



RANNIKKO-POHJANMAAN SOSIAALI- JA PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

MIELENTERVEYSSTRATEGIA 2010–2015

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja
perusterveydenhuollon kuntayhtymä

Hyväksytty Yhtymähallituksesta 15.9.2010

SISÄLLYS

	sivu
ESIPUHE	3
TIIVISTELMÄ	5
I SELONTEKO-OSA	
1. JOHDANTO	8
2. KANSALLISIA JA ALUEELLISIA MIELENTERVEYSTYÖN KEHITTÄMISHAASTEITA	13
2.1. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	14
2.2. Alueellisia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä koskevia selvityksiä	15
2.3. Alueella tehtyjä kehittämistyön linjauksia	19
3. ALUEELLISEN MIELENTERVEYSSTRATEGIAN PROSESSI	20
3.1. Strategian käsitteitä	20
3.2. Mielenterveysstrategiat	23
3.3. Strategiatyön prosessi	24
4. TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ELÄMÄNKAARIAJATTELU	26
4.1. Mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy	28
4.2. Mielenterveyden edistäminen elämänkaaren varrella	30
5. PAIKALLISET KEHITTÄMISHAASTEET NYKYTILAN POHJALTA	30
5.1. Mielenterveystyön kokonaisuus K5-kunnissa	30
5.2. Mielenterveyden avo- ja laitospalveluiden käyttö K5-kunnissa	34
5.3. Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden ja omaisten kanssa	41
II TOIMENPIDEOSA	
6. STRATEGIAN TAVOITTEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	44
6.1. Terveyttä edistävä toiminta	45
6.1.1. Perustason mielenterveyttä edistävää työtä, perhepalvelut (terveydenhoito ja sosiaalihoito)	45
6.1.2. Kuntoutus	47
6.2. Perustason sairaanhoito, perusturvakeskustoiminta	49
6.3. Psykososiaalinen palvelukeskus	51
6.3.1. Psykososiaalinen työryhmä	53
6.3.2. Liikkuva työryhmä	55
7. MIELENTERVEYSSTRATEGIAN TOIMEENPANOSUUNNITELMA VUOSILLE 2010–2013	60
8. STRATEGIAN SEURANTA JA ARVIOINTI	63
LÄHTEET	64
LIITTEET	67

ESIPUHE

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän alueellisen mielenterveysstrategian laatiminen on ollut vaativa prosessi, jossa Mielenterveysneuvosto on antanut mielenterveystyön asiantuntijuuden koko alueemme käyttöön. Mielenterveysstrategian 2010–2015 tavoitteet ja toimenpide-ehdotukset ovat toivon mukaan niitä ensimmäisiä mahdollisuuksia tehdä ja muuttaa yhdessä osin pirstaloitunuttakin mielenterveyspalvelujen järjestelmää. Tämä strateginen suunnitelma sisältää hyvän ohjeistuksen siitä, kuinka tarkasti tähtäämällä voi osua kohteeseen. Mielenterveysstrategian ajatukset eivät varsinaisesti ole uusia, vaikka strategiassa julistetaan palvelujen viemistä lähelle asiakasta eikä mielenterveyspalveluja tarvitse etsiä usean oven tai kynnyksen takaa. Tässä strategiassa on uutta ja tuoretta se, että strategian päämäärät toteutetaan oikeasti suunnitelman mukaan ja palvelut uudistuvat paremmin tulevaisuuden tarpeiden näköisiksi.

Alueemme jäsenkunnat (Kaskinen, Kristiinankaupunki, Korsnäs, Maalahti ja Närpiö) ovat olleet kiitettävästi mukana strategiatyössä. Yhteinen tahtotila ja kannustus ovat tuoneet strategiatyölle arvokasta lisäarvoa. Strategiatyömme ajoittui mainiosti kansallisen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Mieli 2009) julkaisun ja toimeenpanosuunnitelman ajankohtaan. Näin ollen saimme ajankohtaista veto-apua kansallisilta asiantuntijoilta. Lisäksi kuntayhtymä on saanut mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen työkaluja Välittäjä-hankkeelta 2009.

Kuntayhtymän jäsenkunnat ovat aikaisemmin olleet mukana monissa väestön hyvinvoinnin kannalta merkittävässä hankkeissa: Neliapila-hanke, Jäljillä-hanke, Sydin-hanke ja Vaasanseudun päihdestrategia. Kuntayhtymässä on vuosien 2009–2010 aikana hyväksytty alueellinen lastensuojelusuunnitelma sekä toiminta-ohjelma muun muassa koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon avuksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sisällöt ja järjestäminen ovat saamassa uudenlaisen ohjeistuksen, kun kansalliset lakireformit valmistuvat. Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä toimii perustasolla, jonne lakiuudistusten mukaan ollaan tuomassa entistä enemmän erikoistason palveluja ja jossa keskeisintä on kuntalainen ja hänelle osoitetut tasapuoliset palvelut. Rannikko-Pohjanmaan jäsenkunnilla on erittäin tärkeä rooli tässä perustason päätöksenteossa: kansalliset suositukset, toiveet ja määräykset voivat menettää merkitystään, mikäli kuntatasolla ei tehdä pitkälle tulevaisuuteen vaikuttavia rohkeita päätöksiä.

Lopuksi sydämelliset kiitokset kaikille mieleneterveysstrategiaprosessiin osallistuneille. Suuret kiitokset myös kuntayhtymän Mielenterveysneuvostolle aktiivisesta ja reflektioivasta työotteesta. Hyvästä yhteistyöstä ja arvokkaista kommentteista haluamme kiittää myös Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian yksikön johtoa, ylilääkäri Veijo Nevalaista (THL/Imatran kaupunki) sekä Vaasanseudun omais- ja potilasjärjestöjä. Haluamme myös kiittää HTM Tiia Järvistä ja muita sihteerejä, jotka ovat onnistuneet kokoamaan mieleneterveysneuvoston vilkaat keskustelut.

Maalahdessa 1.9.2010

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän johtoryhmän ja Mielenterveysneuvoston puolesta,

Jarkko Pirttipерä

Johtaja

Rannikko-Pohjanmaan ky

Ralf Häggqvist

Puheenjohtaja

Mielenterveysneuvosto

TIIVISTELMÄ

Mielenterveysneuvosto on luonut kokonaissuunnitelman Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän mielenterveystyölle. Terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää toimintaa, kuntoutusta ja hoitoa on käsitelty rinnakkain ja korostettu tärkeinä osina kokonaisuutta. Strategiassa korostetaan koko alueen yhteisiä ja selkeästi ilmaistuja tavoitteita. Poliittisella johdolla on tärkeä rooli hyvinvointi-indikaattoreiden, hyvinvointitilinpäätöksen ja arviointivälineiden luomiseksi työn ohjausvälineiksi, joilla edistetään koko väestön hyvinvointia.

Lähtökohtaisina ajatuksina kehittämissuunnitelman määrittelyssä ovat olleet muun muassa seuraavat periaatteet:

- 1. Mielenterveystyön henkilöstöstä muodostetaan kokonaisuus, psykososiaalinen palvelukeskus, jossa on erikoislääkärin johtamaa toimintaa*
- 2. Olemassa oleva henkilöstöresurssi siirretään yksikön alaisuuteen*
- 3. Toiminta on sekä peruskuntatasolla perusturvakeskuksissa että keskitetyksi yhteisenä toimintana*
- 4. Henkilöstö suunnittelee ja toteuttaa toimintaa siten, että käytössä olevat voimavarat käytetään mahdollisimman tehokkaasti*
- 5. Uudet toimintakäytännöt integroidaan jo olemassa oleviin tai uusiin rakenteisiin huomioiden asiakkaiden ja omaisten näkökulmat*
- 6. Yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin kanssa kehitetään osana mielenterveystyön kokonaisuutta*
- 7. Toiminta on taloudellisesti kestävä*
- 8. Potilaiden ja omaisten asiantuntemus tuodaan esille suunnittelussa ja toimenpanossa*
- 9. Potilas- ja omaisjärjestöjen osaamista hyödynnetään*

Tavoitteiden toteuttamiseksi perustetaan myös psykososiaalinen yksikkö, johon kootaan henkilöstön mielenterveystyön erityisosaaminen. Henkilöstön työtehtävät ja työpisteet muuttuvat suunnitelman mukaisesti. Esteiden ja päällekkäisyyksien välttämiseksi osa henkilöstöstä sijoitetaan lähelle käyttäjiä ja sosiaali- ja terveydenhuollon eri yhteistyötahoja. Työryhmät käsittelevät eri hoitotarpeita ja sopivat keskenään työjaosta.

Paikalliset työryhmät alueen perusturvakeskuksissa toteutetaan 2012

Perhepalvelujen yksiköihin sijoitetaan psykologi (aikaisemmin terveyskeskus-psykologi), jonka pääasiallisena tehtävänä on terveyttä edistävä toiminta, lasten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia edistävä toiminta laajassa merkityksessä. Virat ovat jo terveyskeskuksissa

eivätkä sen takia nosta kustannuksia. Lopulliset palkkakustannukset ovat noin 173 000 €, ei lisäkustannuksia. Perusturvakeskusten hoitotyöhön perustetaan päihdeneuvojista ja erikoissairaanhoidajista koostuvat tiimit mielenterveystyötä varten. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa tehtävää yhteistyötä korostetaan. Tehdään hoito- ja palvelutarpeen arviointia ja annetaan ensiapua, alkoholiongelmien, masennusten ja muiden psyykkisten terveysriskien yhteydessä.

Virat

Sairaanhoitaja	Virkojen lkm	Vshp	TK	Uusi virka
Terapeuttinen hoito	3	0	1,5	1,5
Psyykinen ensiapu	3	3	0	0
Päihdehoito	2	0	2	0
Yhteensä	8	3	3,5	1,5

Palkkakustannukset yhteensä n. 350 000 €, lisäkustannus n. 66 000€

Alueellinen tiimi psykososiaalisessa yksikössä toteutetaan 2012

Mielenterveysstrategian yksi kehittämiskohde on psykososiaalinen palveluyksikkö, jolla on alueellinen vastuu ja joka sijoitetaan Närpiöön alueellisen tasapuolisuuden nimissä. Tämä alueellinen vastuu turvataan perustamalla liikkuva työryhmä. Psykososiaalinen yksikkö huolehtii koko väestön mielenterveysongelmien ja oireiden hoidosta antamalla lääkinnällistä hoitoa, terapiaa ja kuntoutusta. Yksikkö tekee myös selvityksiä ja arvioiteja. Liikkuva tiimi tekee kotikäyntejä ja antaa psyykkistä ensiapua koko alueella. Asiakkaita lähetetään tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä kehitetään.

Aikuistiimi	Virkojen lkm	Vshp	TK	Uusi virka
Psykiatri	1	1	0	0
Psykologi	2	1	0	1
Sairaanhoitaja (terapeuttinen hoito)	3	3	0	0
Akuuttitiimi (liikkuva)	2	0	0	2
Lasten ja perheiden tiimi				
Lasten ja nuorten psykiatri	0,5	0,5	0	0
Psykologi	2	1,5	0	0,5
Sosiaalityöntekijä	1	1	0	0
Sairaanhoitaja	1	1	0	0
Yhteensä	12,5	9	0	3,5

Palkkakustannukset yhteensä n. 665 000 €, lisäkustannukset n. 173 000 €.

Kliinisessä työssä yhteensä

Henkilöstö	Lkm	Vshp:stä	TK:sta	Uusi virka	Lisäkustannus	Kokonaiskustannus
Palkkakustannus	20,5	12	3,5	5	239 000	1 015 000

Johto ja toimistohenkilökunta

	Virkojen lkm	Vshp	TK	Uusi virka
Yksikön johtaja	1	0	0	1
Osastonhoitaja	1	1	0	0
Kanslisti	1,78	1,78	0	0
Yhteensä	3,78	2,78	0	1

Palkkakustannukset yhteensä n. 189 000 €, lisäkustannus n. 74 000 €.

Kustannukset yhteensä verrattuna nykytilaan

	Kokonaiskustannus
Avohoidon kokonaiskustannukset (VSHP)/K5 v. 2009	985 291
Ostopalvelut	n. 100 000
Omat palvelut (psykologit, masennushoitajat, päihdekoordinaattori), palkat	n. 300 000
Yhteensä	n. 1 385 000
Psykososiaalisen yksikön arvioidut palkkakustannukset	n. 1 377 000

Suunnitellut virat

Terveyden edistämisen koordinaattori/K5, 2013

Koulukuraattori ja kaksi koulupsykologia, 2013

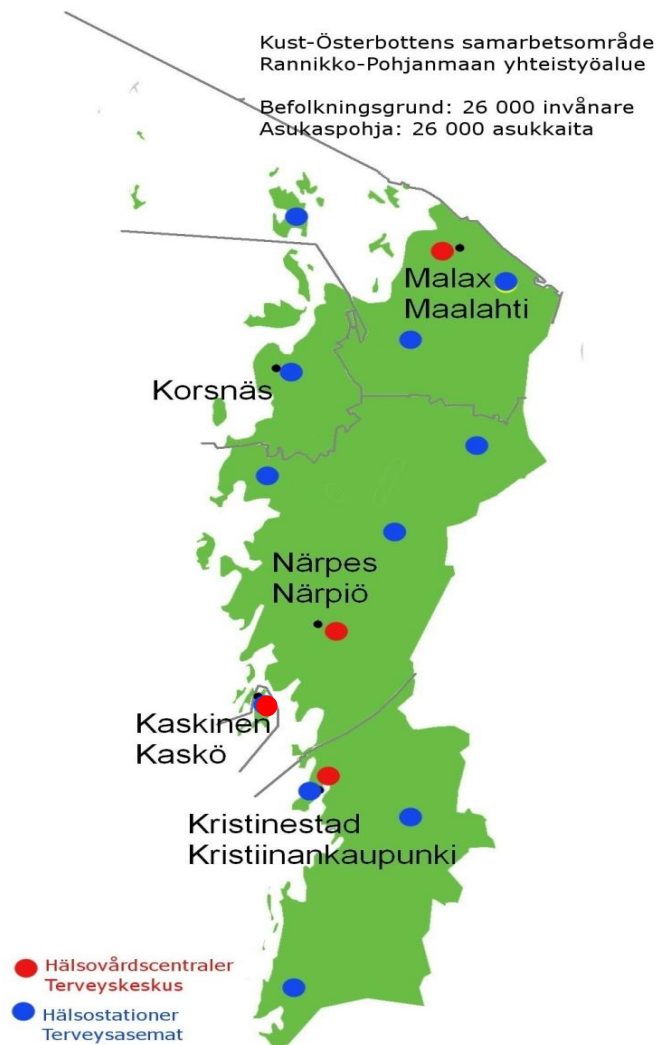
Kuntoutusohjaaja 2014

Liikkuva työryhmä (vastuu myös kuntouttavasta toiminnasta) 2015

I SELONTEKO-OSA

1. JOHDANTO

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymä (K5) on Kaskisten, Kristiinankaupungin, Korsnäs, Maalahden ja Närpiön muodostama yhteistoiminta-alue, joka on vastannut perusterveyden- ja useiden sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä vuoden 2009 alusta lähtien. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä kuntia on kannustettu muodostamaan laajemman väestöpohjan kokonaisuuksia, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen onnistuisi paremmin. Tämän ns. Paras -puitelain tavoitteina ovat olleet muun muassa palvelujen saatavuuden parantaminen sekä palvelujen turvaaminen myös kaupunkikeskusten ulkopuolella. Alueen väestöpohja on **26 000** asukasta, ja palvelutuotanto on järjestetty tilaaja-tuottaja -mallin mukaisesti.



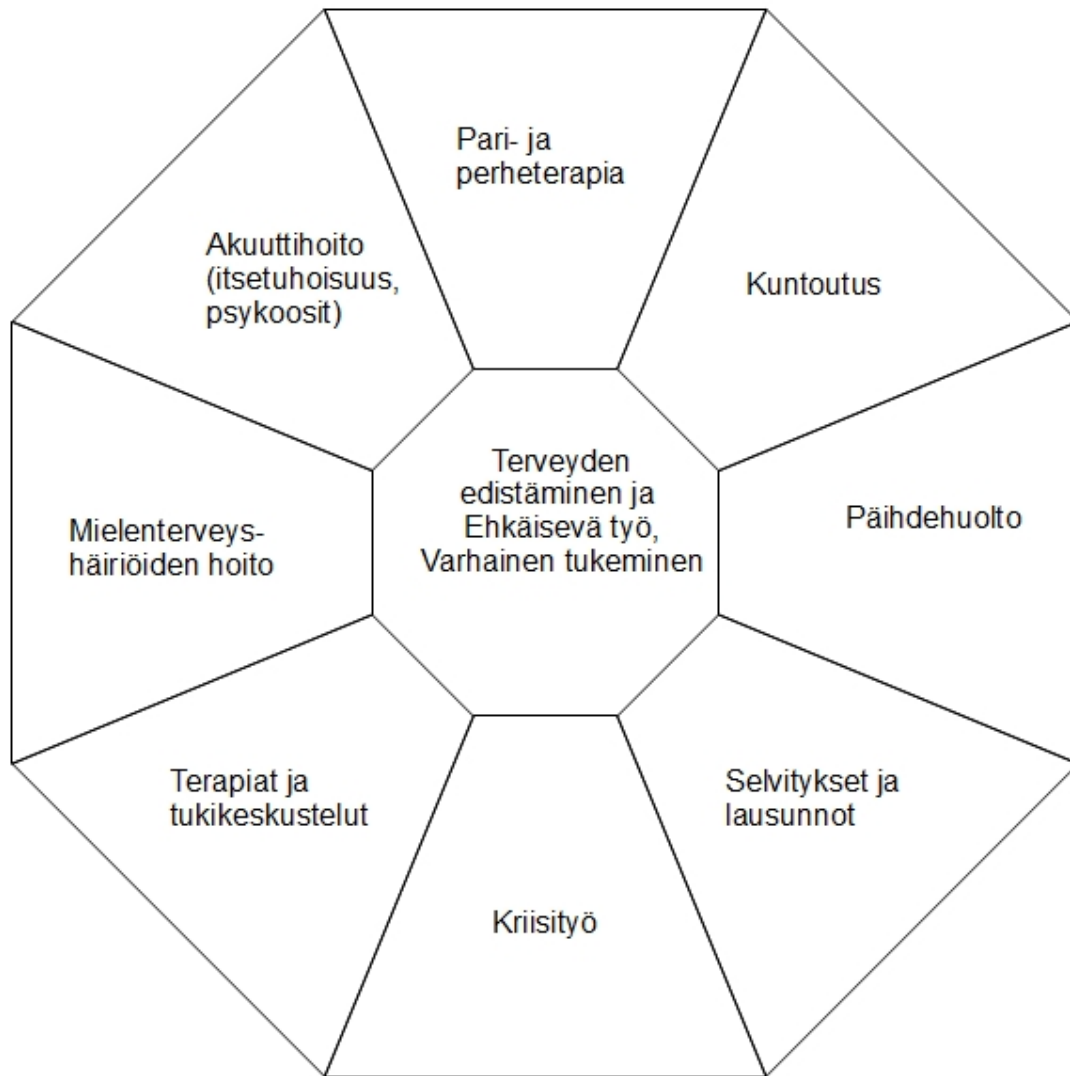
Kuvio 1. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän alue

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia ja toimintasuunnitelman keskeiset strategiat hyväksyttiin yhtymähallituksen kokouksessa 1.12.2008. Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän visioksi muotoutui seuraavaa: ”*Läpinäkyvä, kuntalaisten tarpeisiin pohjautuva sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen malli, jossa asiakkaalle tilataan ja osin tuotetaan toimivat lähipalvelut ja että yhteistoiminta-alueella (K5) toimii mahdollisuuksien mukaan integroitu sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä.*”

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämistyö on jäsennetty keskeisten painopistealueiden, palveluprosessien sekä organisaatioiden kehittämiseksi. Päämäärien saavuttamisen ja arvioinnin apuna tullaan käyttämään arviointihanketta, jonka toiminta käynnistyi toukokuussa 2009. Näiden edellä mainittujen toimenpiteiden avulla on tarkoitus kehittää K5-malli sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseksi (2013). Yhdeksi keskeiseksi kehittämistyön painopistealueeksi on ehdotettu **mielenterveystyötä**.

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymässä nyt laadittavalle alueelliselle mielenterveysstrategialle näyttää olevan tarvetta. Strategiaprosessin kannalta on merkittävää kuunnella paikallisia asiantuntijoita sekä palveluiden asiakkaiden ja heidän omaistensa näkemyksiä. Mielenterveyspalveluiden asiakkaat ja heidän omaistensa ovatkin oman kokemuksensa kautta asiantuntijoita, jolloin tulevaisuuden mielenterveystyön rakenteen toimivuuden kannalta heidän roolinsa palveluiden sisällöllisessäkin kehittämisessä tulee olla suuri. Strategisen suunnittelun avulla voidaan selviytyä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon muutospyörteissä ja samalla päivittää näiden palvelujen sisältöä ja rakennetta.

Kuviossa 2 esitetään tämän alueellisen strategian laaja mielenterveystyön kentän hahmottuminen. Peruskuntien tärkeimpänä tehtävänä on huolehtia terveyttä edistävän ja mielenterveyden häiriöitä ehkäisevän työn järjestämisestä, jolloin mielenterveysstrategian toimialue kattaa kaikki sektorit. Kuntalaisten hyvinvoinnin sekä arjen turvaaminen ovat niitä peruslähtökohtia, joita kunnan kaikessa päätöksenteossa ja suunnittelussa tulisi ottaa huomioon. Hyvinvointi, ja sen osana mielenterveys, ovat perusarvoja, joiden mukaisesti kaikkien K5-alueella toimivien tulisi työskennellä.



Ralf Häggqvist 2010

Kuvio 2. K5-kuntien alueellisen mielenterveysstrategian jäsentyminen

Kuvion ydin, mielenterveyden edistäminen ja häiriöitä ehkäisevä työ on kaiken toiminnan lähtökohtana. Kuvion eri sektoreita tullaan myöhemmin tässä strategiassa avaamaan yksityiskohtaisemmin niiden nykyisen palveluntuotannon tilanteen, kehittämishaasteiden ja tavoitteiden osalta. Lisäksi otetaan kantaa siihen, miten kukin näistä sektoreista asettuu paikallistason, alueellisen K5-tason sekä erikoissairaanhoidon tason toimintoihin. Mielenterveystyöstä muodostuu siten yhtenäinen kenttä, jossa kuvion eri sektorin muodostavat tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden K5-alueen kuntalaisten mielenterveyden edistämiseksi ja hyvinvoinnin turvaamiseksi.

Lähestymistapa mielenterveystyöhön on ennen kaikkea psykologinen, jolloin esimerkiksi mielenterveyspalveluissa kiinnitetään huomiota terveyteen – eikä esimerkiksi yksinomaan

sairausdiagnoosin määrittelyyn. Peruspalveluissa oleva henkilöstö kohtaa monesti ensimmäisinä mielenterveysasiakkaan, jolloin jatkossa olisikin nykyistä paremmin suunnattava resursseja perustason henkilöstön tietotaidon ja valmiuksien lisäämiseen mielenterveyskysymyksissä. Nykyiselläänkin peruskuntien hoito- ja muulla henkilöstöllä on olemassa valtava potentiaali varhaiseen puuttumiseen ja oikean avun piiriin ohjaamiseen, mutta tätä mahdollisuutta ei vielä osata hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla.

Vaasan sairaanhoitopiirin alueella on mielenterveyshäiriöistä kärsivien ihmisten hoito keskitetty erikoissairaanhoidon, mikä on johtanut siihen, että perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittäminen on jäänyt vähemmälle huomiolle Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän alueella. Alueen aikuispsykiatrisen hoito on perinteisesti ollut laitospainotteista. Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän alueen mielenterveyspalveluissa on tapahtunut varovaista kehitystä, mutta uusia näkökulmia ja toimenpiteitä tarvitaan, jotta voimme vastata mielenterveystyön haasteisiin. Mielenterveyslain (1990) mukaan yksi tärkeä tavoite on järjestää asiakkaiden mielenterveyspalvelut avohoidossa.

Strategia-asiakirjan rakentuminen

Tämä strategia-asiakirja on rakennettu siten, että se koostuu kahdesta toisiaan täydentävästä osasta, **I Selonteko-osasta** ja **II Toimenpideoosasta**. Selonteko-osa avaa mielenterveysstrategian taustoja paikallisesta, kansallisesta ja osin myös kansainvälisestä näkökulmasta. Lisäksi ensimmäisessä osassa määritellään joitakin keskeisimpiä käsitteitä ja kuvataan alueen nykytilaa kuvion 2. osa-aluejaon mukaisesti.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti painotetaan erityisesti peruskuntien vastuuta mielenterveystyön kehittämisessä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Suurin potentiaali K5-alueella onkin peruspalveluiden mielenterveysosaamisen kehittämisessä, ehkäisevän ja edistävän työn näkökulmasta. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveydellisesti merkittäviä, ja näin ollen häiriöt tulee ensin arvioida perustasolla ja avohoidon puitteissa. Palveluja suunniteltaessa kannattaa huomioida myös asiakkaiden itsehoidon sekä vertaistuen mahdollisuudet.

Toimenpideoosa keskittyy niihin keskeisiin kehittämisen painopistealueisiin, jotka strategiaa ohjaava mielenterveysneuvosto (ks. Liite 1.) on valinnut. Strategisten tarpeiden määrittelyn jälkeen tulee miettiä, mitkä kokonaisuudet voidaan hoitaa kunnissa, lähellä palveluiden asiakkaita, mitä tulee keskittää alueellisen koordinaation keinoin hoidettavaksi, ja mitkä palvelut vaativat erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa. Paitsi palveluiden sisältöä, niin

strategiassa linjataan myös niitä rakenteita, joissa mielenterveystyö jatkossa järjestetään K5-kuntien alueella. Mukana ovat huomioituina alueen kunnat sekä järjestöjen ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden ja erikoissairaanhoidon kanssa tehtävä yhteistyö. Kuviossa 3. on havainnollistettu mielenterveystyön tasoja.



Kuvio 3. Mielenterveystyön jäsentyminen eri tasojen mukaisesti

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymässä mielenterveyttä tarkastellaan kokonaisuutena, jossa ehkäisevä ja edistävä työ ovat vuorovaikutuksessa hoitojärjestelmän kanssa. Peruspalveluissa tehtävä mielenterveyden edistäminen sekä varhainen puuttuminen konkretisoituvat esimerkiksi perhetyössä, neuvoloissa, kouluissa, päivähoitossa sekä yleisemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoidon piiriin pääsee portaittain rakennetun järjestelmän kautta, jossa alueellisella tasolla toimivan psykososiaalisen tiimin osaamisalueeseen kuuluvat paitsi lääketieteellinen ja psykologinen hoito, myös kuntoutus, kriisityö, mielenterveys- ja päihdehoito, psykoterapia sekä psykiatria. Palveluiden asiakkaat ja heidän omaisensa otetaan mukaan palveluiden suunnitteluun, ja pyrkimyksenä on räätälöidä asiakkaiden omista tarpeista lähteviä selkeitä hoitoketjuja.

Mikäli strategian toimeenpanossa onnistutaan hyvin, Rannikko-Pohjanmaan alueen kuntalaiset saavat oikea-aikaisia, laadukkaita ja vaikuttavia mielenterveyspalveluita. Edistävä ja ehkäisevä ote on mukana kuntien kaikessa toiminnassa, ja päätöksenteossa otetaan

kattavasti huomioon mielenterveyskysymykset. Alueen asukkaat voivat hyvin, ja mielenterveys on kaikkien perusoikeus.

Alueellisen mielenterveysstrategian laadinnassa otetaan huomioon seuraavat lähtökohdat:

- Asiakaslähtöiset palvelut
- Matala kynnyks ja tarpeenmukainen hoitoon pääsy
- Yhden oven periaate

Tavoitteena on kehittää asiakaslähtöinen, avohoitopainotteinen ja lähipalveluiden mielenterveysosaamiseen rakentuva mielenterveystyön kokonaisuus:

- a) kehittämällä matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella terveyskeskusten hoidontarpeenarviointia alueen asukkaiden oikea-aikaisten ja laadukkaiden mielenterveyspalveluiden varmistamiseksi.
- b) tuomalla liikkuvan työryhmän mielenterveysosaaminen ja -palvelut ihmisten arkiympäristöihin joustavasti, nopeasti ja tarpeen mukaan
- c) kehittämällä kuntouttavaa mielenterveystyötä siten, että jokaisella on mahdollisuus toimia itsenäisesti arjessa ja mahdollisuudet palata takaisin työelämään
- d) kehittämällä palveluiden alueellista saatavuutta

2. KANSALLISIA JA ALUEELLISIA MIELENTERVEYSTYÖN KEHITTÄMISHAASTEITA

Mielenterveystyön keskeisimmät haasteet ovat palvelujärjestelmän kehittäminen sekä palvelujen oikea-aikaisuus ja saatavuus. Käyttäjätasoiset mielenterveyspalvelut voisivat olla yksi pitkän ajan kehitystyön päämäärä. Mielenterveyspalvelut eivät ole tasapuolisesti kuntalaisten saatavilla. Palvelujen pirstaleisuus voi viivyttää hoidon ja tutkimuksen aloittamista. Mielenterveyden häiriöiden hoitoa toisaalta ei aina ymmärretä palveluna, jossa palvelun tulee pohjautua asiakkaan tarpeisiin.

Merttu -tutkimuksen (2006) mukaan mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on kuntakohtaisia eroavuuksia. Suurissa kaupungeissa näyttää olevan monipuolisempi mielenterveyspalvelujen rakenne. Mielenterveyspalvelujen tuotteisiin kaivataan tutkimuksissa hyviksi havaittuja käytäntöjä, esimerkiksi liikkuvia ja moniammatillisia työryhmiä. Avohoidon

palvelut ovat monissa kunnissa jääneet osittain kehittymättä, toisaalta mielenterveyspalvelut esiintyvät varsin pirstaloituneina palveluina. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006: 67–68.)

Kunta- ja palvelurakennemuutosten kulmakivenä tullevat toimimaan toimintojen koordinointi eli kuinka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnot, työnjako sekä yhteistyön yhteensovittaminen onnistuu. Toimintojen hallinnollinen tai organisatorinen järjestämistapa ei saa olla toimintojen koordinoinnin esteenä. Palveluiden järjestämisessä on otettava huomioon kansalaisten näkökulma. (Idänpää-Heikkilä, Junnila, Pekurinen & Wahlbeck 2006: 24)

2.1 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009) noudattaa myös Kansainvälisen terveysjärjestö WHO:n sekä Euroopan unionin linjauksia, joissa muun muassa esitetään mielenterveyden huomioimista kaikissa poliittisissa ohjelmissa. Euroopan unionin alueella mielenterveyden ongelmat ovat suurena huolen aiheena. Euroopan komissio julkaisi vuonna 2005 Vihreän kirjan, jossa pohditaan keinoja EU:n väestön mielenterveyden parantamiseksi. Euroopan unionissa on tavoitteena laatia myöhemmin yhteinen mielenterveysstrategia. Julkaisun lähtökohdissa todetaan muun muassa, että mielenterveys on keskeinen voimavara EU:n alueen väestön hyvinvointiin tähtäävissä strategioissa. Neljännes Euroopan unionin kansalaisista voi psyykkisesti huonosti ja tämä pahoinvointi voi johtaa ennen aikaiseen kuolemaan ja siitä voi aiheutua mittavia taloudellisia menetyksiä. Toisaalta psyykinen pahoinvointi kuormittaa perheitä ja ihmisiä jopa syrjitään mielenterveyden häiriön takia. Vihreässä kirjassa painotetaan psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisyä sekä mielenterveyden edistämistä. Yksi keskeinen päämäärä on psyykkisesti vajaakuntoisten ihmisten sosiaalisen osallisuuden lisääminen sekä heidän ihmisarvonsa kunnioittaminen. (Vihreä kirja 2005.)

Mieli 2009 -työryhmä on koonnut suosituksia, joita toimeenpanemalla voidaan kohentaa väestön psyykkistä hyvinvointia ja yleistä toimintakykyä. Työryhmä on myös pohtinut ratkaisuja hajanaisen palvelujärjestelmän uudelleen organisoimiseksi sekä avohoidon kehittämistä. Mielenterveystyön tulevaisuuden kehittämisen painopistealueiksi on valittu asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden edistäminen, palvelujen järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena sekä peruspalvelujen roolin vahvistaminen palvelujen tuotannossa ja kehittämisessä.

Kansallisen Mieli 2009 työryhmän yhtenä keskeisenä päämääränä on **asiakkaan aseman vahvistaminen**. Työryhmän ensimmäisessä ehdotuksessa halutaan turvata mielenterveys-

ja päihdeasiakkaiden yhdenvertainen kohtelu sekä puuttua mahdollisiin syrjiviin asenteisiin. Ensiarvoisen tärkeää on myös ottaa huomioon palvelun käyttäjän kulttuuri- ja kielitausta, jolloin suomen- ja ruotsinkielisten palvelujen lisäksi on saatavilla palveluja saamenkielisille sekä maahanmuuttajille. Asiakaslähtöisyyttä voidaan vahvistaa myös kehittämällä matalan kynnyksen palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistetaan parhaillaan ja samalla voisi kehittää yhdeltä ovelta saatavia palveluja. Tämä yhden oven palvelu voitaisiin toteuttaa lähipalveluna perustasolla, esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Yhden oven periaate voi tarkoittaa esimerkiksi hoitajan tai sosiaalityöntekijän vastaanottoa terveyskeskuksessa, jossa arvioidaan hoidon tarve asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman suosituksista monet koskevat myös Rannikko-Pohjanmaan jäsenkuntien mielenterveys- ja päihdetyötä. Tässä mielenterveysstrategiassa nostetaankin tärkeimmiksi kehittämisen teemoiksi asiakkaan aseman vahvistaminen sekä ehkäisevä ja edistävä mielenterveystyö.

2.2. Alueellisia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä koskevia selvityksiä

Nyt laadittava mielenterveysstrategia pohjautuu paitsi kansallisiin ja kansainvälisiin mielenterveyttä linjaaviin ohjelmiin ja suosituksiin, niin ottaa huomioon myös alueella aikaisemmin laaditut suunnitelmat sekä kehittämishankkeiden tärkeimmät tulokset.

Päihdetyötä koskevia suunnitelmia on alueella tehty kaksi: Jäljillä-hanke (2007) sekä Vaasan seudun päihdestrategia (2009). Jäljillä-hanke toteutettiin Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän eteläosan kunnissa (Kaskinen, Närpiö ja Kristiinankaupunki) ja hankkeen suositusten pohjalta palkattiin päihdekoordinaattori koordinoimaan alueen päihdetyötä sekä toimimaan myös kliinisessä työssä. Vaasan seudun päihdestrategiatyössä kuntayhtymän jäsenkunnista mukana olivat Maalahti ja Korsnäs. Alueellista päihdestrategiaa toimeenpannaan kunnissa laadittujen matriisien mukaan, ja seudullista koordinoitua varten jokainen strategiakunnista on nimennyt edustajansa muutaman kerran vuodessa kokoontuvaan seurantaryhmään. Väli-Suomen Välittäjä 2009-hankkeen avulla alueelle ollaan saamassa lisää voimavaroja myös päihdetyön kehittämiseen eli tavoitteena on palkata päihdekoordinaattori myös kuntayhtymän pohjoisosiin ja erityisesti nuorten päihdetyötä kehittämään. Nämä laaditut päihdetyön kehittämistä koskevat suunnitelmien johtopäätökset tulisi mahdollisuuksien mukaan huomioida mielenterveysstrategiatyössä, vaikka työstämmeikin ensisijaisesti mielenterveyteen liittyvää suunnitelmaa. Seuraavaksi esitellään lyhyesti K5-kuntien alueella toimineita mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeita.

Sydin-hanke

Hoivahanke Sydinin (2003–2005) tarkoituksena oli luoda tulevaisuutta ajatellen malli kuntien, julkisten hoitopalvelujen tuottajien sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden väliselle rajoja ylittävälle yhteistyölle Suupohjan rannikkoseudulla. Hankkeeseen osallistuivat Karijoki, Kaskinen, Kristiinankaupunki ja Närpiö sekä Vaasan sairaanhoitopiiri ja Selkämeren sairaala. Hankkeen tuloksena saatiin kaksitoista toimenpide-ehdotusta, joista päihdepalvelut ja psykiatrian toimintamalli ovat merkityksellisiä tässä yhteydessä. Sydin-hankkeen puitteissa on laadittu ”Kartoitus Karijoen, Kaskisten, Kristiinankaupungin ja Närpiön päihdepalveluista” (05/05). Kartoituksen pohjalta todettiin, että erityisinä haasteina lähitulevaisuuden **päihdepalveluissa** ovat:

- terveydenhuollon, sairaanhoidon ja sosiaalialan henkilökunnan jatkokoulutus
- lisääntynyt verkostoyhteistyö ja siihen liittyen selkeät päihdetyön hoito-ohjeet.
- jälkihoidon (päihdetyöntekijä) kehittäminen ja asiakkaiden tiivis seuranta (ryhdytty toimenpiteisiin Jäljillä hankkeen puitteissa)
- A-klinikkatoiminta, johon sisältyy mahdollisuus ottaa vastaan päihtyneitä selviämään sekä rattijuopumuksesta tuomittujen seurantavastaanottoja.

Vastaavasti **psykiatrian toimintamalliin** liittyvät toimenpide-ehdotukset olivat seuraavat:

- Vaasan sairaanhoitopiirin aikaisemmin teettämän Stakesin loppuraportin mukaan VSHP:n Kristiinankaupungin psykogeriatrinen osasto tulee sulkea ja sen sijaan tulisi suunnitella päiväosasto mielenterveysongelmista kärsiville henkilöille. Näin ollen psykogeriatrisen osaston potilaat siirrettäisiin sosiaali- tai perusterveydenhuollon puolelle.
- Seudulla ei ollut lainkaan tuettua palveluasumista mielenterveyspotilaille eikä päihdeongelmaisille. Tärkeää oli, että toiminta järjestetään lähipalveluna ja asiakkaan äidinkielellä. Tätä toimintaa järjestää nyt yksityinen toimija, Mikeva (ent. Mendis), jolla on 13 paikan palveluasumisyksikkö Kristiinankaupungissa. Paikkatarve on kuitenkin tätä suurempi. Lisäksi Kaskisissa olevassa yksikössä on tarjolla myös palveluasumista.
- Päivätoimintaa tulisi järjestää ja kehittää kuntien lähipalveluna yhdessä kolmannen sektorin kanssa.
- Mielenterveysongelmista kärsivillä henkilöillä ei ole tarkoituksenmukaista ja tehokasta kuntoutusta. Avohoidon volyyymiä tulisi lisätä. Kuntoutus toimii nyt pääasiassa kolmannen sektorin järjestämänä.

- Psykiatrian lääkäriresurssit tulisi säilyttää vähintään nykyisellä tasolla. Nykyiset lääkäriresurssit ovat puutteellisia ja palvelut tuotetaan osittain ostopalveluna.
- Stakes suositteli, että perusterveydenhuoltoon saataisiin tulevaisuudessa masennushoitaja. Tämä on toteutunut ainoastaan Kristiinankaupungissa, jossa on osa-aikavirka.
- Perusterveydenhuoltoon tarvittiin psykogeriatrasta yksikköä. Koska seudun hoitopaikkatarve kuitenkin oli vähäinen, toiminta tulisi järjestää muun toiminnan välittömässä läheisyydessä. Muuten kustannukset ovat kohtuuttoman suuret.

Neliapila-hanke

Neliapila-hanke (2005–2007) oli hoivahanke Sydinin jatkohanke. Hankkeeseen osallistuivat Närpiö, Kristiinankaupunki, Karijoki, Kaskinen ja Selkämeren sairaala. Hankkeen tarkoituksena oli panna täytäntöön muutama Sydin-hankkeessa esitetty toimenpide-ehdotus:

1. perhekeskus-toimintamalli,
2. dementiapotilaan palveluketjun, eli muistineuvolan, toimintamalli
3. osahanke tieto-taito-toimiva palveluketju, eli sosiaali- ja terveydenhuollon jatkokoulutus lähinnä kohtia 1 ja 2 ajatellen.

Hankkeen tavoitteena oli tukea lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia ja terveyttä ja luoda toimintamalli alueelliselle muistipoliklinikalle sekä kehittää henkilöstöjohtamista ja osaamiseen liittyviä toimintatapoja. Painoalueena oli lähinnä varhaisen puuttumisen työmenetelmien käyttöönotto ja ennaltaehkäisevä toiminta. Muistipoliklinikan merkitys on selvittää muistihäiriöitä, dementiaa sekä muita muistihäiriöitä aiheuttavia sairauksia, esim. ikäihmisten masennusta. Perusterveydenhuollon muistineuvolatoiminta aloitettiin sekä Närpiön että Kristiinankaupungin terveyskeskuksessa. Asiantuntija- ja ohjaajaryhmä asetettiin ylläpitämään vanhusten ja muistihäiriöisten toimintakykyä ja elämänlaatua viriketoiminnan ja aktivoivan päivätoiminnan avulla (Mimosel-toiminta).

Jäljillä-hanke (På Spåret)

Kaskisten, Kristiinankaupungin ja Närpiön kaupungit päättivät vuoden 2006 alussa laatia yhteisen päihdehuollon strategian. Kaupungit solmivat kumppanuussopimuksen Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa alkoholiohjelman ja Pohjanmaa-hankkeen toteuttamiseksi. Sopimuskumppaneiden on määrä tukea toisiaan päihdepalvelujen kehittämisessä. Suupohjan rannikkoseudun päihdehuollon strategia laadittiin Jäljillä-hankkeen puitteissa ja siihen sisältyi seudun asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen ja turvaaminen, raittiuden edistäminen sekä toimivan palveluketjun luominen. Strategian yleisenä päämääränä oli päihteiden aiheuttamien vaurioiden ehkäiseminen, päihdeongelmiin

puuttuminen aikaisessa vaiheessa, selkeästi määritetyn työnjaon kehittäminen päihdehuollossa, sektoreiden välisen verkostoyhteistyön lisääminen sekä alan osaamisen ja pätevyyden lisääminen.

Yksi hankkeen tärkeimmistä loppupäätelmistä olivat tehokkaat toimenpiteet alkoholiin liittyvien ongelmien ja sen väestössä aiheuttamien vahinkojen vähentämiseksi. Tämä toteutettaisiin yhdistämällä toimenpiteitä, osaksi koko väestölle suunnattuja toimenpiteitä (primaarinen ehkäisy), joiden tarkoituksena on vähentää keskimääräistä kulutusta ja osaksi toimenpiteitä, jotka on suunnattu riskiryhmiin kuuluville yksilöille (sekundaarinen ehkäisy), joiden alkoholinkulutus on vaarallisen suuri.

Hankkeen puitteissa todettiin, että seudun päihdetyössä on monia haasteita:

- Seudulla nykyisen ennaltaehkäisevän päihdetyön ylläpitäminen ja vahvistaminen
- Varhainen puuttuminen päihteidenkäytöstä aiheutuneisiin ongelmiin. Mini-intervention käyttöönotto työmenetelmänä perusterveydenhuollossa sekä muilla sektoreilla.
- Säännöllinen perus-, jatko- ja täydennyskoulutus sekä työnohjausta henkilöille, jotka ovat tekemisissä päihdeongelmaisten kanssa
- Selkeä työnjako nk. kaksoisdiagnoosin (sekä mielenterveys- että päihdeongelma) saaneiden henkilöiden hoidossa
- Selviämisen- ja vieroitushoitoa on kehitettävä seudulla yhteisesti kunta- ja palvelurakennemuutosten puitteissa
- Päiväkeskustoiminnan kehittäminen ja tukiasuntojen järjestäminen henkilöille, jotka ovat alkoholin ja/tai huumeiden käytön vuoksi vaarassa syrjäytyä yhteiskunnasta
- Omaisten tukemiseen tulee kiinnittää huomiota
- Panostaminen kustannustehokkaampiin päihdehoitomuotoihin
- Seuranta hoitajaksojen jälkeen

Yhteistoiminta-alueen muodostaminen Kaskisten, Kristiinankaupungin ja Närpiön kaupunkien perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämiseksi” (2007)

Kolme suupohjalaista rannikkokaupunkia, Kaskinen, Kristiinankaupunki ja Närpiö, tilasivat Stakesin kuntapalvelut-yksiköltä raportin yhteistoiminta-alueen muodostamisen selvitystyöstä. Tarkoituksena oli, että kaupungit hyödyntäisivät selvitystyön tulosta laatiessaan suunnitelmat perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalihuollon tehtävien järjestämiseksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun puitelaim mukaisesti. Selvityksen tulos esitettiin kolmena vaihtoehtoisena mallina puitelaim

edellyttämän yhteistoiminta-alueen luomiseksi. Selvityksen tärkeimmät päätelmät päihde- ja mielenterveyshuollon osalta olivat, että psykososiaaliset palvelut voidaan järjestää yhteisesti edellyttäen, että lastensuojelun perustoiminta sijoitetaan peruskuntien sosiaalitoimen alaisuuteen. Näihin palveluihin kuuluvat päihdepalvelut ja perheneuvontapalvelut sekä perusterveydenhoidon oma mielenterveystyö, esim. terveyskeskusten psykologit ja psykiatriset erikoissairaanhoitajat.

2.3. Alueella tehtyjä kehittämistyön linjauksia

K5-kuntien alueellista mielenterveysstrategiaa pyritään laatimaan ja toimeenpanemaan tiiviissä yhteistyössä myös alueen muiden kehittämissuunnitelmien kanssa. Ajankohtaisia kehityshankkeita Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän alueella ovat tulevana vuosina mm: Kasteprojektit Ikäkaste ja Välittäjä 2009:

Ikäkaste (1.11.2009–31.10.2011). Kuntayhtymä on Ikäkasteessa mukana Pohjanmaan osiossa nimeltä ”Terveyttä ja elämänlaatua Pohjanmaan ikäihmisille”. Ikäkasteessa tavoitteena on muun muassa kehittää terveyttä edistäviä toimintoja, jotka tukevat ikäihmisten osallisuutta sekä kehittää alueellisiin tarpeisiin pohjautuvia työtapoja, joilla voidaan tukea ikäihmisten toimintakykyä kotihoidossa ja laitoksissa. Ikäkasteen Pohjanmaan osuutta hallinnoidaan Mustasaarella. K5 on kokonaisuutena mukana 143 000 euron budjettiosuudella, tavoitteena kehittää ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämistä ja varhaista puuttumista (esim. seniorineuvonta, hyvinvointia edistävät kotikäynnit). Kristiinankaupungissa jatketaan depressiökäsikirjan juurruttamista vanhustenhuollossa.

Välittäjä 2009 (1.11.2009–31.10.2011). Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeessa pyritään erityisesti vahvistamaan perustason mielenterveys- ja päihdepalveluita sekä kehittämään uusia toimintatapoja. Kokonaisvaltaisia palvelukokonaisuuksia kehittämällä turvataan riittävä ja ammattitaitoinen henkilökunta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle. K5-alueella pilotoidaan uusia toimintamalleja ja työtapoja projektin aikana. Toimintatapoja kehitetään ennaltaehkäisevästi ja varhaisen puuttumisen kautta. Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän alueelle on palkattu projektityöntekijä vuosille 2010–11, ja kuntayhtymän rahoitusosuus ko. hankkeessa on vajaat 25 000 €.

Kotouttamishanke (1.10.2009–31.12.2010). Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä on ollut mukana Vaasan kaupungin kanssa projektihakemuksessa, jossa on tavoitteena tuottaa hyviä käytäntöjä maahanmuuttajien kotouttamiseen liittyen. Hanke toteutetaan ns. tandem-hankkeena, jolloin sekä Vaasa kaupunki että Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymä ovat hankkeen päämiehiä. Hankkeessa keskitytään toiminnan suunnitteluun maahanmuuttajien

alkuvaiheen kotoutumisen ja palveluohjauksen (perhepalvelut, mielenterveys) sekä matalan kynnyksen neuvontapalveluiden osalta. Tarkoituksena on tukea sekä riittävän kielitaidon että ns. ”terveyslukutaidon” omaksumista.

K5 -alueen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma (2010–2013). Vuoden 2010 alussa valmistunut alueellinen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma korostaa, että lastensuojelulla tarkoitetaan lasten suojelua kaikilla tasoilla ja että lasten hyvinvointi on kaikkia kuntalaisia ja sektoreita koskeva asia. Lastensuojelu voi ilmetä monenlaisena toimintana, aina ehkäisevästä tukevaan ja korjaavaan toimintaan. Lasten ja nuorten hyvinvointia edistävän suunnitelman tavoitteena on antaa päätöksentekijöille parempi kokonais käsitys lasten kasvuoloista ja hyvinvoinnista sekä tähän työhön tarvittavista resursseista. (K5 -alueen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma).

Arviointihanke (1.1.2009–30.6.2011). ”Gemensam social- och hälsovårdsservice – samarbete, samverkan, framgång? – Utvärdering av en process”. Tämä hanke on rahoitettu osittain Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) varoilla ja sitä hallinnoi Fortbildningscentralen vid Åbo Akademi. Arviointihankkeen tarkoituksena on tukea sekä arvioida kuntayhtymän alueella tapahtuvia sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia muutosprosesseja.

Doctacon Telecare -pilottihanke (1.1.2010–31.12.2010). Hankkeessa kokeillaan telelääketieteellistä pilottipalvelua Rannikko-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen vanhustenhuollon kuudessa yksikössä yhteistyössä Doctagon Oy:n kanssa. Hankkeen tavoitteena on luoda uusi tuotantomalli, joka antaa vanhainkodeille ainakin yhtä laadukasta kliinistä tukea kuin aikaisemmin, vähentää riippuvuutta tietystä lääkäristä, mahdollistaa lääkärin hyvän saatavuuden, vähentää käyntejä terveyskeskuksissa ja sairaalapäivystyksissä sekä vähentää perusterveydenhuollon kuormitusta. Yhteistoiminta-alueella ainoastaan Kaskinen jää ulkopuolelle.

3. ALUEELLISEN MIELENTERVEYSSTRATEGIAN PROSESSI

3.1. Strategian käsitteitä

Strategia

Strategia on malli tai suunnitelma, joka yhdistää organisaation keskeiset päämäärät, politiikat ja toimintaketjut kokonaisuudeksi. (Mintzberg 1996). Strategisella toiminnalla organisaatio saadaan vastaamaan tulevaisuuden toimintaympäristön haasteisiin. (Ansoff 1984; Ollila

2006; Toikka 2002). Strategiassa pyritään etsimään toiminnan kannalta kaikkein tärkeimpiä asioita, koska resurssit ovat rajalliset. Strategia laaditaan vastaamaan kysymyksiin miksi ja mitä, kun taas toteutuksessa korostuva kysymys on ennen kaikkea miten? Strategia kehittyy ja muuttuu jatkuvasti, jolloin on samanaikaisesti pidettävä mielessä suuret linjat ja joustettava tilanteen mukaan. (Kamensky 2000.) Yleensä strategioilla tarkoitetaan pitkän aikavälin, esim. 3-5 vuoden, suunnitelmia. Strategian käsite liittyy usein järjestelmien ja organisaatioiden kykyyn kehittyä sekä järjestäytyä uudelleen ailahtelevissa ja vaativissa olosuhteissa, jossa tarkoituksena on turvata tehokkaat suoritteet. (Bakka ym. 2006: 247). Mintzberg puolestaan painottaa organisaation johdon vastuuta strategiasta ja kuvaa organisaation strategista kärkeä osana, jonka tehtävänä on huolehtia organisaation tavoitteiden saavuttamisesta tehokkaalla tavalla. Strategioita laaditaan organisaatioiden monilla tasoilla, jolloin strategialla tarkoitetaan selkeää ja julkista linjavetoa siitä, millä keinoilla organisaatio saavuttaa asettamansa tavoitteet (Lindroos & Lohivesi 2006: 29.) Kuntien laatimat mielenterveys- ja päihdestrategiat puolestaan sisältävät kokonaisvaltaisen suunnitelman ja tahdon siitä, kuinka parhaalla mahdollisella tavalla palveluja voidaan resursoida ja kehittää alueellisen ja paikallisen hyvinvointitiedon avulla kuntalaisten tarpeita vastaaviksi. Tavoitteena on integroida nämä mahdollisimman käyttäjäystävälliset suunnitelmat kuntien muihin hyvinvointipoliittisiin ohjelmiin ja näin toimien saada mielenterveys kytkettyä kunnalliseen päätöksentekoon. (Pirttipä & Vuorenmaa 2008).

Mielenterveys

Mielenterveys on Maailman terveysjärjestö WHO:n (2004) mukaan keskeinen osa ihmisen terveyttä: ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä. Ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta rakentuu mielenterveydelle. Mielenterveys on voimavara, joka mahdollistaa monia asioita elämässä. Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan mielen hyvää vointia ja ihmisen kykyä selviytyä arjessa. Myös ihmisen kyky luovuuteen ja läheisiin ihmissuhteisiin ovat osa hyvää mielenterveyttä. Mielenterveyden ongelmat ja häiriöt voivat ilmetä monin tavoin ja oirein. Häiriöistä on kyse silloin, kun oireet rajoittavat yksilön toiminta- ja työkykyä, osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia tai aiheuttavat kärsimystä ja psyykkistä vajaakuntoisuutta. (WHO Summary report 2004.)

Mielenterveydellä tarkoitetaan myös jokaisen ihmisen kykyä tuntea, ajatella ja toimia tavalla, joka auttaa meitä nauttimaan elämästä ja kohtaamaan eteemme tulevat haasteet. Se on positiivinen tuntemus psyykkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnista, joka tunnustaa tasa-arvon, sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvon tärkeyden. (Doughty 2005: xvi.) Mielenterveyden edistämistyössä on eri menetelmiä kokeilemalla ja tutkimalla saatu hyviä tuloksi muun muassa seuraavista ohjelmista: kotikäynnit raskaana olevien yksinhuoltajien ja

pienten lasten äitien luona, mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten mukaan ottaminen työelämään, koulujen mielenterveyden edistämishjelmat, yhteisölliseen osallistumiseen tähtäävät ohjelmat, mielenterveyden ensiapukurssit sekä mini-interventiot. Keskeistä on se, että ongelmiin puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja että työ painottuu ennaltaehkäisevään toimintaan. (Stakes 2007: 36.)

Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät voidaan luokitella suojaaviin ja riskitekijöihin (taulukko 1). Suojaavat tekijät vahvistavat hyvää mielenterveyttä, elämänhallintaa ja auttavat selviytymään. Suojaavat tekijät voivat olla sisäisiä tai ulkoisia. Riskitekijät voivat heikentää terveyttä ja hyvinvointia tai lisätä sairastumisen riskiä. Myös ne voivat olla sisäisiä tai ulkoisia. (Kohti parempaa mielenterveyttä... 2006.)

Taulukko 1. Mielenterveyteen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät ja riskitekijät (Kohti parempaa mielenterveyttä... 2006, 16).

<p>Sisäisiä suojaavia tekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hyvä fyysinen terveys ja perimä • myönteiset varhaiset ihmissuhteet • riittävän hyvä itsetunto • ongelmanratkaisutaidot • vuorovaikutustaidot • kyky luoda ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita • mahdollisuus toteuttaa itseään 	<p>Ulkoisia suojaavia tekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sosiaalinen tuki, ystävät • koulutusmahdollisuudet • työ tai muu toimeentulo • kuulluksi tuleminen ja vaikuttamismahdollisuudet • turvallinen elinympäristö • lähellä olevat ja helposti tavoitettavat yhteiskunnan auttamisjärjestelmät
<p>Sisäisiä riskitekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • biologiset tekijät, esim. kehityshäiriöt, sairaudet • itsetunnon haavoittuvuus • avuttomuuden tunne • huonot ihmissuhteet • eristäytyneisyys, vieraantuneisuus 	<p>Ulkoisia riskitekijöitä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • erot ja menetykset • hyväksikäyttö, väkivalta ja kiusaaminen • työttömyys ja sen uhka • päihteet • köyhyys, kodittomuus, leimautuminen • haitallinen elinympäristö

Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyspalveluita ovat mielenterveyden häiriöiden ja mielisairauksien hoitoa sekä kuntoutusta tarjoavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kunnan tulee huolehtia siitä, että mielenterveyspalvelut on järjestetty tarvetta vastaavasti. Mielenterveystyön erityispalveluita ovat erikoislääkärin johtamat avo- ja laitospalvelut, kuten psykiatrian poliklinikat ja psykiatrian osastot. Perustason palveluita kunnissa ovat terveyskeskuspalvelut sekä mm. kuntoutus- ja palvelukodit, joita ylläpitävät paitsi kunnat myös yksityiset yrittäjät ja järjestöt.

Kuntoutus

Tässä mielenterveysstrategiassa kuntoutuksella tarkoitetaan toimintaa, jonka päämääränä on yksilön työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä parantaminen. Kuntoutuminen nähdään ainutlaatuisena ja yksilöllisenä prosessina, jonka päämääränä on edistää kuntoutujan valmiuksia saavuttaa omia, omalle elämälle asetettuja tavoitteita sekä vahvistaa hänen mahdollisuuksiaan toimia tavoitteellisessa toimintaympäristössä. Kuntoutuksen avulla voidaan parhaimmillaan ihmisen omista lähtökohdista käsin parantaa hänen elämänlaatuaan sekä auttaa hänen integroitumistaan yhteiskuntaan. (Pirttipерä 2006: 12–14.)

3.2. Mielenterveysstrategiat

Kuntien laatimat mielenterveys- ja päihdestrategiat sisältävät kokonaisvaltaisen suunnitelman ja tahdon siitä, kuinka parhaalla mahdollisella tavalla palveluja voidaan resursoida ja kehittää alueellisen ja paikallisen hyvinvointitiedon avulla kuntalaisten tarpeita vastaaviksi (Pirttipерä & Vuorenmaa 2008.) Stakesin (Tienviittoa 2002) mukaan mielenterveystyön suunnitelmissa jäsennetään mielenterveystyötä niin, kuntalaisille voidaan tarjota saumattomia, monipuolisia ja asiakaslähtöisiä mielenterveyspalveluja. Tavoitteena on integroida nämä suunnitelmat kuntien muihin hyvinvointipoliittisiin ohjelmiin ja näin toimien saada mielenterveys kytkettyä kunnalliseen päätöksentekoon.

Suomen kunnista neljännes on laatinut mielenterveysstrategian, mikä on usein liittynyt laajempaan muutos- ja kehittämistyöhön. Mielenterveyspalveluiden ominaisuuksiin liittyy ajatukset avohoitopainotteisista ja kansalaisten arjen rinnalle järjestetyistä palveluista. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006: 69, 74).

Mielenterveys- ja päihdestrategiatyön tyypillisimpiä tavoitteita:

- Palvelujen toiminnallinen integrointi alueellisesti
- Asiakaslähtöisyyden voimistaminen
- Peruspalvelujen osaamisen vahvistaminen
- Lasten ja nuorten erityispalvelujen seudullinen kehittäminen
- Aikuisten ja ikäihmisten erityispalvelujen alueellinen kehittäminen
- Palvelujen muutostarpeiden esiin tuominen ja pohdinta
- Tulevaisuuden visioiden ja arvojen määrittely
- Kannustaa päättäjät ja asiantuntijat tekemään yhdessä
- Aikataulujen ja osatavoitteiden laatiminen (Lähde: Pohjanmaa-hanke 2007)

3.3. Strategiatyön prosessi

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän alueellista mielenterveysstrategiaa ohjaa toimintansa keväällä 2009 aloittanut mielenterveysneuvosto. Mielenterveysneuvoston johtosäännön ensimmäisessä momentissa toiminta määritellään seuraavasti:

”Rannikko-Pohjanmaan mielenterveysneuvosto on alueen jäsenkuntien ja alueen järjestöjen, mielenterveyspalveluita käyttävien ja heidän omaistensa yhteistyöfoorumi. Mielenterveysneuvosto pyrkii toimimaan alueen väestön psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi sekä vaikuttamaan mielenterveyspalvelujen kehittämiseen mahdollisimman käyttäjäystävälliseksi. Mielenterveysneuvosto tekee ehdotuksia kuntayhtymähallitukselle ja tarvittaessa muille hallintoelimille mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi sekä turvaamiseksi.”

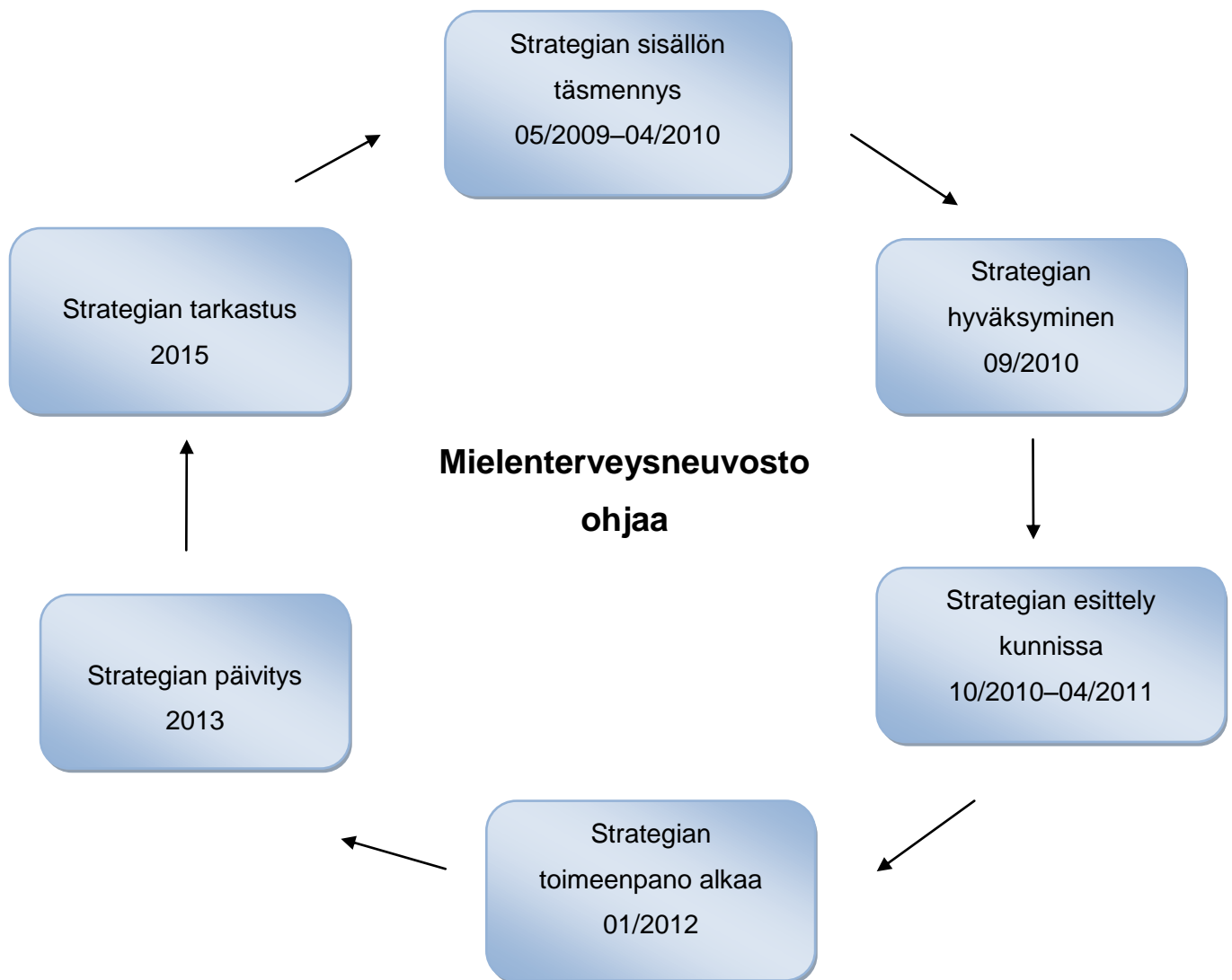
Neuvosto on moniammatillinen, ja siinä on luottamushenkilöedustuksen lisäksi jäseniä mm. sosiaali- ja terveydenhuollosta. Lisäksi omais- ja potilasjärjestöjen edustajia, palvelujen asiakkaita sekä muita asiantuntijoita voidaan tarvittaessa kutsua neuvoston kokouksiin.

Pohjanmaa-hanke on valtakunnallinen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke, jonka yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut laatia kunnallisia tai alueellisia mielenterveys- ja päihdestrategioita. Kuntastrategiatyön ohjauksessa on käytetty vaiheistettua prosessia, jonka pohjana on kuntien avainhenkilöiden sitouttaminen. Prosessin seuraava askel on ollut selonteko, jossa on selvitelty päihde- ja mielenterveyspalvelujen nykytilaa. Palvelujen nykytilan kartoituksen yhteydessä on järjestetty kuulemistilaisuuksia eri alojen ammattilaisille sekä kuntalaisille. Kuulemistilaisuuksien kehittämistoiveista, huolenaiheista sekä kuntalaisten

kannalta hyvin toimivista asioista on koottu selvitys strategiatyön pohjaksi ja sidosryhmien keskustelun avaajaksi. (Pohjanmaa-hanke 2008). Kuntalaisten ja asiantuntijoiden kommentit on käsitelty strategian selkeyttämisvaiheessa, jossa poikkisektoriaaliset työryhmät ovat koonneet ehdotuksiaan strategiaan. Strategian kokoamisen jälkeen strategisia painopistealueita on tarkennettu ja strategia on pyritty saada hyväksytyksi kunnan eri toimielimissä, jolloin strategia on jo lähempänä kunnallista päätöksentekoa.

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän mielenterveysstrategiaprosessi on ajateltu toteutettavan Pohjanmaa-hankkeen strategiatyön prosessia lyhyemmässä ajassa. Kuntayhtymän tavoitteena on saada strategia kuntayhtymän hallituksen hyväksyttäväksi syksyyn 2010 aikana. Strategian ohjausryhmänä toimii mielenterveysneuvosto, joka tuntee parhaiten myös alueellisen tahtotilan sekä paikalliset olosuhteet. Mielenterveysneuvosto kuulee alueen mielenterveystyön kentän ammattilaisia, sekä palvelujen asiakkaiden ja omaisten edustajia. Myös erikoissairaanhoidon edustajien kanssa käydään keskustelua strategian kehittämisen painopistealueista. Yhtymähallitus on asettanut mielenterveysneuvoston ajalle 2009–2012.

Kuvioon 4. On kuvattu Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän mielenterveysstrategian prosessia, ja mukaan on liitetty myös prosessin alustava aikatauluehdotus.



Kuvio 4. Rannikko-Pohjanmaan mielensterveysstrategian prosessi ja aikataulusuunnitelma

4. TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ELÄMÄNKAARIAJATTELU

Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän alueellista mielensterveysstrategiaa ohjaava mielensterveysneuvosto on valinnut strategian tarkastelunäkökulmaksi ennen kaikkea mielensterveyttä edistävän ja häiriöitä ehkäisevän työn. Näitä keskeisiä käsitteitä tarkastellaan seuraavaksi tarkemmin.

Julkisen vallan tehtävänä on edistää ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimeentuloa. Terveyden edistämisen näkökulmasta terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elintapojen ja valintojen tuloksena.

Terveyteen vaikuttavat arkiympäristöt – esimerkiksi kodit, asuma-alueet, liikenne, koulut, työpaikat ja vapaa-ajan toiminnot – elämäntavan muokkaajina. Ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito sekä elämönhallintataidot vaikuttavat terveyteen. Pelkästään terveydenhuollon keinoin terveyteen ei voida vaikuttaa riittävästi, vaan terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja kaikissa politiikoissa. (STM/ Terveyden edistäminen 2009; myös Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Yhteiskunnallisella tasolla terveyden edistämiseen liitetään myös elintapoihin ja ympäristöön vaikuttaminen, tartuntatautien torjuminen sekä väestön terveyserojen kaventaminen. (STM/Terveyden edistäminen 2009)

Terveyden edistäminen voidaan nähdä prosessina, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä. Kuntien toiminnassa tämä merkitsee terveyden edistämisen hyväksymistä kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jossa terveysnäkökohdat otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa, kaikilla toimialoilla. Käytännössä se tarkoittaa sitoutumista, joka vahvistetaan kuntastrategiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa, jossa terveyden edistämisen mitattavissa olevat tavoitteet hyväksytään koko kunnan tehtäväksi. Yhteiset tavoitteet konkretisoidaan jokaisen hallinnonalan omissa suunnitelmissa tehtäviksi, joiden toteutumista seurataan ja arvioidaan systemaattisesti strategiaprosessissa ja kunnan toimintakertomuksessa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

Mielenterveyden edistämässä keskeistä on ihmisen oma kokemus omasta hyvinvoinnistaan, jota voidaan kutsua myös *voimaantumiseksi*. Beresford ja Croft (1993: 155) luonnehtivat voimaannuttamista, valtaistamista tai empowerment-ajattelua prosessiksi, jossa ihminen itse kehittää asian merkityksiä, muodostaa omat johtopäätöksensä ja neuvottelee sekä keskustelee päätöksistä muiden toimijoiden kanssa. Voimaantumisen edellytyksenä eri toimijoiden tulee muun muassa:

- oppia työskentelemään yhdessä
- antaa mahdollisuus uusille ideoille ja laaja-alaiseen osallistumiseen
- aloittaa muutokset ensin omasta organisaatiosta ennen siirtymistä muihin
- pitää huolta siitä, ettei oman toiminnan piirissä esiinny syrjintää tai tiettyjen tahojen ulkopuolelle jättämistä
- puhua vain omasta puolestaan, eikä esitä ns. yleispäteviä lausuntoja
- pyrkiä torjumaan osallistumista ja voimaantumista haittaavia prosesseja

K5-kuntien alueella ehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön suurin potentiaali on peruspalveluissa, erityisesti perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa, sekä neuvoloissa, päiväkodeissa ja kouluissa. Esimerkiksi erilaiset vanhempainvalmennuskurssit, varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen sekä huolen puheeksiottaminen ovat keinoja, joita peruspalveluiden henkilöstö voi käyttää tukiessaan väestön hyvää mielenterveyttä. Myös asenteita muuttamalla ja mielenterveyden ongelmiin liittyvien ennakko- ja harhaluulojen poistamisella voidaan edistää hoitoon hakeutumista ja avuntarpeen tunnistamista hyvin varhaisessa vaiheessa.

4.1. Mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy

Mielenterveydellä on huomattava yhteiskunnallinen arvo. Mielenterveys on ensiarvoisen tärkeää yksilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta;• Mielenterveys koskee kaikkia, ja sitä luodaan ja ylläpidetään arkipäivän tilanteissa kotona, koulussa, työpaikalla ja vapaa-ajan harrasteissa;• Hyvä mielenterveys on tärkeä voimavara yksilöille, perheille, yhteisöille ja kansakunnille;• Mielenterveys – kansanterveyden erottamattomana osana – vaikuttaa myönteisesti yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen;• Psykkinen ja fyysinen terveys kytkeytyvät tiukasti toisiinsa. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004: 17.)

Mielenterveyden edistäminen eli promootio

Mielenterveyden edistäminen määritetään poikkitieteelliseksi ja sosiokulttuuriseksi pyrkimykseksi aikaansaada yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Kyse on elinikäisestä prosessista, joka alkaa syntymästä ja jatkuu varhaislapsuuden, lapsuuden ja nuoruuden kautta aikuisuuteen ja vanhuuteen. Siihen liittyy sellaisten yksilöllisten, sosiaalisten, yhteiskunnallisten ja ympäristöolosuhteiden luominen, jotka mahdollistavat suotuisan henkisen ja fyysisen kasvun ja mielenterveysongelmien vähentämisen.

Mielenterveyden edistämällä tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla pyritään tukemaan optimaalisen mielenterveyden toteutumista. Mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan se tulee ymmärtää yksilön voimavarana. (THL 2009.)

Mielenterveyden edistämisessä perusteluina voivat toimia monet eri näkökulmat:

1. Puuttuminen syihin, jotka altistavat psyykkiselle pahoinvoinnille tai laukaisevat tai ylläpitävät sitä (esim. perinnölliset tekijät, lapsuuden kokemukset),
2. Mielenterveyden edistämisen suuntaaminen kohderyhmän mukaisesti (esim. koko väestö tai pienemmät ryhmät iän, sukupuolen tai riskiryhmään kuulumisen mukaan),

3. Ympäristön tarkastelun kautta, jolloin väliintulo voidaan tehdä esim. kouluissa, päivähoitossa, perheessä tai vaikkapa työpaikalla,
 4. Yhteiskunnan eri tasoihin vaikuttamalla, esimerkiksi kansainvälisesti, alueellisesti, paikallisesti tai yksilötasolla,
 5. Kansanterveyden piirissä tapahtuva toiminta, joka voi olla osa esimerkiksi jotakin politiikkaa, ohjelmaa, palveluiden kehittämistoimintaa tai tuotetta, sekä
 6. Mielen terveyden edistäminen valikoitujen menetelmien kautta, kuten tiedon levittämisen, yhteistyön tiivistämisen, koulutuksen ja teknologioiden kautta.
- (Lavikainen ym. 2004: 35–36.)

Mielen terveyden häiriöiden ehkäisy eli preventio

Ehkäisevän mielen terveyden edistämisen ja häiriöiden ehkäisyyn tavoitteet käytännössä limittyvät toisiinsa. Mielen terveyden edistämällä tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla saadaan aikaan ja vahvistetaan yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen mahdollisimman hyvää mielen terveyttä. Mielen terveyttä edistävän työn kohteina ovat suojaavat olosuhteet, tapahtumat ja kokemukset, joita tulisi edistää ja vahvistaa psykologiseksi ja sosiaalisiksi voimavaroiksi. (THL 2009.)

Ehkäisevä mielen terveyden edistäminen on myös toimintaa, jonka tavoitteena on vahvistaa yksilön mielen terveyttä suojaavia tekijöitä ja rakenteita samalla, kun vähennetään tai poistetaan yksilön mielen terveyttä vaarantavia tekijöitä ja rakenteita. Vaikka ehkäisevä mielen terveyden edistäminen onkin toimintaa, josta suurin osa toteutuu varsinaisten mielen terveyden edistämisen palveluiden ulkopuolella, kuten perheissä, päivähoitossa, kouluissa ja työpaikoilla, niin mielen terveyttä edistävän ja häiriöitä ehkäisevän toimintatavan tulisi sisältyä kiinteästi myös hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. (Ehkäisevä mielen terveyden edistäminen kunnissa... 2009.)

Primaaripreventio kohdistuu mielen terveyden häiriöiden ilmaantuvuuden (uusien tapausten ilmaantumisen) vähentämiseen yhteisössä vähentämällä riskitekijöitä ja vahvistamalla suojaavia tekijöitä tai parantamalla sellaisten yksilöiden selviytymiskykyä, jotka eivät vielä pöde mielen terveysongelmia, mutta joilla uskotaan olevan jonkin häiriön riski. (Lavikainen ym. 2004: 20.)

Sekundaaripreventiossa vähennetään häiriön yleisyyttä lyhentämällä sen kestoja. Toisen vaiheen ehkäisyohjelmat on suunnattu henkilöille, joilla on häiriön ensioireita, ja niiden tavoitteena on lyhentää häiriön kestoja varhaisen toteutuksen ja nopean hoidon avulla. Kaikkiin kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien tuottamiin perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon palveluihin on tärkeää sisällyttää hoitavia ja kuntouttavia työmuotoja. (Lavikainen ym. 2004: 20.)

4.2. Mielenterveyden edistäminen elämänkaaren varrella

Mielenterveyttä voidaan edistää ja häiriöitä ehkäistä paitsi monilla yleisillä, koko väestöön vaikuttavilla toimenpiteillä, myös ikäkausittaisesti. **Lasten ja nuorten** kohdalla mielenterveyttä edistetään ennen kaikkea perheissä, neuvoloissa, päivähoidossa ja kouluympäristöissä. Mahdollisina menetelminä lasten ja nuorten mielenterveyden edistämiseksi voidaan mainita neuvoloissa varhaisen tukemisen menetelmät, kouluissa huolen puheeksiotto -menetelmä, erilaiset kampanjat ja tietoisuuskampanjat, harrastus- ja vapaa-ajan toimintamahdollisuuksien lisääminen, päivähoitopalveluiden ja kotihoidon turvaaminen sekä vanhemmuuden tukeminen. (Lavikainen ym. 2004: 19)

Aikuisilla mielenterveyden edistäminen ja ongelmia ehkäisevä työ tapahtuu paitsi perheessä, myös koulutuksen ja työn puitteissa. Turvallinen ja viihtyisä asuinympäristö, vapaa-ajan paikat perheille, pääsy erilaisiin työ- ja koulutautumismahdollisuuksiin, sosiaalinen tuki sekä mielenterveyden ensiapukoulutukset ovat mielenterveyttä edistäviä tekijöitä aikuisväestössä. **Ikäihmistien kohdalla** mielenterveyden edistämistä voidaan tukea esimerkiksi varmistamalla turvallinen ja esteetön asuinympäristö, järjestämällä erilaista vapaa-ajan ja sosiaalista toimintaa, vähentämällä yksinäisyyttä sekä järjestämällä esim. tukihenkilöväilyjä. (Emt. 2004: 19)

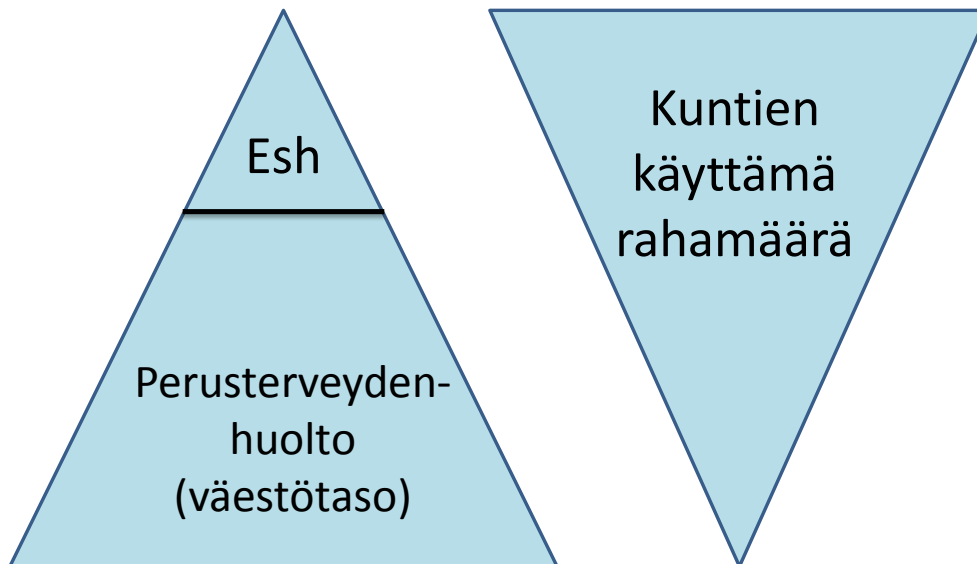
5. PAIKALLISET KEHITTÄMISHAASTEET NYKYTILAN POHJALTA

5.1. Mielenterveystyön kokonaisuus K5-kunnissa

Koska alueen kuntien (pl. Maalahti ja Korsnäs, joiden palvelunkartoitus on tehty Vaasan seudun päihdestrategian nykytilaselvitysvaiheessa) palvelujärjestelmää on kartoitettu hyvin kattavasti Sydin-hankkeen puitteissa, ei nyt laadittavassa mielenterveysstrategiassa lähdetä erikseen avaamaan alueella esiintyvää palveluntuotantoa. Sen sijaan, tässä mielenterveystyön kokonaisuunnitelmassa keskitytään mielenterveyden laajalla kentällä toimivien tahojen tämänhetkisen tehtäväkentän sekä tulevaisuuden resurssitarpeiden linjaamiseen.

Mielenterveys- ja päihdetyö ovat kuitenkin koko yhteiskunnalle kuuluvia asioita, lähtien aina poliittisesta päätöksenteosta, kaupunkien ja kuntien johdosta, sosiaali- ja terveydenhuollosta, koulutoimesta, teknisestä toimesta, ihmisten työyhteisöihin, koteihin ja perheisiin asti. Alueen kattavuuden vuoksi on luotava alueellisia rakenteita näiden palveluntarpeiden kattamiseksi.

Alla olevassa kuviossa on esitetty tämänhetkinen tilanne kunnissa mielenterveystyön kokonaisuuden ja käytössä olevien resurssien suhteen.



Kuvio 5. Mielenterveystyön ja kuntien resurssien välinen suhde

Ongelmana tuntuu siis tällä hetkellä olevan se, että kallista erikoissairaanhoidoa tarvitsee murto-osa väestöstä, vaikka sen rahoittamiseen menee valtaosa peruskuntien mielenterveystyöhön varatuista resursseista, kun taas edistävään ja ehkäisevään työhön ohjattavia resursseja on suhteessa väestöön huomattavan vähän. Perusterveydenhuollossa voitaisiin hoitaa suurin osa lievistä mielenterveyden ongelmista, mikäli ne havaittaisiin varhaisessa vaiheessa ja tarjolla olisi monipuolista, porrastettua avohoitopohjaista mielenterveyden hoitoa.

Mielenterveysneuvosto on tarkastellut mielenterveysstrategian kehittämisalueiden hahmottamiseksi seuraavien kokonaisuuksien **nykytilaa**:

- **Edistävä ja ehkäisevä työ**

Mielenterveyttä edistävän ja häiriöitä ehkäisevän työn tulisi olla kaiken toiminnan perustana. Mielenterveysneuvoston kokouksissa käsiteltyjen teemojen mukaisesti

jokaisen kunnan peruspalvelut, erityisesti perhetyö, sosiaali- ja terveystoimi sekä päiväkodit ja koulut ovat tärkeintä ehkäisevän mielenterveystyön kenttää. Lisäksi äitiys- ja lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa on paljon henkilöstöä, joiden tehtäväkuva mielenterveyden kentällä sijoittuu ennen kaikkea ehkäisevään ja edistävään mielenterveystyöhön. Myös seurakunnat ja järjestöt järjestävät monenlaista toimintaa (mm. erilaisia leirejä ja kursseja), joiden voidaan nähdä kuuluvan mielenterveyden edistämistyöhön. Mielenterveyttä edistävä näkökulma tulee olla paitsi peruspalveluiden sisällä, niin myös mielenterveyden hoitojärjestelmässä aina erikoissairaanhoidon tasolle saakka.

Alueella on neljä terveyskeskusta, joissa ehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön mahdollisuuksia ei ehkä vielä ole huomioitu riittävästi. Terveyskeskuspsykologit, sekä mahdollisesti jokaiseen terveyskeskukseen tuotavat masennus- tai muut psykiatriset sairaanhoitajat ovat myös jatkossa kuntien muun henkilöstön kanssa avainasemassa mielenterveystyön kehittämisessä perustasolla ja lähipalveluissa. Selkeästi nouseekin esiin iso tarve asennemuutokselle mielenterveystyötä kohtaan. Yhä enemmän pitäisi nostaa esille mielenterveyden edistämisen ja häiriöiden ehkäisyn tärkeys, sekä varhainen tukeminen perustasolla. Kuntien peruspalveluissa, ja erityisesti perusterveydenhuollossa on valtava potentiaali tämänkaltaiselle varhaiselle otteelle ja asenteiden muuttamiselle mielenterveyskysymyksiä kohtaan. Kehittämishaasteena ehkäisevän ja edistävän työn osalta onkin niiden nostaminen kunnan päätöksenteon prioriteettilistan kärkeen, vaikka konkreettisia kustannussäästöjä tai toiminnan vaikuttavuutta on vaikea osoittaa lyhyellä aikavälillä. Strategiassa esitetään myöhemmin jotakin kehittämisehdotuksia ehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön osalta.

- **Päihdetyö**

Päihde- ja mielenterveystyö kytkeytyvät niin vahvasti toisiinsa, että päihdetyön kehittäminen on osa mielenterveystyön kehittämistä myös mielenterveysneuvoston linjausten mukaan. Päihdetyön kehittäminen on lisäksi samalla vaikuttavaa ennalta ehkäisevää ja edistävää mielenterveystyötä. Tässä yhteydessä yhteistyö seurakuntien ja järjestöjen kanssa olisi tärkeä kehittämisen painopistealue. Riittävän tiedottamisen ja mielekkään tekemisen tarjoaminen koko perhe huomioiden on yksi keino viedä alueen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä eteenpäin. Asenteissa ja hoitoon pääsyssä on kuitenkin vielä sekä mielenterveys- että päihdetyön kohdalla paljon tehtävää, jotta asiakaslähtöisyys ja ihmisen kunnioittamisen periaatteet toteutuisivat kaikilla tasoilla.

Päihdepalveluja ostetaan muun muassa Vaasan kaupungilta (esim. A-klinikka, Selviämis- ja katkaisuhuoltoasema), Pixne-klinikalta, Tolvis-centeriltä, Samaria-yhdistykseltä, Ventuskartano ry:ltä sekä Minnesota-hoidosta. Joissakin tapauksissa ongelmina ovat kuitenkin etäisyydet sekä erityisesti jälkihoidon ja seurannan puute, jolloin päihdetyön osamista olisi entistä selkeämmin tuotava perustason palveluihin, esimerkiksi terveyskeskuksiin.

- **Selvitykset, arvioinnit ja lausunnot**

Peruskunnissa tehdään lasten, nuorten ja aikuisten psykologisia arvioita, mutta henkilöstöä on edelleen liian vähän, ja esimerkiksi psykiatrin konsultaatioapua on hyvin vähän tarjolla. Lisäksi eri kuntien puheeksi ottamis- ja hoitoonohjauskäytännöissä voi olla eroavaisuuksia, jolloin yhteisten, alueellisten kehittämislinjausten luominen olisi tärkeää. Kehittämishaasteena onkin erityisesti oman psykiatrin saaminen K5-kuntien alueelle, sekä henkilöstön erikoistumistarpeet esimerkiksi siten, että osa henkilöstöstä erikoistuisi ikäkausien mukaan (lapset, nuoret, aikuiset ja ikäihmiset). Kaikkia arviointeja ja lausuntoja ei välttämättä ole tarpeenmukaista tehdä paikallistasolla, vaan osa arvioista voitaisiin hoitaa keskitetysti K5-tasolla. Strategiassa esitetään myöhemmin kehittämisehdotuksia selvitysten, arviointien ja lausuntojen osalta.

- **Terapiat**

Perhe- ja pariterapiaa sekä tukikeskusteluja on K5-kuntien alueella tarjolla paitsi terveyskeskuksissa niin myös perhepalveluissa. Näkökulma on siten samalla edistävää ja hoitavaa. Perustasolla sosiaalityöntekijöiden, psykologien ja esimerkiksi masennushoitajien osaamisalaan kuuluva perhe- ja pariterapiatyö käsittelee myös kasvatukseen, perheiden ongelmiin ja vuorovaikutussuhteisiin liittyviä kysymyksiä. Henkilöstöllä ei kuitenkaan välttämättä ole tarvittavaa mielenterveyskysymyksiin liittyvää osaamista tai apunaan yhtenäisiä hoitoonohjauskäytäntöjä vakavampien tapauksien kohdalla. Lisäksi henkilöstö jää monesti ”yksin” asiakkaidensa kanssa, eikä terapiakeskusteluja käyvän henkilöstön taustalla vielä ole moniammatillista tiimiä, jonka kanssa tapauksia voisi purkaa. Strategiassa esitetään myöhemmin kehittämisehdotuksia terapiatyön osalta.

- **Kriisityö**

Tällä hetkellä K5-alueen kunnista ainoastaan Närpiössä on toimiva kriisiryhmä traumaattisten tapahtumien jälkihuoltoon, joten kriisityön kehittämiseksi alueella on todellinen tarve. Närpiössä kriisiryhmä voidaan kutsua paikalle joko

pelastustoimesta tai terveyskeskuksen hoidontarpeen arvioinnin yhteydessä virastotyöaikaan, maanantaista perjantaihin. Muissa kunnissa kriisiryhmää ei kuitenkaan ole (vaikka Maalahden ja Korsnäsän terveyskeskuksessa tällainen ryhmä onkin toiminut aikaisemmin).

Mielenterveysstrategiassa ehdotetaan yhtenä tärkeänä kehittämiskohteena liikkuvan työryhmän perustamista, joka muun muassa voisi antaa psyykkistä ensiapua tai kriisiapua akuuteissa tilanteissa K5-alueella. Kuntayhtymän alueella tulisi kriisiapua voida tarjota sekä paikallisesti (esim. terveyskeskukset) että alueellisesti, jolloin liikkuva työryhmä voisi olla yksi kehittämiskohde.

- **Kuntoutus**

Tällä hetkellä kuntouttavaa työtä on K5-kunnissa tarjolla paitsi kotihoidon piirissä, niin myös Närpiön Klarabon ja Kristiinankaupungin alueella toimivan Mikevan asumisyksiköissä. Lisäksi alueella on tarjolla kolmannen sektorin toimijoiden tuottamia kuntouttavia palveluita, muun muassa psykososiaalinen yhdistys Svalanin ystäväntuvat, Korsnäsissä n. kerran viikossa toimiva ystäväntupatoiminta, Molpen ”Industricentral/Arbetscentral” sekä Kristiinankaupungissa ja Närpiössä toimiva JobCenter. Lisäksi kuntouttavaan työhön voidaan K5-kunnissa nykytuotoisena lukea myös lääkärin tai terapeutin suorittama seurantatyö, ryhmäterapia, kotikäynnit, koulutukset ja elämänhallintataitojen valmennus (ADL-träning). Strategiassa esitetään myöhemmin kehittämisehdotuksia kuntoutustyön osalta.

Mielenterveystyön osa-alueiden sisältöjen ja rakenteiden kehittämisehdotukset esitellään strategian toimenpide-osassa.

Mielenterveystyössä voidaan siten nähdä kolme kehitettävää linjaa: **Ehkäisevä ja edistävä työ, palvelujärjestelmä** sekä **kuntouttava työ**. Kokonaisuuksien huomioiminen voisi vähentää tarpeettomia raja-aitoja eri sektoreiden välillä ja antaa samalla mahdollisuuden resurssien hyödyntämiseen joustavalla ja tarkoituksenmukaisella tavalla.

5.2 Mielenterveyden avo- ja laitospalveluiden käyttö K5-kunnissa

Strategiaa kirjoitettaessa alueen terveyskeskuksissa ei ollut käytössä yhtenäisiä tilastointitapoja mielenterveyskäynneistä. Tästä syystä strategiassa esitetään mielenterveyden avo- ja laitospalvelujen käyttöä lähinnä erikoissairaanhoidollisesta näkökulmasta käsin. Tilastot on saatu suoraan Vaasan sairaanhoitopiiristä sekä THL:n ylläpitämistä tilastotietokannoista.

Kuntayhtymä K5:n alueella käytettiin vuonna 2008 psykiatrian erikoissairaanhoidon (sekä avo- että laitoshoidon) yhteensä yli 3 milj. €. Kustannuksista avohoidon palveluihin käytettiin 1/3 ja vuodeosastohoitoon 2/3 kokonaissummasta. Erikoissairaanhoidon käytettävää rahamäärää voitaneen tulevaisuudessa pienentää, mikäli resursseja ja kehittämistyötä suunnataan yhä enemmän sekä peruspalveluissa tuotettavien lähipalveluiden että alueellisten psykososiaalisten palveluiden suuntaan. Erikoissairaanhoidon tullaan toki tarvitsemaan jatkossakin, mutta lähtökohtana tässä strategiassa on peruspalveluiden erityisosaamisen sekä henkilöstön mielenterveystyön ammattitaidon kehittäminen ehkäisevästä ja terveyttä edistävästä näkökulmasta.

Taulukko 2. Erikoissairaanhoidon avo- ja laitoshoidon käyttö K5-kuntien alueella vuonna 2008 (lähde: vshp:n tilastot)

			Toteutuneet käynnit v. 2008	Toteutuneet kustannukset v. 2008
			KPL	EUR
AVOHOITO- KÄYNNIT	YLEISSAIRAALA- PSYKIATRIA	Kaskinen	3	499,00
		Korsnäs	12	1 772,00
		Kristiinankaupunki	11	1 773,00
		Maalahti	46	7 316,00
		Närpiö	15	2 105,00
		YHTEENSÄ	87	13 465,00
	VAASAN MIELENTER- VEYSKESKUS	Kaskinen	4	348,00
		Korsnäs	310	30 137,00
		Kristiinankaupunki	41	4 009,00
		Maalahti	871	89 441,00
		Närpiö	28	3 268,00
		YHTEENSÄ	1 254	127 203,00
	VAASAN PÄIVÄKESKUS	Kaskinen		
		Korsnäs	1	68,00
		Kristiinankaupunki		
		Maalahti		
		Närpiö		
		YHTEENSÄ	1	68,00
	PÄIVÄOSASTO, VAASA	Korsnäs		
		Kristiinankaupunki		
		Maalahti	36	6 840,00
		Närpiö		
		YHTEENSÄ	36	6 840,00
	KRISTIINAN- KAUPUNGIN PSYKIATRINEN	Kaskinen	392	58 934,00
		Korsnäs	4	467,00
		Kristiinankaupunki	2 387	349 956,00

	POLIKLINIKKA	Maalahti	20	4 134,00
		Närpiö	3 083	426 758,00
		YHTEENSÄ	5 886	840 249,00
	PSYKIATRIAN POLIKLINIKKA	Kaskinen	7	889,00
		Korsnäs	58	5 295,00
		Kristiinankaupunki	43	5 243,00
		Maalahti	134	10 969,00
		Närpiö	25	3 080,00
		YHTEENSÄ	267	25 476,00
	LASTEN- PSYKIATRINEN POLIKLINIKKA	Kaskinen		
		Korsnäs	45	7 722,00
		Kristiinankaupunki	17	3 104,00
		Maalahti	171	29 309,00
		Närpiö	17	2 841,00
		YHTEENSÄ	250	42 976,00
	NUORISO- PSYKIATRINEN POLIKLINIKKA	Kaskinen	1	208,00
		Korsnäs	85	13 907,00
		Kristiinankaupunki	22	3 654,00
		Maalahti	95	15 104,00
		Närpiö	62	9 243,00
		YHTEENSÄ	265	42 116,00
	PSYKIATRIAN TUKITOIMINNOT	Kaskinen		
		Korsnäs	154	7 566,00
		Kristiinankaupunki		
		Maalahti	84	4 086,00
		Närpiö	8	354,00
		YHTEENSÄ	246	12 006,00
AVOHOITO YHTEENSÄ			8 292	1 110 399,00
VUODEOSAS- TOHOITO, HOITOPÄIVÄT			Toteutuneet käynnit v. 2008	Toteutuneet kustannukset v. 2008

			KPL	EUR
	KUNTOUTUS- TOIMINTA	Korsnäs	627	24 727,00
		Kristiinankaupunki		
		Maalahti	262	13 362,00
		Närpiö		
		YHTEENSÄ	889	38 089,00
	AKUUTTI- PSYKIATRIAN OS. 3	Kaskinen	151	44 847,00
		Korsnäs	104	30 888,00
		Kristiinankaupunki	300	89 100,00
		Maalahti	180	53 460,00
		Närpiö	240	71 280,00
		YHTEENSÄ	975	289 575,00
	AKUUTTI- PSYKIATRIAN OS. 7	Kaskinen	1	324,00
		Korsnäs		
		Kristiinankaupunki	195	63 180,00
		Maalahti	108	34 992,00
		Närpiö	282	91 368,00
		YHTEENSÄ	586	189 864,00
	AKUUTTI- PSYKIATRIAN OS. 10	Kaskinen	7	2 590,00
		Korsnäs	109	40 330,00
		Kristiinankaupunki	266	98 420,00
		Maalahti	269	99 530,00
		Närpiö	477	176 490,00
		YHTEENSÄ	1 128	417 360,00
	KUNTOUTUS- OSASTO 2.	Kaskinen	14	3 948,00
		Korsnäs	3	846,00
		Kristiinankaupunki	359	101 238,00
		Maalahti	13	3 666,00
		Närpiö	345	97 290,00
		YHTEENSÄ	734	206 988,00
	KUNTOUTUS- OSASTO 6	Kaskinen		
		Korsnäs	21	5 670,00
		Kristiinankaupunki	221	59 670,00

		Maalahti	116	31 320,00
		Närpiö	404	109 080,00
		YHTEENSÄ	762	205 740,00
	PITKÄAIKAIS- PSYKIATRINEN OS. 8	Kaskinen		
		Korsnäs		
		Kristiinankaupunki	366	86 376,00
		Maalahti		
		YHTEENSÄ	366	86 376,00
	AKUUTTI- OSASTO 9	Kaskinen		
		Korsnäs		
		Kristiinankaupunki	329	116 466,00
		Maalahti	84	29 736,00
		Närpiö	127	44 958,00
		YHTEENSÄ	540	191 160,00
	LASTEN- PSYKIATRIAN VUODEOSASTO	Kristiinankaupunki	127	107 385,00
		Maalahti	112	88 374,00
		Närpiö		
		YHTEENSÄ	239	195 759,00
	NUORISO- PSYKIATRIAN OSASTO	Kristiinankaupunki	102	52 458,00
		Maalahti	39	21 996,00
		Närpiö	13	7 332,00
		YHTEENSÄ	154	81 786,00
VUODEOSASTOHOITO YHTEENSÄ			6 373	1 902 697,00
AVO- JA VUODEOSASTOHOITO YHTEENSÄ			14 665	3 013 096,00

Taulukko 3. Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö K5-kuntien alueella vuosina 2007 ja 2008
(Lähde: THL:n ja STAKES:n tilastot)

	/1000 asukasta		Ikä		Hoito-päivät		/1000 asukasta		Hoito-jaksot		Kesto		/1000 asukasta	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Kaskinen	7,4	4,0	51	52	660	629	441	425	12	11	35	24	8,0	7,4
Korsnäs	2,7	4,0	49	45	341	250	153	112	9	10	42	25	4,0	4,5
Krs	5,1	6,3	51	51	3179	3032	427	414	46	56	53	41	6,2	7,6
Maalahti	6,3	5,6	49	46	1836	1418	333	256	46	40	39	27	8,3	7,2
Närpiö	3,4	3,8	45	48	1387	1820	147	192	41	44	23	27	4,3	4,6

Taulukko 4. Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö koko maassa vuosina 2007 ja 2008

	2007	2008
Potilaita	31 799	32 140
/1000 asukasta	6,0	6,0
Ikä	42	42
Hoitopäivät	1 704 798	1 644 608
/1000 asukasta	322	310
Hoitojaksot	47 190	46 865
Kesto	36	34
/1000 asukasta	8,9	8,8

5.3. Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden ja omaisten kanssa

Tällä hetkellä K5-kuntien alueella mielenterveystyötä tehdään paitsi kuntien peruspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa, niin laajalti myös kolmannen sektorin toimijoiden tuottamina. Seurakunnat, järjestöt ja yhdistykset ovat korvaamaton osa mielenterveystyön kokonaisuuden kenttää. Esimerkiksi Psykososiaalinen yhdistys Svalan r.f., Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasan seutu r.y., Hyvä tuuli ovat mielenterveystyön kentällä K5-kuntien alueella toimivia järjestöjä.

Palvelunkäyttäjien, omaisten ja järjestöjen edustajien näkemyksiä kehitettävästä yhteistyöstä

Strategian kirjoittamisvaiheessa mielenterveysneuvosto on kuunnellut myös järjestöjen, palvelunkäyttäjien ja omaisten näkemyksiä mahdollisista kehittämisen painopistealueista. Yleisenä näkemyksenä on, että keskusteluyhteys omaisten ja hoitojärjestelmän väliltä puuttuu usein kokonaan. Jotta hoito onnistuisi mahdollisimman hyvin, tulisi paitsi potilaan itsensä, niin myös hänen läheisensä ja omaisensa ottaa mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen. Yksilöllisyys tulee ottaa tässäkin huomioon: se mikä sopii yhdelle, ei välttämättä sovi toiselle. Vaikka vaitiolovelvollisuutta tulee kunnioittaa, se ei estä kysymästä potilaalta, voiko tietoja jakaa muiden ammattilaisten sekä lopulta myös omaisten kanssa. Asiakas/palvelunkäyttäjä ja hänen omaisensa ovat kaikissa kuntoutusprosessin vaiheissa keskeisiä toimijoita. He vaikuttavat muun muassa kuntoutuksen tavoitteiden uudelleenmuotoiluun ja priorisointeihin, eri menetelmien valintaan sekä yhteistyömallin luomiseen. Kuntoutujat tarvitsevat riittävästi aikaa, sillä kuntoutuminen ja työ- ja toimintakyvyn palautuminen ovat pitkäkestoisia prosesseja. Tiheään vaihtuva hoitohenkilöstö ei aina ota tätä riittävästi huomioon. Jokaiselle tulisi kuitenkin antaa mahdollisuus löytää oma kuntoutumisen polkunsä. Ammattitaitoisen tuen saaminen koko prosessin ajan on tärkeää. Tarvitaan kattava kuntoutumissuunnitelma, kurseja, ohjausta, sekä tukea myös omaisille. Myöskään lääkehoidon, psykoterapeuttisten keskustelujen tai vuorovaikutteisen tietojen vaihdon merkitystä ei voi unohtaa.

Esimerkiksi Omaiset mielenterveystyön tukena Vaasanseutu ry on ehdottomasti sitä mieltä, että mielenterveysneuvoston ajatus liikkuvasta työryhmästä on erinomainen, ja tulisi todelliseen tarpeeseen. Tällaiseen tiimiin kontaktin saaminen akuuteissa tilanteissa helpottaisi monin tavoin omaisten taakkaa ja jopa ehkäisisi omaisten sairastumista itse mielenterveyden ongelmiin. Erityisesti skitsofreniaan sairastuneiden vanhemmat joutuvat koville, vaikka potilas asuisikin omassa asunnossa, on vanhempien vastuu ja huoli suuri. Avohoidon ja osastohoidon välillä on edelleen suuria aukkoja, ja esimerkiksi

terveyskeskuksissa voitaisiin jakaa tietoa kolmannen sektorin toiminnasta. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöstön tulisi tietää, mitä kaikkea kolmas sektori tekee, ja mitä se vielä voisi tehdä enemmän yhteistyössä virallisten tahojen kanssa.

Svalan r.f. on Närpiön, Kristiinankaupungin ja Kaskisten alueella toimiva psykososiaalinen yhdistys, jolla on tarjolla jäsenilleen monenlaista virkistystoimintaa sekä leiri- ja kurssitoimintaa. Yhdistyksen alaisuudessa toimii kaksi ystäväntupaa, Svalboet Närpiössä ja Primula Kristiinankaupungissa. Ystäväntupa Svalanista yhteistyön kerrotaan toimivan erinomaisesti psykiatrisen poliklinikan kanssa, sekä Jäljillä-hankkeen ja Kristiinankaupungin terveyskeskuksen masennushoitajan kanssa. Ystäväntuvassa koetaan, ettei se pyri ”kilpailemaan” virallisten terveydenhuollon tahojen kanssa, vaan kyseessä on enemmänkin mielenterveyden laajalla kentällä yhteistyössä toimiminen ja täydentävät tehtävät. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota nuorten mielenterveyteen, sillä jatkossa tästä aiheutuu merkittäviä kustannuksia ja inhimillisiä kärsimyksiä, mikäli nuorison ja nuorten aikuisten mielenterveyskysymyksiin ei tartuta ajoissa. Omaisten mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun heti alusta lähtien ehkäisee hyvin ongelmien sukupolvittaista siirtymistä.

Konkreettisenä yhteistyön paikkana ystäväntuvan ja K5-alueen terveydenhuoltojärjestelmien välillä ehdotettiin **kuntoutusohjaajan toimimista ystäväntuvan tiloissa**. Lisäksi ystäväntupiin voisi perustaa asiantuntijaneuvostoja, toisin sanoen työryhmiä, joihin omaisjärjestöjen edustajat toivotettaisiin tervetulleiksi mukaan. On yleisestikin erittäin tärkeää selkiyttää, mikä rooli kolmannen sektorin toimijoilla on ja miten omaiset voidaan ottaa paremmin mukaan hoidon suunnitteluun. Järjestöjen edustajat kokivat, että omaisten näkökulmasta tämä on alueellisen mielenterveysstrategian yksi tärkeimmistä kehittämisen painopistealueista.

Päihdepuolen osalta on keskusteltu muun muassa Pixne-klinikan edustajien kanssa. Heidän näkemyksensä on, että erityisesti jälkihuollon osalta on vielä paljon kehitettävää, sillä palveluiden asiakkaat tarvitsevat tukea uloskirjoituksen jälkeenkin. On kyllä kehitetty ns. jälkihuoltoryhmää, mutta valitettavasti vielä ei ole olemassa pysyviä rakenteita. Tämänkaltaisen työ ei tosin välttämättä edes vaatisi ylettömän paljon resursseja, sillä esimerkiksi joka toinen viikko pari tuntia kokoontuva ryhmä ei tulisi kovin kalliiksi.

Päihdetyön osalta yhteisenä kehittämisen linjana K5-alueella nähdään tiiviimpi yhteistyö **terveyskeskuksiin sijoitettavien päihdehoitajien kanssa**. Esimerkiksi Kaskisten, Kristiinankaupungin ja Närpiön terveyskeskuksissa vastaanottoaan pitävä päihdehoitaja on koettu hyvänä kontaktina ja helppona yhteistyökumppanina. Hän jakaa tietoa ja hänellä on

hallussaan monien meneillään olevien projektien tilanteet. Koko K5-alueella voisikin olla yhteinen koordinaattori, yhteyslinkki kaikkiin alueen kuntiin, jotta kokonaisuus tulisi hoidetuksi. Vaikka Vaasassa onkin selviytymis- ja katkaisuhuoltoasema, niin käytännössä etäisyydet muodostuvat esteellisiksi. Joidenkin asiakkaiden mielestä Vaasan katkolla on liian tiukka järjestys, eivätkä kaikki asiakkaat jaksaa toimia ns. sääntöjen mukaan.

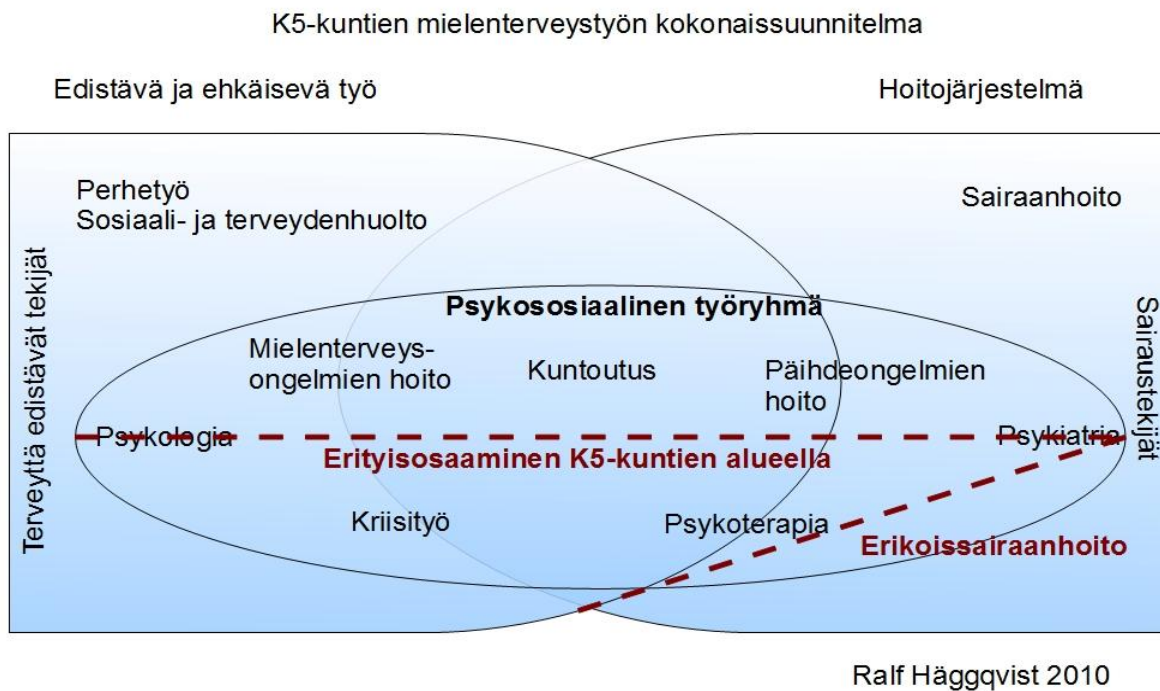
Konkreettisenä yhteistyöehdotuksena onkin mietitty, voisiko Pixneltä tulla jälkihuoltoryhmä Närpiöön, joka palvelisi koko K5-aluetta. Lisäksi olisi pohdittava, miten esimerkiksi ajatellun kuntoutusohjaajan työ kytkeytyisi tähän, eli voisiko yhdistää tämän jälkihuoltoryhmän toimintaan: tällöin voitaisiin paremmin huomioida sekä mielenterveys- että päihdekysymykset.

Mielenterveysneuvostossa onkin keskusteltu muun muassa omais- tai käyttäjäneuvoston perustamisesta yhdessä omaisjärjestöjen kanssa. Vaikka mielenterveysneuvoston pysyvään kokoonpanoon ei vielä ole saatu käyttäjä-, tai omaisedustajaa, tulevaisuudessa tämänkaltainen yhteistyö suoraan palveluidenkäyttäjien ja niitä tuottavien tahojen välillä on tärkeää järjestelmän paremman toimivuuden kannalta. Myös kuntoutumisen tukena asiakkaiden ja omaisten äänen kuunteleminen on olennainen osa arjen hallintaa ja kuntouttavaa hoito-otetta.

II TOIMENPIDEOSA

6. STRATEGIAN TAVOITTEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Strategian selonteko-osiossa kuvattujen mielenterveyden kentän osa-aluejaon mukaisesti on hahmoteltu seuraavanlainen kuvio siitä mielenterveystyön kokonaisuudesta, johon tällä strategialla pyritään:



Kuvio 6. Mielenterveystyön kentän organisoituminen K5-kunnissa

Kuviota voidaan ajatella jatkumona, jossa vasemmassa reunassa ovat terveyttä edistävät tekijät ja oikeassa reunassa puolestaan sairaustekijät. Tähän välimaastoon sijoittuu joustavasti psykososiaalinen työkenttä, jossa on sekä perus- että erikoistason osaamista. Edistävää ja ehkäisevää työtä on ennen kaikkea peruskunnissa tehtävän mielenterveystyön lähtökohta, mutta sen tulee olla toimintaa määrittävänä tavoitteena myös alueellisella, K5-tasolla, sekä sairaanhoitojärjestelmän piirissä. Ihminen kohdataan ensimmäiseksi perhetyössä tai sosiaali- ja terveydenhuollossa, jonne olisi saatava mielenterveyden osaamista niin tunnistamisen, puheeksi ottamisen kuin hoitoonohjaamisenkin tasoilla.

Lähtökohtaisina ajatuksina kehittämisehdotusten määrittelyssä ovat olleet muun muassa seuraavat periaatteet:

1. Mielenterveystyön henkilöstöstä muodostetaan kokonaisuus, psykososiaalinen palvelukeskus, jonka toiminta on erikoislääkärin johtamaa
2. Olemassa oleva henkilöstöresurssi siirretään yksikön alaisuuteen
3. Toiminta on sekä peruskuntatasolla terveyskeskuksissa että keskitetysti yhteisenä toimintana
4. Henkilöstö on kokonaisvastuussa toiminnan toteuttamiseksi ja suunnittelemiseksi siten, että käytössä olevat voimavarat käytetään mahdollisimman tehokkaasti
5. Uudet toimintakäytännöt integroidaan jo olemassa oleviin tai uusiin rakenteisiin huomioiden asiakkaiden ja omaisten osallisuuden
6. Yhteistyötä Vaasan sairaanhoitopiiriin kanssa kehitetään osana mielenterveystyön kokonaisuutta
7. Toiminta on taloudellisesti kestävä
8. Potilaiden ja omaisten asiantuntijuus tuodaan esille suunnittelussa ja toimenpanossa
9. Potilas- ja omaisjärjestöjen osaamista hyödynnetään

6.1. Terveyttä edistävä toiminta

Terveyttä edistävä ja ennalta ehkäisevä työ on erittäin tärkeää ja tulisi johtaa koordinoitusti kuntien ja K5-alueen johtoportaiden yhteistyönä. Johtoryhmä asettaa tavoitteet ja seuraa niiden toteutumista, huolehtii vuosittaisen hyvinvointilinjapäätöksen tekemisestä ja katsoo, että valtuustot asettavat ns. alueen terveystavoitteensa joka neljäs vuosi. Terveystavoitteiden toteuttamiseksi nimetään vastuuhenkilöt. Toimenpiteet voidaan sovittaa yhteen tarkoituksenmukaisiksi kokonaisuuksiksi ja toimenpiteiden tuloksellisuutta on mahdollisuus seurata. Jotta terveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn varattavat voimavarat voitaisiin varmistaa koko alueelle, tarvitaan ehdottomasti päätoiminen koordinaattori.

6.1.1. Perustason mielenterveyttä edistävää työtä, perhepalvelut (terveydenhoito ja sosiaalihuolto)

Psykososiaalisen työryhmän toiminta-ajatuksena on terveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy. Viime vuosina ehkäisevä ja terveyttä edistävä työ on jäänyt yhä vähemmälle huomiolle erityisesti lasten, nuorten ja lapsiperheiden kohdalla.

Palvelut tulisivat tuottamaan lähellä palvelunkäyttäjää terveydenhuollon yksiköissä. Perusterveydenhuollon henkilöstö kohtaa nyt mielenterveyden ongelmia yhä useammin ja on usein ensimmäinen kontakti hoitoa tarvitseville henkilöille. Lasten ja perheiden parissa tehtävä ehkäisevä ja edistävää työtä tulee järjestää siten, että terveydenhoitajat ja sosiaalitoimen henkilöstö yhteistyössä perhekeskuspsykologien ja koordinaattorin kanssa suunnittelee ja toteuttaa tätä laajaa kokonaisuutta. Terveyskeskuksissa työskentelevien psykologien työ tulee ennen kaikkea olla edistävää työtä eri tasoilla. Terveyttä edistävää työtä nähdäänkin tärkeänä palvelukokonaisuutena, jossa tavoitteena on paitsi ehkäistä mielenterveyden ongelmia, niin myös estää sairauksien uusiutuminen ja pitkäaikaistuminen.

Alueen jokaisessa terveystieteidenkeskuksessa on jo olemassa laaja resurssipohja edistävän ja ehkäisevän työn tekemiselle. Terveydenhuollon (lasten-, äitiys- ja kouluterveydenhuolto) sekä osa sosiaalihuollon (sosiaalityöntekijät ja perhetyöntekijät) henkilöstöstä ovat osaa edistävän työn kenttää. Perustettavasta psykososiaalisesta yksiköstä terveystieteidenkeskuspsykologit toimisivat perhetyön parissa ja erityisesti mielenterveyden edistämistehtävissä.

Perhepalveluyksiköiden henkilökunta sekä terveystieteidenkeskuspsykologit, koulukuraattorit ja koulujen psykologit että psykososiaalisen hoidon yksikön henkilökunta voisivat koordinaattorin kautta ottaa suurempaa vastuuta ehkäisevän työn alueellisesta suunnittelusta ja toimeenpanosta. Työn hoitamiseksi vaaditaan henkilöstöltä perusosaamista mielenterveyden ja päihdetyön problematiikasta ja yleisimmistä häiriöistä. Perhepalveluyksikön toiminnot ovat ensisijaisesti suunnattu lasten, nuorten ja perheiden terveyden edistämistyöhön. Kokonaisuutena voisivat olla Maalahti-Korsnäs, Närpiö-Kaskinen sekä Kristiinankaupunki-Kaskinen.

Tämä voi merkitä esimerkiksi sitä, että tietyt toimet järjestetään koko K5-alueella koskevana kokonaisuutena, kuten terveydenhoitajien työmenetelmien yhtenäistäminen sekä vanhempainvalmennuskurssit. Rakenteellinen uudelleenjärjestely antaa toki myös mahdollisuuden siihen, että yksittäiset kunnat voivat eri sektorilla (esimerkiksi koulutoimissa) asettaa omia tavoitteitaan.

Taulukko 5. Terveyskeskuspsykologien kululaskelma

Perhepalvelut	Terveyttä edistävä työ			Uusi virka
	Lkm	Vshp	Tk	
Tk-psykologi	3	0	3	0

Kokonaispalkkakustannukset n. 173 000€. Ei lisäkustannuksia, toteutetaan vuonna 2012. Virat ovat jo terveyskeskuksissa ja eivät sisällä kustannusten lisäystä.

6.1.2. Kuntoutus

Tavoitteena on luoda kuntouttamistyöhön K5-malli sidosryhmien tarpeita vastaavaksi. Otetaan huomioon eri toimintamudoot, volyymi, toimijat, talous, ostopalvelumahdollisuus (K5 on tilaajana). Erilaisten päivätoimintakeskusten yhteyteen voidaan hyvin luoda kumppanuusohjelmia kuntien kanssa (tilavuokrat, yms.). Näin rakennettaisiin olemassa olevien toimintojen ja rakenteiden ympärille myös kuntouttavaa toimintaa. Nämä keskuksat voisivat toimia myös klubitaloperiaatteella. Työpainotteinen, asiakaslähtöinen toiminta ja mielenterveyskuntoutujien mukaan ottaminen opiskeluun tai erilaisiin sosiaalisiin työpaikkoihin olisi hyvä keino kehittää kuntouttamistyötä. Myös kansalaisopistojen kanssa voidaan sopia erilaisista kursseista, urheiluseurojen kanssa kunnossapitotöistä tms. Tämä vaatisi omahoitajilta valtavasti aktiivisuutta, sekä osaamista ja ohjauksellista otetta. Tässä yhteydessä myös K5-kuntien yhteinen terveyden edistämisen koordinaattori voisi olla avainasemassa.

Tärkein syy kuntoutukseen ovat nykyään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt. Näillä perusteilla 30 100 henkilöä sai vuonna 2009 Suomessa Kelan tukemaa kuntoutusta. Määrä on lähes kaksinkertaistunut 2000-luvulla (Kelan Kuntoutustilaston 2009). Kuntoutustilasto osoittaa, että mielenterveyden häiriöt ja siten myös kuntoutuksen tarve on lisääntynyt huomattavasti viimeisten kymmenen vuoden aikana ja että yli puolessa tapauksista kuntoutustarpeen taustalla on masennus. Suurimman osan kuntoutujista tulisi voida palata työhön kuntoutuksen jälkeen.

Monet työkyvyttömyyseläkkeellä olevista henkilöistä ovat säilyttäneet osan työkyvystään. Eläketurvakeskus on tutkinut, kuinka moni heistä haluaisi tehdä työtä ja mitä vaikutuksia työllistymisellä olisi. Eläketurvakeskuksen virallisen tilaston 2008 mukaan tässä kategoriassa joka 6. henkilö haluaisi tehdä jossain määrin työtä. Näiden henkilöiden osalta kuntoutus voisi ehkäistä pysyvää työkyvyttömyyttä ja tukea osittain työkykyisten henkilöiden työllistymistä.

Työterveyshuollolla on tärkeä rooli aikaisen kuntoutuksen aloittamisessa. On tärkeää, että paluu työelämään tapahtuu joustavasti mielenterveyshäiriöistä palautumisen ja siten työkyvyn tukemiseksi. Kelan myöntämä kuntoutus, osasairauspäiväraha ym. tukimuodot voivat mahdollistaa turvallisen paluun työelämään.

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on:

- 1. parantaa asiakkaan tietoisuutta ja kykyä itse myötävaikuttaa mielenterveyden häiriöstä palautumiseen.*
- 2. että kuntoutuja ja hänen omaisensa ovat tärkeitä toimijoita kuntoutusprosessissa*
- 3. aktiiviset tukitoimet kuntoutujan toimintakyvyn parantamiseksi luonnollisessa lähiympäristössä ja työkapasiteetin lisäämiseksi työelämään/opiskeluihin palaamista varten.*
- 4. tulevaisuudenusko*
- 5. laaja-alaisuus erilaisia kuntoutustekniikkoja käyttäen. Kuntoutuja tarvitsee usein useampia kuntoutusmenetelmiä ja useampia terapeutteja. Näyttöön perustuvat kuntoutusmenetelmät.*
- 6. koordinoija, kuntoutusohjaaja, jonka tehtävänä on tukea asiakasta sosiaalisissa verkostoissa kuntoutusprosessin aikana. Salutogeeninen ote.*
- 7. organisaatio, jolla on nimenomainen kokonaisvastuu K5-alueen mielenterveyskuntoutuksesta. Aktiivinen osallistuminen K5:n hyvinvointistrategioiden ja koordinoivien kuntoutussuunnitelmien toteutukseen.*

Kuntoutussuunnitelman laadinnalla on keskeinen rooli mielenterveyskuntoutuksessa. Psykiatrisessa avohoidossa tarvitaan myös kuntoutusohjaajaa, joka on perehtynyt mielenterveydellisistä sairauksista kärsivien kuntoutujien kuntoutusmahdollisuuksiin. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan, mahdollisesti hänen läheistensä sekä henkilön/perheen hoitoon ja kuntoutukseen aktiivisesti osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. Kuntoutuja saattaa tarvita erilaisia tukimuotoja kuntoutuksensa aikana. Kuntoutusohjaaja koordinoi tuen yksilöllisesti sopeutetuiksi toimiviksi kokonaisuuksiksi. Osa kuntoutujista saattaa tarvita laajempaa tukea pitkällä aikavälillä esim. tukiasunnon, päivätoiminnan tai kotikäynnin muodossa. Myös sosiaalihuollon osuus kuntoutuksessa on erittäin merkittävää. Kaikki kuntoutajat eivät pysty saavuttamaan riittävää terveyttä palatakseen työelämään. Kaikille kuntoutujille on kuitenkin annettava mahdollisuus kuntoutukseen toimintakyvynsä, sosiaalisten yhteyksiensä, yhteisöllisyydentunteensa ja elämänlaatunsa ylläpitämiseksi. Tärkeitä toimijoita tällaisessa kuntoutuksessa ovat potilas- ja omaisjärjestöt, joilla on sekä

ruotsin- että suomenkielistä toimintaa ja jotka järjestävät vuosittain kuntoutus- ja virkistyskursseja kuntoutujille ja heidän perheilleen.

Kuntoutumista, terveyden ja toimintakyvyn palautumista, täysipainoista elämää ja työkykyä priorisoidaan perustamalla kuntoutusohjaajan virka. Tämä kuntoutusohjaaja voisi selvittää, koordinoida ja suunnitella yksittäisten potilaiden kuntoutusta. Mielenterveyden ongelmista kärsivien ja heidän omaistensa kuunteleminen on tärkeää, ja sen vuoksi mielenterveysneuvosto kokee, että kuntoutusohjaajalla on mielenterveyden kokonaisuuden kannalta keskeinen rooli. Kotihoidon henkilöstölle tulisi antaa valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä asiakkaita, sillä varhaisen puuttumisen ja tuen tarjoamisen potentiaali on kotihoidossa suuri. Kuntoutuspalvelujen tuottamiseen tarvitaan toki apuun myös kolmatta sektoria ja mahdollisesti yksityisiä palveluja. Kuntoutuspalvelujen toivomuslistalla ovat ainakin työ- ja päivätoiminta sekä asumispalvelut.

Taulukko 6. K5-alueen mielenterveystyön kuntoutusohjaajan kululaskelma

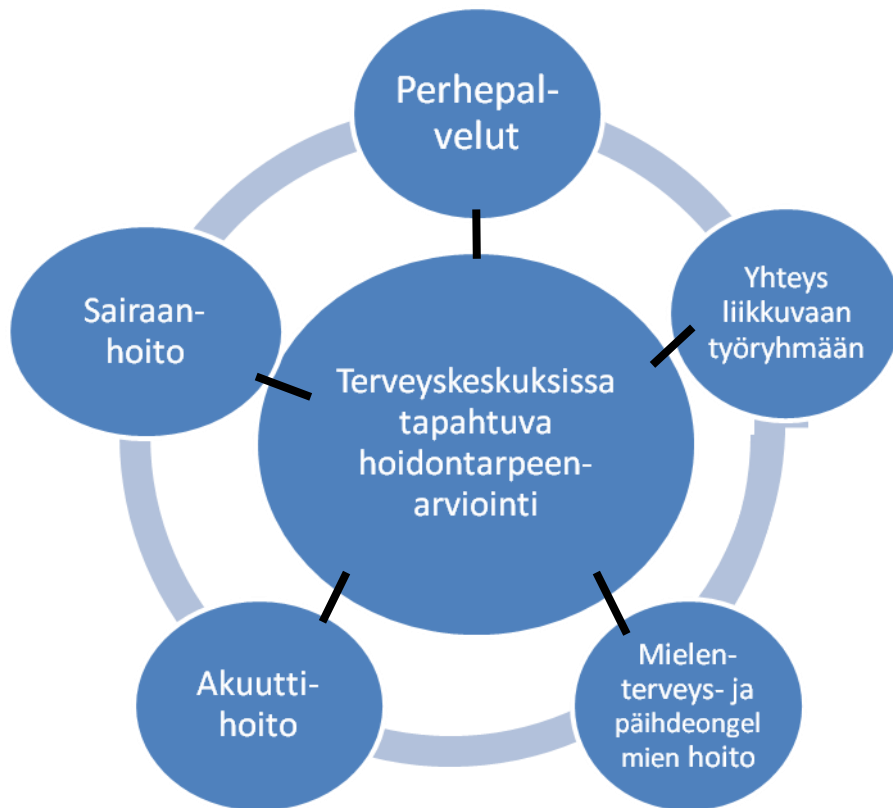
Muu henkilöstö				
	Lkm	Vshp	Tk	Uusia virkoja
Kuntoutusohjaaja	1	0	0	1

Palkkakustannukset n. 42 000 €, toteutetaan 2014.

6.2. Perustason sairaanhoito, perusturvakeskustoiminta

Hoidon tulee olla lähellä asiakasta, ja toiminnassa noudatetaan yhden oven periaatetta. Hoitoon pääsy tulee olla helpompaa, ja matalan kynnyksen varhaisvaiheen palvelut ensisijaisia. Tämä vuoksi mielenterveysneuvosto on linjannut, että mielenterveyden ensimmäinen hoitokontakti tulee olla ihmisen kotipaikkakunnalla, mieluiten omassa perusturvakeskuksessa. Perusturvakeskuksissa toimivien masennushoitajien ja psykologien tarjoamia palveluita on käytetty paljon, ja tämänkaltaiset hoitomuodot ovat osoittautuneet toimiviksi. Lähipalvelun tasoa tulee edelleen kehittää toimivaksi kokonaisuudeksi.

Alueella on neljä perusturvakeskusta (aik. terveyskeskusta). Jokaiseen näistä tulisi saada käyttöön psykiatristen sairaanhoitajien palvelut. Nämä voisivat tukea muu henkilökuntaa ja osallistua hoidontarpeenarvioinnissa kun on kyse mielenterveysongelmista .



Kuvio 7. K5-alueen terveyskeskusten arviointijärjestelmä

Kun perusturvakeskuksessa eli perustasolla tapahtuva hoidontarpeenarviointi on suoritettu, voidaan tämän jälkeen tarvittaessa olla suoraan yhteydessä alueelliseen psykososiaaliseen palvelukeskukseen. Hoito voidaan toteuttaa tarpeesta johtuen peruspalvelutasoisena kuntien peruspalvelukeskuksissa, alueellisessa psykososiaalisessa palvelukeskuksessa tai erikoissairaanhoitotasolla.

Suunnitelmissa on sijoittaa alueen perusturvakeskuksiin kolme virkaa: psykiatrista ensihoitoa tarjoava sairaanhoitaja, terapeutista hoitoa tarjoava sairaanhoitaja (masennushoitaja), sekä päihdehoitaja. (Eteläisen alueen päihdehoitaja voi työskennellä Kristiinankaupungin, Närpiön ja Kaskisten terveyskeskuksissa ja pohjoisen alueen päihdehoitaja voi toimia Maalahti-Korsnäsin terveyskeskuksessa). Nämä henkilöt muodostavat perusterveydenhuollon lääkärin kanssa paikallistason tiimin ja arvioivat asiakkaan psykiatrisen hoidon tarpeen. Lisäksi tämä paikallistiimi voisi hoitaa lyhytaikaiset hoitojaksot, lääke seurannan, ja antaa terapeutista tukea. Työryhmä tekee aktiivista yhteistyötä muiden alueella toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Edellä mainitut psykiatriset sairaanhoitajat voivat toimia myös koko alueen liikkuvan työryhmän tukena (katso luku 6.3.2.). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitajat voivat osallistua traumaattisten tapahtumien yhteydessä psyykkisen ensiavun ja jälkipuinnin järjestämiseen koko K5-kuntayhtymän alueella tarpeen vaatiessa.

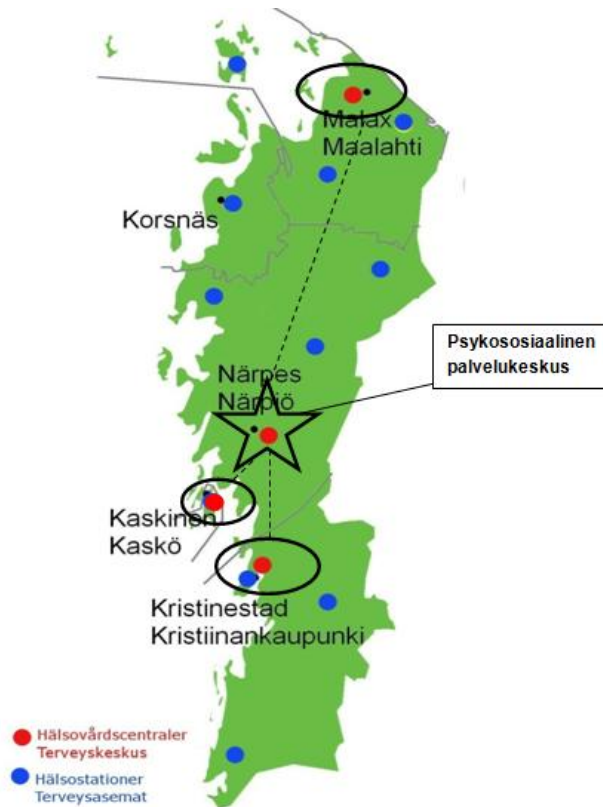
Taulukko 7. K5-alueen paikallistason työryhmän kulu- ja henkilöstölaskelma palkkakuluina

Paikalliset työryhmät	Hoitotyö			
	Virkojen lkm	Vshp	TK	Uusi virka
Sairaanhoitaja				
Terapeuttinen hoito	3	0	1,5	1,5
Psyykkinen ensiapu	3	3	0	0
Päihdehoito	2	0	2	0
Yhteensä	8	3	3,5	1,5

Palkkakustannukset yhteensä n. 350 000 €, lisäkustannus n. 66 000 €. Toteutetaan vuonna 2012.

6.3. Psykososiaalinen palvelukeskus

Yksi mielenterveysstrategian kehittämiskohteita on psykososiaalinen palvelukeskus, joka on maantieteellisen tasa-arvon mukaisesti ajateltu sijoittuvan Närpiöön ja josta mm. liikkuvan työryhmän avulla turvataan palvelujen alueellinen saatavuus. Organisatorisesti tarkasteltuna muodostetaan yksikkö psykososiaaliselle työlle sekä kehitetään toimivaa yhteistyötä perhepalveluiden yksiköiden, hoitojärjestelmän ja kuntoutuspalveluiden kanssa. Perustettavan psykososiaalisen työryhmän eri osia voitaisiin integroida alueen terveyskeskuksien toimintaan niin kauan kuin se on tehtävän hoitamisen kannalta mahdollista ja tarkoituksenmukaista (vrt. yhden oven periaate). Käytännössä perustettavaan psykososiaaliseen palvelukeskukseen (ks. kuvio 8) tulisikin perustaa koko K5-kuntien alueesta vastaava mielenterveystyön johtaja, jonka vastuulla olisi mielenterveystyön kehittäminen ja johtaminen ennaltaehkäisevän ja edistävän työn näkökulmasta. Kaikkein tärkeintä mielenterveyspalveluiden tuottamisessa on kuitenkin se, että eri toimijat tietävät, mitä tekevät ja mikä heidän roolinsa on kokonaisuuden kannalta.



Kuvio 8. Psykososiaalisen palvelukeskuksen sijoittuminen K5-alueella

Perhekeskustoimintaa perustetaan jäsenkuntiin. Tämän tyyppisen palvelukeskuksen tärkein tavoite voisi olla ehkäisevän ja terveyttä/mielenterveyttä edistävän toiminnan tuottaminen ja kehittäminen. Lasten ja perheiden palvelukeskus voisi toimia kolmella tasolla: perustasolla fokus on ehkäisevässä ja tukea antavassa toiminnassa, syvennetyllä tasolla puolestaan pyritään tukemaan ja kuntouttamaan perheitä kokonaisuutena ja kolmannen tason toiminta keskittyy hoitamiseen.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyys väestössä on noin 4 %. Rannikko-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen väestömäärän ollessa 26 000, tämä merkitsee sitä, että arviolta noin 1 000 kuntayhtymän asukasta kärsii mielenterveys- tai päihdeongelmista. Näiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitaminen edellyttää kokonaisuudessaan noin 20 työntekijän työpanosta

6.3.1. Psykososiaalinen työryhmä

Alueellisella työryhmällä on vastuu psykiatrisesta hoidosta, sekä tarpeen mukaan pitemmistä hoitosuhteista, kuntoutuksesta sekä selvityksistä ja lausunnoista kaikkia ikäryhmiä koskien. Nämä alueellisen työryhmän vastuulle tulevat toiminnot vastaavat nykyisiä Närpiön ja Kristiinankaupungin psykiatristen poliklinikoiden sekä Vaasan mielenterveyskeskuksen toimintoja. Toiminnot nidotaan yhteen muissa peruspalveluissa tehtävän mielenterveystyön kanssa, kuten koulujen ja sosiaalihuollon palveluissa tehtävä työ. Läheteistä luovutaan, ja pyritään matalan kynnyksen palveluihin. Erikoisosaaminen alueella säilytetään, ja sitä ylläpidetään erilaisten koulutusten, työnohjauksen ja konsultointien avulla (esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiiristä tuotettavana tukena).

Taulukko 8. K5:n alueellisen työryhmän kulu- ja palkkalaskelma.

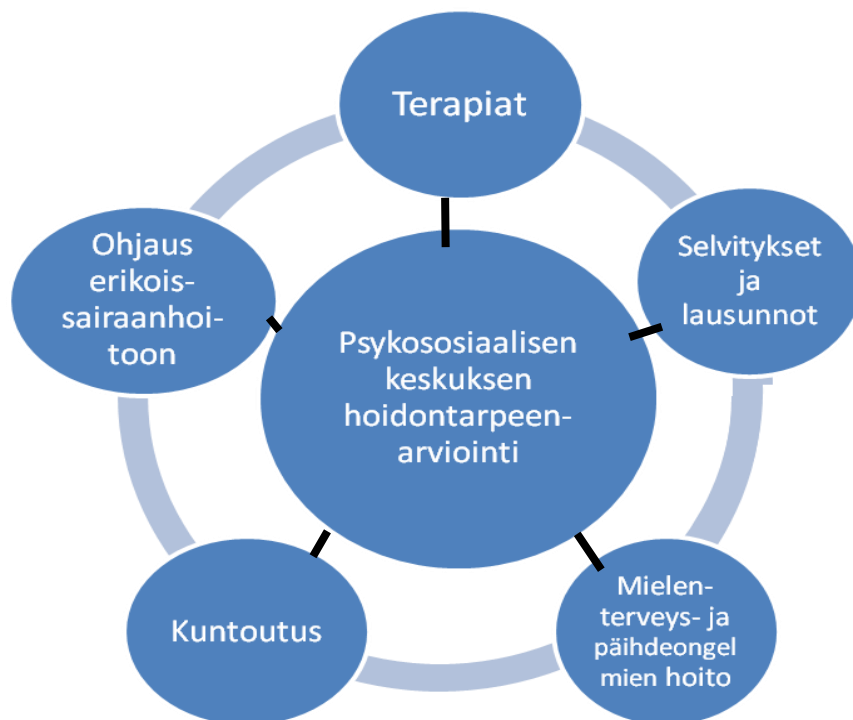
Aikuistiimi	Virkojen lkm	Vshp	TK	Uusi virka
Psykiatri	1	1	0	0
Psykologi	2	1	0	1
Sairaanhoitaja (terapeuttinen hoito)	3	3	0	0
Akuuttitiimi (likkuva)	2	0	0	2
Lasten ja perheiden tiimi				
Lasten ja nuorten psykiatri	0,5	0,5	0	0
Psykologi	2	1,5	0	0,5
Sosiaalityöntekijä	1	1	0	0
Sairaanhoitaja	1	1	0	0
Yhteensä	12,5	9	0	3,5

Palkkakustannukset yhteensä n. 665 000 €, lisäkustannukset n. 173 000 €. Toteutetaan vuonna 2012.

Moniammatilliset työryhmät ovat kokemuksen mukaan kaikkein parhaiten toimivia. Moniammatillinen tiimi on palveluntuotannon muoto, joka toimii mielenterveyskysymyksissä kaikkein parhaiten ja kustannustehokkaimmin. Tässä yhteydessä tulee korostaa erityisesti perustason sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhoitajien osaamista, sillä heidän työnteensä toisi moniammatillisiin työryhmiin mukanaan erilaista näkökulmaa asiakkaan kohtaamisessa. Lääkäri-hoitaja työpari (depressiohoitajat) toimii silloin kun on kyse kohtuullisen lyhytaikaisesta hoidosta.

Moniammatillisista tiimeistä unohdetaan usein sosiaalityöntekijät. Sosiaalityöntekijällä tulee olla perustaidot psykiatriasta. Psykiatrisiin tiimeihin olisikin saatava hoitosuunnitelmien tekemiseen mukaan sosiaalityöntekijät.

Ne asiakkaat, joilla ei ole akuuttia hoidon tarvetta, voidaan ohjata hoitotyöryhmälle joka tekee alustavaa hoitosuunnitelmaa. Tässä yhteydessä on ehdottomasti varmistettava psykiatrin konsultaatiomahdollisuus ja nopea hoitoon pääsy. Perusterveydenhuollon mielenterveystyöntekijöillä pitää ehdottomasti olla riittävät konsultaatiomahdollisuudet ja hyvin hoidettu työnohjaus. Yleensä työnohjauksesta unohtuvat lääkärit ja sosiaalityöntekijät, mutta työnohjaus tulisi turvata kaikille siten, että K5-alueelle muodostuu yhteinen toimintaidea. Lisäksi henkilöstölle suunnatuissa koulutuksissa tulee noudattaa yhteistä linjaa siten, että perustason työntekijät saavat saman hoitönäkemyksen. Erikoissairaanhoidon indikaatiot tulee määritellä. Psykososiaalisen palvelukeskuksen rakenne on siten kuvattu seuraavassa kuviossa:



Kuvio 9. Mielenterveystyön organisoituminen K5-kuntien yhteisessä palvelukeskuksessa

Perusturvakeskusten (aik. terveyskeskusten) ja alueellisen psykososiaalisen keskuksen yhteistyöllä voidaan tukea yhden oven periaatetta. Näin ollen tarjolla olisi matalan kynnyksen ajatuksen mukaisesti somaattista osaamista, mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisia sekä sosiaalisen puolen ammattilaisia. Myös johto olisi tässä keskipisteessä, ohjaamassa toimintaa. Mielenterveystyötä tehtäisiin siten kaikissa toiminnoissa hoidontarpeen arvioinnin jälkeen. Hoidon arvioinnin tekemällä on suuri vastuu oikeasta hoitoonkohdentamisesta sekä tunnistamisesta. Tämän vuoksi koko K5-alueella tarvittaisiin yhteiset hoitonohjauksetkäytännöt ja henkilöstön koulutus.

6.3.2. Liikkuva työryhmä

Mielenterveysneuvoston visiona on että K5-kuntien alueelle voitaisiin perustaa oma liikkuva työryhmä.

Liikkuva työryhmä tarkoittaa yleensä moniammatillista ja monipuolista psykososiaalisia ongelmia kartoittavaa ja hoitavaa työryhmää. Liikkuvan työryhmän keskeinen toiminta-ajatus on palvelun tuomisessa asiakkaan luokse. Liikkuvan työryhmän toiminta suunnitellaan aloitettavaksi virka-aikana. Yksi tapa järjestää liikkuvan työryhmän toimintaa on ns. Assertive community treatment -malli.

- ACT = työryhmäpohjainen lähestymistapa, joka mahdollistaa yhteisöllisen psykiatrisen hoidon, tuen sekä kuntoutuksen (Assertive Community Treatment Association 2006)
- Soveltuu myös vakavien mielenterveyshäiriöiden hoitoon (kuten skitsofrenia)
- ACT – tiimeissä työskentelee sosiaalityön, psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen ammattilaisia
- Palvelu tarjotaan toimiston ulkopuolella (asiakkaan kotona, lähiravintolassa, puistossa jne.)
- Työryhmä voi myös olla osana päihdeongelmien hoitoa

Kristian Wahlbeckin (2007) mukaan mielenterveyspalvelujen kehittäminen tulisi pohjautua tutkittuun tietoon. Liikkuvia ja kotiin vietäviä palveluja on tutkittu erityisesti Englannissa ja tutkimustulokset osoittavat virka-ajan ulkopuolisen palvelun tarpeen. Esimerkiksi akuutin psykoosin kotihoito vähentää omaisten vastuu ja sairaalan joutumisen riski vähenee. Psykiatrasta kotihoitoa on edelleen arvioitu sairaalahoitoa kustannustehokkaammaksi.

Tutkimustulosten mukaan *psykiatrisessa kotihoidossa* on keskeistä:

- kotiolosuhteet
- työryhmän moniammatillisuus
- psykiatrin saatavuus
- palvelujen saatavuus (7 päivää viikossa, ei 24 tuntia)
- potilasjoukon suuruus (<25)
- terveys- ja sosiaalisektorien integraatio (Wahlbeck 2007)

Erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen välisen yhteen sovittamisen yksi keino voisi olla akuutin liikkuvan työryhmän perustaminen eri toimijoiden väliselle rajapinnalle ja paikallisiin tarpeisiin pohjautuvan työmuodon kokeileminen ja edelleen kehittäminen. Liikkuva tiimi voisi koostua kahdesta sairaanhoitajasta, jotka työskentelevät työparina. Liikkuvan työryhmän

palvelu tarjotaan arkisin klo 8-16. Myöhemmässä vaiheessa työaikaa voidaan lisätä jos saadaan lisää henkilöresursseja tai voidaan kehittää yhteistyötä sosiaalihuollon kotikuntoutuksen työryhmän kanssa. Lähtökohta on että jokaisessa jäsenkunnassa olisi kotikuntoutustyöryhmä. Liikkuvan työryhmän lääkäripalvelut hoidetaan joustavasti tarpeen mukaan.

Liikkuva työryhmän palvelut tarjotaan yhden oven periaatetta noudattaen ja palvelut viedään lähemmäksi asiakasta ja myös kotiin. Työryhmän toiminta tapahtuu sovittuna tai tilattuna kotikäynteinä, toisaalta yhtä lailla myös vastaanottokäynteinä alueemme terveyskeskusverkostoa hyödyntäen. Liikkuvan työryhmän palvelu noudattaisi matalan kynnyksen periaatetta ja työryhmän arvioitavaksi ja hoidettavaksi pääsee ilman lähetettä. Liikkuva työryhmä voisi edelleen koordinoida kuntayhtymän alueen kriisityötä sekä tarjota entistä nopeammin akuutteja mielenterveys- ja päihdepalveluja. Tämä työryhmä voisi myös vastata psyykkisestä ensiavusta traumaattisten onnettomuuksien yhteydessä sekä tukea muuta hoitohenkilöstöä tällaisten tilanteiden hoitamisessa. Liikkuvat työryhmät voisivat toimia paitsi matalan kynnyksen kotiin vietävänä palveluna, myös jälkihoidon ja seurannan tarjoajana sen jälkeen, kun potilas on uloskirjoitettu sairaalasta. Erikoissairaanhoidosta kotiutettavien potilaiden pikainen jälkihoito ja jotkut seurannat voisi näin liittää myös tiimin vastuulle. Avohoitoon pääseminen ja kiinnittyminen voi joskus hankaloitua odotusaikojen takia.

Liikkuva akuuttityöryhmä, jolla on käytettävänään psykiatrin ja kaikki erikoissairaanhoidon avohoidon osaaminen, arvioidaan pystyvän hoitamaan 2/3 uusista psykoositiloista ja ½ relapseista avohoidossa. Kun akuuttiryhmä on yhteistyössä avohoidossa potilaan omaisten kanssa, pystytään potilas hoitamaan huomattavasti joustavammin.

Akuuttien sairastumistapausten tai terveydentilan huonontumisten yhteydessä voidaan tehdä myös kotikäyntejä. Lisäksi työtehtäviin kuuluu sairaalahoidon jälkeinen jälkihuolto, traumaattisten kriisien yhteydessä annettava psyykkinen ensiapu, kotihoidon henkilöstön työnohjaus sekä muun hoitohenkilöstön ja kolmannen sektorin psykososiaalisen tukihenkilöstön konsultaatioihin vastaaminen. Kotikäyntitilanteissa muodostetaan kahden hengen tiimi, jossa tapauskohtaisesti kotikäynnille tulee mukaan juuri asiakkaan tarvitsema ammattilainen. Tämä työpari voikin olla terveyskeskushoitaja, kotihoidon tai esimerkiksi perhepalveluiden työntekijä.

Tällä hetkellä oma kriisiryhmä K5-kunnista on ainoastaan Närpiössä. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja perusterveydenhuollon alueella arvioidaan kuitenkin vuosittain olevan noin 15–20

tapausta, joissa tarvittaisiin kriisiryhmää. Liikkuva työryhmä voisi antaa psyykkistä ensiapua myös traumaattisten kriisien hoidossa ja myös hoitaa jälkipuintia tai osallistua siihen. Kriisityöhön on monesti vaikea rekrytoida osaavaa henkilöstöä. Tilanne voisi olla helpommin hallittavissa jos liikkuva tiimi ottaisi päävastuun toiminnasta. Tarvitaan tietenkin osaavaa johtamista ja työn organisointia työryhmän tehtävän tueksi. Keskustelussa on myös ollut kriisityön järjestäminen ostopalveluna.

Hallinto

Taulukko 9. Psykososiaalisen yksikön hallinnon kululaskelma,

Johto ja toimistohenkilökunta

	Virkojen lkm	Vshp	TK	Uusi virka
Yksikön johtaja	1	0	0	1
Osastonhoitaja	1	1	0	0
Kanslisti	1,78	1,78	0	0
Yhteensä	3,78	2,78	0	1

Palkkakustannukset yhteensä n. 189 000 €, lisäkustannus n. 74 000 €. Toteutetaan vuonna 2012.

Tulevaisuudennäkymiä

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ongelmat ovat kasvaneet, ja mielenterveysneuvosto ehdottaakin, että kouluterveydenhuollon henkilöstölle osoitetaan lisäresursseja kasvavan avuntarpeen kattamiseksi. Tämä merkitsee, että lähitulevaisuudessa K5-alueella tarvitaan joka kuntaan kuraattori ja koulupsykologi. Tämä henkilöstöresurssi tulisi toivottavasti myös osaksi psykososiaalista työryhmää, ja voisi olla mukana oman asiantuntemuksensa kautta mielenterveystyön kehittämisessä. Tarvitaan sekä lasten ja nuorten että aikuisten kysymyksiin erikoistuneita psykiatreja, jotka ovat perusedellytys kokonaisvaltaiselle hoidolle.

K5-alueelle halutaan myös siirtää neuropsykologiset arvioinnit esim. osto- ja lähipalveluna. Tarve arvioidaan olevan neuropsykologin vastaanottoa kahtena päivänä kuukaudessa.

Mielenterveysneuvostossa on todettu, että lapset ja aikuiset voidaan hoitaa keskitetysti, mutta tarjolla tulee olla myös lähipalveluita esimerkiksi nuorille, ikäihmisille, liikuntaesteisille sekä vaikeasti motivoitaville pitkäaikaissairaille.

Psykiatrinen kotikuntoutus (kuten olemassaoleva Klarabon tyyppinen hoitotiimi Närpiössä) voisi olla alueellisen liikkuvan tiimin, kotihoidon tukena/osana eri alueilla kuntayhtymässä.

Taulukko 10. Tulevaisuudensuunnitelmat K5-alueen mielenterveystyön lisähenkilöstön tarpeesta

Tulevaisuudennäkymiä						
Opetustoimi						
Koulut	Lkm	Vshp	Tk/sos	Uusi	Lisäkustannukset	Vuosikustannukset
Psykologi	3	0	0	3	113 097	169 646
Toteutus			10/2010 (Nrp)	2013		
Kuraattori	3	0	2	1	42 666	128 000
Toteutus				2013 (Krs,Ksk)		
Liikkuvat työryhmät	6	0	2 (Nrp)	4 (Muita)	174 240	261 360
Toteutus	2015					

Yhteistyön kehittäminen perus- ja erikoissairaanhoidon välillä

Lain mukaan erikoissairaanhoidon on erikoislääkärin johtamaa toimintaa. Sairaanhoidopiirit ovat yksi erikoissairaanhoidon järjestämisen muoto, mutta monilla paikkakunnilla myös kunnat ja kaupungit järjestävät avohoitopsykiatrisia palveluja. Tässä kappaleessa käydään lyhyesti läpi K5-kuntien ja sairaanhoidopiirin välillä kehitettävän yhteistyön linjauksia.

Erikoissairaanhoidon kanssa tehtävää yhteistyötä tulee tiivistää, jotta esimerkiksi lähetekäytännöt ja selkeät hoitoketjut on strukturoitu peruskuntien työntekijöiden ja erikoistason henkilöstön välillä. Erikoissairaanhoidossa tehtävät perusteelliset hoidontarpeenkartoitukset ja potilaan tilanteen selvittäminen tulee olla siten rakennettu, että tämä ensitapaaminen motivoi asiakasta ja auttaa häntä saamaan juuri sitä hoitoa, jota hän tarvitsee. Näin vältetään päällekkäisiltä kustannuksilta, joita syntyy kun perus- ja erikoistaso eivät kommunikoi keskenään. Aina potilaan hoidontarvetta ei tarvitse arvioida psykiatrin toimesta, vaan tässä vaiheessa voivat aivan hyvin olla mukana esimerkiksi terveyskeskus- ja yleislääkärit, jotka yleensä tuntevat potilaat entuudestaan. Olisikin panostettava potilaiden kokonaisvaltaiseen tutkimukseen heti alkuvaiheessa. Olennaista on antaa perustason toimijoille riittävä osaaminen ja luottamus omiin kykyihinsä arvioida potilaiden hoitotarvetta, tunnistaa yleisimpiä mielenterveys- ja päihdeongelmia ja ohjata asiakkaita tarvittaessa

eteenpäin ns. vaativamman hoidon piiriin. Konsultointeja voidaan järjestää omalta psykososiaaliselta tiimiltä ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon tai yksityisen sektorin toimijoilta esim. videokonsultaation kautta.

Kun psykiatrinen hoito on päättynyt erikoissairaanhoidon puolella potilaan seuranta ja jatkoahoito siirtyy psykososiaalisen tiimin vastuuseen ja/tai omalle hoitajalle/terapeutille vielä vahvistamaan hoidon tuloksia ja tukemaan potilasta. Näin lääkärin työ ja hoitotyö kulkisivat luonnollisesti rinnakkain. Erityisesti tiedonkulkuun on jatkossa kiinnitettävä huomiota.

Tarvitaan koulutusta, lääkäreiden erikoistumisjaksoja sekä perusterveydenhuollon lääkäreiden käyntejä sairaalapsykiatrian puolella, jotta erikoistason osaaminen perustasolle helpottuisi. Hyvänä käytäntönä erikoistason osaamisen tuomisesta perustasolle, matalan kynnyksen periaatteen mukaisesti, ovat terveyskeskuksissa toimivat masennushoitajat. Maalahden ja Kristiinankaupungin terveyskeskuksissa on työskennellyt jonkin aikaa masennushoitaja, minkä on koettu olevan sekä henkilöstön että potilaiden näkemysten mukaan erinomainen asia.

K5-kuntien mielenterveysneuvoston näkemyksenä on, että erikoissairaanhoidosta voidaan jatkossa ostaa seuraavat palvelukokonaisuudet:

- Sairaalahoito
 - lapset, nuoret ja aikuiset
- Sopeutumisvalmennuskurssit
- Intervallihoito, hoito- ja kuntoutusarviointi
- Pikkulapsiterapia
- Intensiivimallin mukaiset perhekartoitukset
- Neurologia
- Foniatria
- Koulutus, työnohjaus ja konsultoinnit
- Psykoterapiaryhmän arvioinnit ja hoitosuositukset
- Perheteraian arvioinnit ja hoitosuositukset

7. MIELENTERVEYSSTRATEGIAN TOIMEENPANOSUUNNITELMA VUOSILLE 2010–2013

Mielenterveysstrategian toimeenpano aloitetaan 1.1.2012.

K5-kuntayhtymän alueellisen mielenterveysstrategian tavoitteenasetteluksi on määritelty seuraavaa:

Tavoitteena on kehittää asiakaslähtöinen, avohoitopainotteinen ja lähipalveluiden mielenterveysosaamiseen rakentuva mielenterveystyön kokonaisuus:

- a) priorisoimalla varhainen puuttuminen ja sijoittamalla terveyttä ja hyvinvointiedistävään toimintatapaan
- b) kehittämällä matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella terveyskeskusten hoidontarpeenarviointia alueen asukkaiden oikea-aikaisten ja laadukkaiden mielenterveyspalveluiden varmistamiseksi.
- c) tuomalla liikkuvan työryhmän mielenterveysosaaminen ja -palvelut ihmisten arkiympäristöihin joustavasti, nopeasti ja tarpeen mukaan
- d) kehittämällä kuntouttavaa mielenterveystyötä siten, että jokaisella on mahdollisuus toimia itsenäisesti arjessa ja mahdollisuudet palata takaisin työelämään/opiskeluun
- e) kehittämällä palveluiden alueellista saatavuutta

Käytännössä tämä merkitsee sitä, että toimenpiteitä tullaan suuntaamaan em. tavoitteisiin pääsemiseksi muun muassa uuden henkilöstörakenteen mukaisesti. Toimintoja uudelleen kohdentamalla sekä työn sisältöjä kehittämällä pyritään siihen, että aikaisemmin erikoissairaanhoidon avo- ja laitospalveluihin käytettäviä resursseja voitaisiin jatkossa suunnata yhä enemmän perus- ja lähipalveluiden käyttöön. Jotta mielenterveysstrategia lähtee juurtumaan kuntien perusturvapalveluihin, tulee esimerkiksi hoito- ja terapiafilosofian sekä hoitoonohjauskäytäntöjen yhtenäistämisen taustalla olla ammattilaisten henkilökohtainen kiinnostus ja sitoutuminen työn ja ammattitaidon kehittämiseen.

Suunnitellun henkilöstörakenteen ja K5-kuntayhtymän alueellisen työryhmän henkilöstön toteuttamiseksi ajateltu rahamäärä, noin 1,1 miljoonaa euroa (vrt. taulukko 8.) vastaisi jatkossa niin pitkälle kuin mahdollista erikoissairaanhoidon avohoitoon käytettävistä resursseista (ks. taulukko 11. alla)

Taulukko 11. Kokonaiskustannukset

Kliinisessä työssä yhteensä

Henkilöstö	Lkm	Vshp:stä	TK:sta	Uusi virka	Lisäkustannus	Kokonaiskustannus
Palkkakustannus	20,5	12	3,5	5	239 000	1 015 000

Kustannukset yhteensä verrattuna nykytilaan

	Kokonaiskustannus
Avohoidon kokonaiskustannukset (VSHP)/K5 v. 2009	985 291
Ostopalvelut	n. 100 000
Omat palvelut (psykologit, masennushoitajat, päihdekoordinaattori), palkat	n. 300 000
Yhteensä	n. 1 385 000
Psykososiaalisen yksikön arvioidut palkkakustannukset	n. 1 377 000

Taulukko 12. K5-kuntien psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoidon käyttö v. 2008 ja 2009

K5 yhteensä			2008	2008	2009	2009
			käynnit	EUR	käynnit	EUR
		Psykiatria	7 805	1 057 925,00	5 711	681 562,00
		Nuorisopsykiatria	245	39 336,00	556	124 837,00
		Lastenpsykiatria	264	44 922,00	853	178 892,00
Yhteensä			8 314	1 142 183,00	7 120	985 291,00
			2008	2008	2009	2009
			käynnit	EUR	käynnit	EUR
	KASKINEN	Psykiatria	406	60 670,00	184	25 070,00
		Nuorisopsykiatria	1	208,00	3	664,00
		Lastenpsykiatria			37	7 305,00
		Yhteensä	407	60 878,00	224	33 039,00
	KORSNÄS	Psykiatria	541	45 616,00	459	48 447,00
		Nuorisopsykiatria	84	13 768,00	65	13 339,00
		Lastenpsykiatria	46	7 861,00	12	2 400,00
		Yhteensä	671	67 245,00	536	64 186,00
	KRISTIINAN- KAUPUNKI	Psykiatria	2 508	387 146,00	2 011	250 103,00
		Nuorisopsykiatria	22	3 654,00	199	44 005,00
		Lastenpsykiatria	17	3 104,00	217	46 972,00
		Yhteensä	2 547	393 904,00	2 427	341 080,00
	MAALAHTI	Psykiatria	1 205	131 728,00	1 056	128 929,00
		Nuorisopsykiatria	86	13 853,00	102	22 576,00
		Lastenpsykiatria	180	30 560,00	197	44 052,00
		Yhteensä	1 471	176 141,00	1 355	195 557,00
	NÄRPIÖ	Psykiatria	3 145	432 765,00	2 001	229 013,00
		Nuorisopsykiatria	52	7 853,00	187	44 253,00
		Lastenpsykiatria	21	3 397,00	390	78 163,00
		Yhteensä	3 218	444 015,00	2 578	351 429,00
Yhteensä			8 314	1 142 183,00	7 120	985 291,00

Vain aikuispuolen psykiatria			2008	2008	2009	2009
			käynnit	EUR	käynnit	EUR
	KASKINEN		406	60 670,00	184	25 070,00
	KORSNÄS		541	45 616,00	459	48 447,00
	KRISTIINAN- KAUPUNKI		2 508	387 146,00	2 011	250 103,00
	MAALAHTI		1 205	131 728,00	1 056	128 929,00
	NÄRPIÖ		3 145	432 765,00	2 001	229 013,00
Yhteensä			7 805	1 057 925,00	5 711	681 562,00

8. STRATEGIAN SEURANTA JA ARVIOINTI

Mielenterveysneuvoston linjauksissa kokonaisvastuu seurannan toteuttamisesta on K5-johtoryhmällä. Toki mielenterveysneuvosto on toiminnallisesti vielä olemassa tämän strategialuonnoksen valmistumisen jälkeenkin. Voitaneen esimerkiksi toteuttaa käyttäjäkyselyt tms. strategiaa arvioitaessa. Nyt laadittava strategia on suunniteltu vuoteen 2015 saakka, joten ensimmäinen arviointi tulee toteuttaa ennen vuoden 2013 loppua.

Asetettujen tavoitteiden saavuttamisen seuraamiseksi luodaan alueellinen, paikalliset erityistarpeet huomioonottava mittaristo. Muutoksia muun muassa avo- ja laitospalveluiden käytössä uuden henkilöstörakenteen toiminnan aloittamisen jälkeen tullaan seuraamaan.

Lähteet

Ansoff, Igor (1984). Strategisen johtamisen käsikirja. Otava: Helsinki.

Aspelin J. (2007): Suupohjan rannikkoseudun päihdehuollon strategia Kaskinen, Kristiinankaupunki, Närpiö 2008–2012. Jäljillä-hanke

Bakka J., Fivelsdal E. & L. Lindqvist (2006). Organisationsteori. Liber. Malmö.

Becker, Thomas (2001). Out-patient psychiatric services, s. 277-282. Teoksessa Textbook of Community Psychiatry. Toimittaneet Thornicroft, Graham & George Szmukler. Oxford University Press: Oxford.

Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa: Aineistoa suunnittelun tueksi (2009). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, KIDE- sarja. Jyväskylä: Gummerus.

Hagström, Virpi, Laitila, Minna, Lång, Saara & Jarkko Pirttipera (2008). Kokemuksia ja ajatuksia Pohjanmaa-hankkeen tukeman päihde- ja mielenterveysstrategiatyön pohjalta vuosina 2006–2008 – Luonnos.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Kristian Wahlbeck (2006). Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta Nro 187. Kuntaliitto. Stakes: Helsinki.

Idänpää-Heikkilä, U., Junnila M., Pekurinen M. & Kristian Wahlbeck (2006). Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski

Junnila, Maijaliisa, Päivi Klami, Sami Pirkola & Kristian Wahlbeck (2004). Vaasan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian selvitystyön loppuraportti. Stakes. Alue- ja kuntapalvelut. Kehittämisselvityksiä 10/2004.

Kamensky, Mika (2000). Strateginen johtaminen. Kauppakaari. Helsinki.

Kokko, S., Teräväinen, R., Corin, H., Jokiranta, V. (2007): Yhteistoiminta-alueen muodostaminen Kaskinen, Kristiinankaupungin ja Närpiön kaupunkien perusterveydenhuollon ja siihen liittyvien sosiaalipalveluiden järjestämiseksi Raportti selvitystyöstä. Stakes.

K5 -alueen lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma (2010). Johanna Aspelin-Wikman yhdessä lastensuojelusuunnitelman työryhmän kanssa.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & V. Lehtinen (toim.) (2004). Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 17.

Lindroos, Jan-Erik & Kari Lohivesi (2006). Onnistu strategiassa. WSOYpro. Helsinki.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009). Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 2009:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mintzberg, Henry (1996). Teoksessa Minzberg, H. & Quinn, J.B. (3rd edition) The Strategy Process. Concepts, contexts, cases. International edition. Prentice Hall International.

Ollila, Seija (2006). Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisenä näkökulmana. Acta Wasaensia No 156. Sosiaali- ja terveyshallinto 1.

Pirttiperä, Jarkko (2006). Selvitys skitsofreniapotilaiden kuntoutuspoliklinikkahankkeen toteuttamiseksi. Vaasan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2006.

Pirttiperä, Jarkko & Maritta Vuorenmaa (2008). Pohjanmaalla kunnat urakoivat mielenterveys- ja päihdestrategioita, lehdessä Premissi 4/2008.

Pohjanmaa-hanke (2007), projektisuunnitelma vuosille 2007–2009.

Rannikko-Pohjanmaan kuntayhtymän kehittämisprosessin lähtökohtia ja toimintasuunnitelman keskeiset strategiat -luonnos (1.12.2008)

STM/Terveystyön edistäminen (2009). Sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivut. Siteerattu 19.11.2009.

Söderlund, G. (2007): Projektet Fyrklövern - Neliapila hanke. Närpiö, Kristiinankaupunki, Karijoki, Kaskinen ja Selkämeren sairaskoti. Loppuraportti.

Terveyden edistämisen laatusuositus (2006). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.

THL (2009). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet-sivut: www.thl.fi. Siteerattu 19.11.2009.

Tienviittoa kunnan mielenterveysuunnitelman laatimiseen (2000). Mielekäs elämä-ohjelma. Stakes. K-print Oy. Vantaa.

Toikka, Mirja (2002). Strategia-ajattelu ja strateginen johtaminen ammattikorkeakouluissa. Tapaustutkimus Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Acta Universitatis Tamperensis 873

Vihreä kirja (2005). Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Euroopan yhteisöjen komissio. 2005.

Wadén, P. (2005): Suupohjan rannikkoseudun ja Karijoen kunnan hoito- ja hoivatyön kehittämissuunnitelma – Toimenpide-ehdotukset ja loppuraportti. Hoivahanke Sydin. Norrvalla Folkhälsan.

Wahlbeck, Kristian (2007). Öppenvårdens problem – är mobila team lösningen? Esitys koulutuspäivillä ”Liikkuvat työryhmät mielenterveystyössä”. 27.3.2007, Vaasa.

LIITE 1. Mielenterveysneuvoston kokoonpano (suluissa varajäsenet)

Ralf Häggqvist, PJ. (Carina Engström)

Stina Lähteenmäki (Berit Varho)

Eva-Stina Häggdahl (Mia Böling)

Mats Bergvik (Monika Björk)

Birgitta Eklund (Birgitta Udd)

Helena Lundman-Evars (Pirjo Tåg)

Johanna Björkman (Carina Westberg)

Gun-Kristin Nordström (Hans Ingvesgård)

Kuntayhtymän puolesta mielenterveysneuvoston kokouksiin kutsutut:

Jarkko Pirttiperä

Peter Riddar

Pirjo Wadén

Eini Pihlajamäki

Susann Sjöström

Tiia Järvinen

Britt-Marie Lindqvist (Välittäjä 2009-hanke)

Mielenterveysneuvoston konsultoimat asiantuntijat:

Veijo Nevalainen, ylilääkäri, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Alueen mielenterveystyötä tekevien järjestöjen, seurakuntien, omaisten, palvelunkäyttäjien sekä Pixne-klinikan edustajia

K5-kuntien mielenterveystyössä toimivan henkilöstön edustajia

Vaasan sairaanhoitopiirin edustajia