, C. & Leeb, K. (2012). New mental health indicators provide a snapshot on performance of the mental health system in Canada. *Healthcare Quarterly*, 15(2), 14–16.
- Saxena, S. (2008). Use of clinical and service indicators to decrease the treatment gap for mental disorders: a global perspective. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17(4), 267–269.
- Saxén, U. (2012). Palveluohjaus (case management). Käypä hoito -suositusten näytönastekatsaus. 23.1.2013. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak03455>.
- Schumacher, J. E., Mennemeyer, S. T., Milby, J. B., Wallace, D., & Nolan, K. (2002). Costs and effectiveness of substance abuse treatments for homeless persons. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 5, 33-42.
- Shumway, M., Boccillari, A., O'Brien, K. & Okin, R.L. (2008). Cost-effectiveness of clinical case management for Emergency department frequent users: results of a randomized trial. *The American Journal of Emergency Medicine*, 26 (2), 155–164.
- Simpura, S. (2011). Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105107049>
- Simula, H. (2007). (toim.) Matala on syntynyt – pallo pyörii. Matalan kynnyksen kehittämishankkeen loppuraportti. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 58. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. & Khan, M. (2011). The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.
- Smith, J. L., Rost, K. M., Nutting, P. A., Libby, A. M., Elliott, C. E. & Pyne, J. M. (2002). Impact of primary care depression intervention on employment and workplace conflict outcomes: is value added? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 5, 43-49.
- Sinclair, L., Hunter, R., Hagen, S., Nelson, D., Hunt, J. & A&E Mental Health Study Group. (2006). How effective are mental health nurses in A&E departments? *Emergency Medicine Journal*, 23(9), 687–692. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.033175>
- SITRA. (2017). Palvelupaketin laatu-, vaikuttavuus- ja uudistumiskykykymittarit. Versio 0.1. SITRA 2017.
- SITRA. (2017). Palvelupakettikäsikirja. Versio 1.4. SITRA & STM. Noudettu osoitteesta <https://media.sitra.fi/2016/07/01090833/Palvelupakettikäsikirja-versio-1.4.pdf>

- Slade, M., McDaid, D., Shepperd, G., Williams, S. & Repper, J. (2017). Recovery: the Business case (No. 14). Nottingham: IMROC, University of Nottingham.
- Solantaus, T. & Niemelä, M. (2016) Arki kantaa – kun se pannaan kantamaan. *Perheterapia*, (1), 21–33.
- Sorri P. (2002) Miten kehittää päivystyspsykiatrasta osaamista? On sijoitettava päivystyspalvelujen saatavuuteen ja osaamiseen. *Duodecim*, 118, 269–71
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). Vaikuttavuus- ja kustannustieto-ryhmän väliraportti sote-projektiryhmälle, tammikuu 2017. Noudettu osoitteesta <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3314862/Vaikuttavuus-+ja+kustannustietoryhm%C3%A4n+v%C3%A4liraportti+sote-projektiryhmalle+%28tammikuu+2017%29.pdf/42e3fdd4-490f-4faa-b091-af30e6835b79>
- SOTE-KUVA-mittariston luonnos 30.10.2017. (2017, lokakuuta 30). Noudettu osoitteesta <http://alueuudistus.fi/tietojohtaminen>
- Spaeth-Rublee, B., Pincus, H. A., Huynh, P. T. & IIMHL Clinical Leaders Group, Mental Health Quality Indicator Project. (2010). Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(9), 539–548. <https://doi.org/10.1177/070674371005500902>
- Spaeth-Rublee, B., Pincus, H. A., Silvestri, F., & Peters, J. (2014). Measuring quality of mental health care: an international comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10384–10389. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010384>
- Stanhope, V., Videka, L., Thorning, H. & McKay, M. (2015). Moving toward integrated health: an opportunity for social work. *Social Work in Health Care*, 54, 383–407.
- Stant, A.D., TenVergert, E.M., Kluiter, H., Conradi, H.J., Smit, A. & Ormel, J. (2009). Cost-effectiveness of a psychoeducational relapse prevention program for depression in primary care. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 12, 195–204.
- Starks, S. L. (2012). Cost and Effectiveness of Full Service Partnerships: Assertive Community Treatment of Severe Mental Illness following the California Mental Health Services Act. A dissertation. Los Angeles: University of California. Noudettu osoitteesta <https://search.proquest.com/openview/d96719d7ac7e98de0b8ad58a75c6a1fd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Stenius, K., Kekki, T., Kuussaari, K. & Partanen, A (2012). Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77(2), 167–175.
- Sterling, S., Weisner, C., Hinman, A. & Parthasarathy, S. (2010). Access to treatment for adolescents with substance use and co-occurring disorders: challenges and opportunities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7), 637–646.
- Suicide Prevention Resource Center. (2014). Suicide Risk: A Guide for ED Evaluation and Triage. Noudettu osoitteesta http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/ER_SuicideRiskGuide8.pdf
- Sun, S.X., Liu, G.G., Christensen, D.B., & Fu, A.Z. (2007). Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Current Medical Research and Opinion*, 23, 2305–2312.
- Suojasalmi, J. & Kaukonen, O. (2002). Kanta-asiakas ilman bonuskorttia. Päihdepalveluiden suurkuluttajat Kurvin huumeopoliiklinikalla vuosina 1998–2000. *Yhteiskuntapolitiikka*, 67(1), 54–60.

- Suomen Mielenterveysseura (2017). Mielenterveystaitoja voi oppia. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mist%C3%B6iminta/mielenterveystaitoja-voi-oppia>
- Suominen, S., (2002). (toim.) Henkilökohtainen palveluohjaus. Case management mielenterveys-työssä. Helsinki : Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry.
- Suontausta, P. (2016). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Mielenterveys- ja päihdehoitoa tarjoavat palvelut ja niiden ammatilliset profiilit. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100090/GRADU-1479375762.pdf>
- Svarstad, B.L., Shireman, T.I., & Sweeney, J.K. (2001). Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatric Services* 52, 805-811.
- Svensson, B. & Hansson, L. (2014). Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS One* 25;9(6):e100911.
- Szmukler, G. (2009). Financial incentives for patients in the treatment of psychosis. *Journal of Medical Ethics*, 35(4), 224–228. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.027151>
- Tamminen, N. & Solin, P. (toim.) (2013). Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Tampere: Juvenes Print.
- Tarnanen, K., Isometsä, E., Kinnunen, E., Kivekäs, T., Lindfors, O., Marttunen, M., et al. (2016). Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, masennus). Käyvän hoidon potilasversiot. 29.9.2016. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044.
- THL (2013). Etelä-Karjalan aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut vuonna 2012. Helsinki: Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana internetissä: <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/Eksote.pdf/abd5a128-2dbc-467a-88e0-772c0d822939>
- THL (2017). Mielenterveys-kuntoutujan asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys (MATTI). Helsinki: Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa internetissä: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/mielenterveyskuntoutujan-asumisen-tukeminen-tavoitteena-itse-naisyys-matti/matti-kuntoutusmalli>
- Thompson, N. M. & Nitzarim, R. S. (2015) Clinical Experiences With Clients Who Are Low-Income: Mental Health Practitioners' Perspectives. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1675-1688.
- Thompson, M. N., Nitzarim, R. S., Cole, O. D., Frost, N. D., Ramirez Stege, A., & Vue, P. T. (2015). Clinical Experiences With Clients Who Are Low-Income: Mental Health Practitioners' Perspectives. *Qualitative Health Research*, 25(12), 1675–1688. <https://doi.org/10.1177/1049732314566327>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., et al. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry* 210, 119-124.
- Tomita, A., & Herman, D. B. (2015). The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 65–70. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000224>
- Torkki, P., Leskelä, R.-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A. & Hörhammer, I. (2017). Ehdotus sosiaali- ja terveys- palveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisu No. 36/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Noudettu osoitteesta <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=18701>
- Torkki, P., Leskelä, R.-L., Maksimainen, A., Niemelä, P., Koukkula, L., Torvinen, A., Mulari, M., Välimä, N. & Rimpelä, M. (2016). Sote-palvelujen kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016.
- Tökönen, T. (2013). Mielenterveyspotilaiden hoidon kehittäminen Jorvin sairaalan yhteispäivystyksessä. Opinnäytetyö YAMK. Laurea-ammattikorkeakoulu.

- Törmä, S., Huotari, K., Nieminen, J., Tuokkola, K. (2014). Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ja niiden kehittäminen. Ympäristöministeriön raportteja 24 | 2014.
- Törmä, S. (2009). Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Väitöskirja. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.
- Törmä, S. & Huotari, K. (2005). Helsingin Diakonissalaitoksen matalan kynnyksen palvelujen kehittämishankkeen asiakastutkimus. Julkaisematon projektiraportti.
- Valkonen, J. & Lindfors, O. (2012). Perinteinen maskuliinisuus miesten psykoterapian haasteena. Psykoterapia 31(4), 330–347.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009) Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194/2009. Helsinki
- van Steenbergen-Weijenburg, K. M., van der Feltz-Cornelis, C. M., Horn, E. K., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Rutten, F. F., et al. (2010). Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. BMC Health Services Research, 10(1), 19.
- Valmaggia, L.R., McCrone, P., Knapp, M., Woolley, J.B., Broome, M.R., Tabraham, P., Johns, L.C., Prescott, C., Bramon, E., Lappin, J., Power, P., & McGuire, P.K. (2009) Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. Psychological Medicine 39, 1617–1626.
- Van't Veer-Tazelaar, P., Smit, F., van Hout, H., van Oppen, P., van der Horst, H., Beekman, A., & van Marwijk H. (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. British Journal of Psychiatry 196, 319–325.
- Verikios, G., Dixon, P.B., Rimmer, M.T., & Harris, A.H. (2013). The Impact of Changes in Health Status: An Economy wide Analysis for Australia. Centre of Policy Studies/IMPACT Centre Working Papers, G-231. <http://www.monash.edu.au/policy/ftp/workpaper/g-231.pdf>
- Versteeg, M. H., Laurant, M. G. H., Franx, G. C., Jacobs, A. J., & Wensing, M. J. P. (2012). Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: an exploratory study. Implementation Science, 7, 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-1>
- Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J (2017). Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystieteissä. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J, Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2017 (52), 505–514.
- Wahlbeck, K. (2011). European comparisons between mental health services. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20(1), 15–18.
- Walker, S., Walker, J., Richardson, G., Palmer, S., Wu, Q., Gilbody, S., et al. (2014). Cost-effectiveness of combining systematic identification and treatment of co-morbid major depression for people with chronic diseases: the example of cancer. Psychological Medicine, 44, 1451-1460.
- Wand, T. (2004). Mental health liaison nursing in the emergency department: on-site expertise and enhanced coordination of care. The Australian Journal of Advanced Nursing, 22(2), 25–31.
- Wang, P.S., Simon, G.E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E.J., McCulloch, J., Petukhova, M.Z. & Kessler, R.C. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. JAMA, 298, 1401–1411.
- Weaver, M. R., Conover, C. J., Proescholdbell, R. J., Arno, P. S., Ang, A., Uldall, K. K., et al. (2009). Cost-effectiveness analysis of integrated care for people with HIV, chronic mental illness and substance abuse disorders. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 12, 33-46.

- Webber, M., Treacy, S., Carr, S., Clark, M. & Parker, G. (2014). The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 23(3), 146–55.
- Weiden, P.J. & Olfson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21, 419–429.
- Weisner, C., Mertens, J., Parthasarathy, S., Moore, C. & Lu, Y. (2001). Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 286, 1715–1723.
- Weisner, C., Parthasarathy, S., Moore, C. & Mertens, J. R. (2010). Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced? *Addiction*, 105, 1226–1234.
- Welch, E., Caiels, J., Bass, R., Jones, K., Forder, J. & Windle, K. (2013). Implementing personal health budgets within substance misuse services. Canterbury: University of Kent.
- Welch, E., Jones, K., Caiels, J., Windle, K. & Bass, R. (2017). Implementing personal health budgets in England: a user-led approach to substance misuse. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 1634–1643.
- Westra, D., Wilbers, G. & Angeli, F. (2016). Stuck in the middle?: A perspective on ongoing pro-competitive reforms in Dutch mental health care. *Health Policy*, 120(4), 345–349.
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S.W. & Stergiopoulos, V. (2017) "Hospital was the Only Option": Experiences of frequent emergency department users in mental health. *Adm Policy Ment Health* 44(3):405–412.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 382, 1575–1586.
- WHO. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Sixty-ninth World Health Assembly A69/39. Provisional agenda item 16.1. Report by the Secretariat: World Health Organization.
- WHO. (2015). Health in All Policies training manual. Geneva: World Health Organization. http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/
- WHO. (2008). Integrated health services: What and why. Technical Brief No.1, May 2008. Geneva: World Health Organization.
- Williams, T., Cerese, J., & Cuny, J. (2007). An exploratory project on the state of quality measures in mental health at academic health centers. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(1), 34–42. <https://doi.org/10.1080/10673220601184012>
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health* 14, 652–669.
- Wisner, K.L., Chambers, C. & Sit, D.K. 2006. Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA* 296, 2616–2618.
- Witbeck, G., Hornfeld, S. & Dalack, G. W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals. A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 39–43.
- Wittchen, H.U., Jakobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655–679.
- Wolff, N. (2002). (New) public management of mentally disordered offenders. Part II: A vision with promise. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 427–444.
- Woods, P. & Almvik, R. (2002). The Brøset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* (412):103–105.
- Xiong, G. L., Iosif, A.-M., Culpepper, N. H., & McCarron, R. M. (2017). Use of Preventive Health Services in People With Serious Mental Illness: Consumer Perspectives on Barriers and Solutions. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.16m02042>

Ylönen, H. (2017). Päihde- ja mielenterveyshoitoa terveysasemalla. Vesiposti 3/2017.

Ympäristöministeriö (2011). Asunnottomuuden vähentämisen taloudelliset vaikutukset. Ympäristöministeriön raportteja 7/2011. http://asuntoensin.fi/assets/files/2016/10/YMra7_2011_Asunottomuuden_vahentamisen_taloudelliset_vaikutukset.pdf

Zastrow, C. (2010). Introduction to Social Work and Social Welfare - empowering people. Belmont: Brooks.

Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410-1421.

Zima, B. T., Hurlburt, M. S., Knapp, P., Ladd, H., Tang, L., Duan, N., ... Wells, K. B. (2005). Quality of publicly-funded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 130–144. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00005>

www.kerava.fi (2017). Keravan mielenterveys- ja päihdepalvelut. Miepä-piste. <https://www.kerava.fi/palvelut/sosiaalija-perhepalvelut/mielenterveysja-p%C3%A4ihdepalvelut>

www.vantaa.fi (2017). Vantaan mielenterveys- ja päihdepalvelupiste. http://www.vantaa.fi/terveys-ja_sosiaalipalvelut/paihteet_ja_mielenterveys/mielenterveys-ja_paihdepalvelupiste



VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

tietokayttoon.fi

ISSN 2342-6799 (pdf)
ISBN 978-952-287-501-3 (pdf)

