

HANKESUUNNITELMA

TOIMEKSI! –HANKE
- Satakunnan päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien
toimeenpanohanke
2008-2009

SISÄLTÖ

1. Tausta	3
1.1 Perusteet suunnitelmien laatimiseen	3
1.1.1 Kunnallishallitusten päätökset	3
1.1.2 Kansalliset ohjelmat	3
1.1.3 Tarve	4
2. Hanketta valmisteleva työ vuoden 2007 aikana	5
3. Hankkeen resurssointi	7
4. Hankkeen toteuttaminen	8
4.1 Toteuttamisen lähtökohtia	8
4.2 Esteitä ja ratkaisukeinoja palvelujen hyvälle järjestämiselle	9
4.3 Hankkeen toimintamalli	11
5. Hankkeen onnistumisen riskiarvio	11
6. Hankkeen arviointi	12
Lähteet	
Liitteet 1-3	

1. Tausta

Satakunnan sairaanhoitopiirin ja piiriin kuuluvien kuntien kesken järjestettiin ensimmäinen kumppanuussopimusneuvottelukierros keväällä 2006 ja toinen keväällä 2007. Ennen ensimmäistä kierrosta toimitettiin neuvottelujen pohjaksi kuntien käyttöön professori Matti Rimpelän johdolla laadittu raportti terveyden edistämisen haasteista Satakunnassa. Raportissa nousi esiin erityisesti lasten ja nuorten mielenterveysongelmien varhainen toteaminen. Osittain tähän pohjautuen kumppanuusneuvotteluissa sovittiin kuntien päihde- ja mielenterveystyön suunnitelmien laatimisesta.

1.1 Perusteet suunnitelmien laatimiseen

Satakunnassa voi ryhmitellä kolme perustetta laatia päihde- ja mielenterveystyön suunnitelma:

1. Kunnallishallitusten päätökset

- Kuntien hallitukset ovat keväällä ja kesällä 2006 hyväksyneet kumppanuussopimukset ja siihen sisältyvät tehtävät. Yksi keskeisimmistä on ollut päihde- ja mielenterveystyön suunnitelman laatiminen.

2. Kansalliset ohjelmat suosittavat strategiatyöhön

- Päihde- ja mielenterveystyön vähentämiseksi on laadittu kansallisia ohjelmia. Ohjelmat painottavat strategiatyöskentelyn tärkeyttä.

- Lainsäädäntö sekä monet kansalliset ohjelmat, ohjeet ja suositukset edellyttävät kuntia laatimaan/päivittämään päihde- ja mielenterveystyön ohjelmansa.

- Kunnat eivät ole laatineet suunnitelmia, tai jos ovatkin, ne eivät ole toteutuneet aivan toivotulla tavalla.

3. Tarve

- Päihde- ja mielenterveystyön ongelmien kasvat jatkuvasti.

1.1.1 Kunnallishallitusten päätökset

Suunnitelmien laatiminen ei kunnissa joitain poikkeuksia lukuun ottamatta kuitenkaan edennyt. Vuoden 2007 kumppanuusneuvottelujen Tahto-osaan uudistettiin sopimus päihde- ja mielenterveystyön suunnitelmien laatimisesta. Sairaanhoitopiiri on ryhtynyt konkreettisesti avustamaan kuntia ja koordinoimaan suunnitelmien laatimista vuoden 2007 alusta palkkaamalla tehtävään koordinaattorin. Suunnitelmien laatiminen on käynnistynyt ja tarkoitus on, että suunnitelmat ovat valmiina vuoden 2007 lopussa. Kunnat ovat sopimuksella sitoutuneet asiaan.

1.1.2 Kansalliset ohjelmat

Yhtymäkohtia kansallisiin ohjelmiin on runsaasti. Terveys 2015- kansanterveysohjelman ikäryhmittäisistä tavoitteista neljä ensimmäistä ja kaikille yhteisistä tavoitteista viimeinen on hankkeen tavoitteiden mukainen.

Alkoholi-ohjelmaan sitoutuneiden kuntien pitäisi mm. päivittää päihdestrategiansa ja laatia alkoholi-ohjelmaan liittyvää strategiatyön, ehkäisevän päihdetyön ja päihdepalveluiden kehittämistä koskeva toimintasuunnitelma

Hanke on linjassa juuri alkaneen Kansallisen päihde- ja mielenterveyssuunnitelman kanssa. Siinä tavoitteena on mm. tuottaa mielenterveys- ja päihdepalvelut seudullisena kokonaisuutena. Suunnitelmatyö on jatkoa mielenterveyspalvelujen ja päihdepalvelujen laatusuosituksille sekä kansalliselle alkoholiohjelmalle.

Paras-hankkeessa tarkoitus on lisätä yhtä kuntaa laajempia alueellisia ohjelmia ja toimintamalleja. Paras-hankkeen yhteydessä on kunnissa eniten mietitty kuntarakenteen uudistuksia. Palveluiden linjaamisen sen sijaan on arvioitu jääneen heikommalle.

Tarkasteltaessa päihde- ja mielenterveyssuunnitelmia ja –ohjelmia, joita Suomessa on laadittu, voi todeta, että niiden täytäntöönpano ei ole onnistunut parhaalla mahdollisella tavalla. Usein on niin, että ne ovat jääneet kokonaan toteuttamatta, niistä on toteutettu joku osa tai jos ohjelma on toteutunut, on ohjelman päivittäminen jäänyt. Ainakin yksi peruste on se, että vielä suunnitteluvaiheessa työtä koordinoivat taho on puuttunut toteutusvaiheesta ja uusien toimintamallien juurruttaminen ei ole lähtenyt liikkeelle. Yhteistyö ei ole toteutunut suunnitellulla tavalla. Päihde- ja mielenterveystyön johtaminen on hajallaan kunnissa. Kun hanke päättyy, päättyy usein sen mukainen toimintakin. Samansuuntaiseen tulokseen on päädytty myös Tekesin FinnWell-ohjelman julkisten palvelujen kehittämishankkeiden arvioinnissa, jossa todettiin että ohjelmilla ei saavuteta asetettuja tavoitteita. Nimenomaan hankkeiden tulosten käyttöönotto on näyttänyt jäävän pieneksi.

Suunnitelmatyöllä on kuitenkin merkitystä. Stakesin Merttu-hankkeen yksi johtopäätös oli, että kunnissa, joissa ei ole mielenterveysstrategiaa, on selkeästi vähemmän eri palvelumuotoja.

1.1.3 Tarve

Perimmäinen syy suunnitelmille on huoli kasvavasta päihde- ja mielenterveysongelmasta ja tästä johtuva tarve toiminnan systemaattiselle kehittämiselle. Päihdeongelmia ei tuloksellisesti kannata käsitellä ilman että samalla käsitellään mielenterveysongelmia, koska päihdeongelman takana on usein mielenterveysongelmia ja toisaalta mielenterveyden ongelmat voivat olla syynä päihderiippuvuuteen. Yhteisestä taustatekijästä johtuvissa sairauksissa yhden ongelman lieveneminen vaikuttaa myös toisen sairauden oireiden helpottamiseen.

Seuraavassa esimerkkejä päihde- ja mielenterveysongelmien laajuudesta.

- Joka kolmas tapaturmaisesti vapaa-aikana kuollut on ollut päihtynyt.
- Mielenterveyden häiriöt ovat yleisin työkyvyttömyyden syy. Alle 55 –vuotiailla työkyvyttömyyseläkkeen perusteena on yli puolella mielenterveyden häiriöt.
- Alkoholista johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kasvoi vuosina 2000-2005 yli 40 prosenttia.
- Alkoholi nousut työikäisten miesten yleisimmäksi kuolinsyyksi.
- Kun vuonna 2000 suomalaiset joivat viinaa 8,8 litraa asukasta kohti, niin vuonna 2006 sitä kului 10,3 litraa.
- Vv. 1999 - 2004 hallinto-oikeuksien huostaanottojen taustalla olevista kirjatuiista syistä noin 80 % liittyi päihteiden väärinkäyttöön tai psyykkisiin häiriöihin.
- 2dg-asiakkuus: alkoholisteilla 37 %:lla ja huumeidenkäyttäjistä 55 %:lla oli psyykinen sairaus.

- Psykkisistä häiriöistä kärsivistä päihteiden eriasteisia ongelmakäyttäjiä on 40-80 % (esim. ADHD 20-45% päihdeongelma)
- Sairauslomapäivistä 24 % on mielenterveyden häiriöistä johtuvia.
- Masennuslääkkeiden myynti on kuusinkertaistunut vv. 1990-2005.
- Päihdetapauslaskennassa (2003) 37 % päihteistä riippumattomia mielenterveysongelmia
- Alkoholisteista 30-60 % kliinisesti merkittävä depressio
- 50 % huumeiden käyttäjillä mielenterveysongelmia
- 70-90% prosentilla nuorista päihteiden ongelmakäyttäjistä mielenterveyshäiriö
- Psykiatrisilla potilailla eriasteista päihteiden ongelmakäyttöä esiintyy 40-80 prosentilla.
- Päihteistä aiheutuvat kustannukset olivat v. 2004 noin 1mrd€ ja mielenterveyden häiriöistä aiheutuvat kustannukset olivat noin 1,5mrd€.

Päihde- ja mielenterveystyö liittyy kiinteästi lastensuojelutyöhön. Tutkittaessa hallinto-oikeuksien ratkaisuihin kirjattuja syitä lastensuojeluasioissa vuosina 1999 - 2004 kiinnittyi huomio kahteen seikkaan. Pienten lasten lastensuojelutarpeen taustalla on ollut yhä useammin vanhempien päihteiden väärinkäyttö ja yhä useammin myös vanhemman psyykinen sairaus. Kaikkiaan noin 80 %:ssa tapauksista pääasiallisena taustasyynä on ollut lapsen tai vanhemman päihde- tai mielenterveysongelma. Isompien lasten kohdalla selkein lisäys on ollut päihdeongelmien määrässä. Lapsilla on todettu myös aikaisempaa enemmän mielenterveyshäiriöitä ja samanaikaisesti monialaisia ongelmia. (Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:25)

Samalla kun somaattisten sairauksien uhka työkyvylle vähenee, mielenterveyden häiriöiden uhka työkyvylle kasvaa rajusti. Liitteenä on taulukko mielenterveyshäiriöiden johdosta työkyvyttömyyseläkkeellä olevista Satakunnan kunnissa (liite 1). Taulukon perusteella voi todeta, että mielenterveyshäiriöiden vuoksi eläkkeellä olevien osuus asukkaista koko maassa kasvaa, mutta Satakunnassa hieman keskiarvoa nopeammin. Sen sijaan kaikkien työkyvyttömyyseläkeläisten osuus asukkaista koko maassa vähenee, mutta Satakunnassa hieman keskiarvoa hitaammin.

Päihteisiin liittyvä problematiikka tulee esiin myös toiminnan uudelleen suuntaamisen ja tehostamisen mahdollisuuksien kautta. Esimerkiksi tehohoito on kalleinta erikoissairaanhoidon hoitoa, mutta sen hoitopäivistä alkoholi selittää kymmeniä prosentteja. Päivystyspoliikklinikoilla puolestaan alkoholista johtuvat tapaturmat ovat tuoreen tutkimuksen mukaan nopeimmin kasvava ongelma (Suomen lääkärilehti 2007;62).

2. Hanketta valmistelevalle työlle vuoden 2007 aikana

Vuoden 2007 aikana laadittavien suunnitelmien yksi päämäärä on suunnitelmien toteuttaminen. Toimeksi! -hanke on toimeenpanohanke näille vuoden 2007 aikana tehtäville suunnitelmille.

Suunnitelmien laatimisen taustalla on ajatus, että

- ilman suunnitelmaa toiminta ohjautuu vain häiriöiden hoitoon,
- kehittämistä on niin tunnistamisessa, puheeksiotossa kuin toiminnassa,
- päihde- ja mielenterveysongelmien hyvän hoidon painopistettä voidaan siirtää peruspalveluihin,

- päihde- tai mielenterveysongelmaan puuttuminen on peruspalveluissa toteutettava tehtävä,
- preventioon panostaminen on välttämätöntä, koska resurssit eivät tule riittämään hoitopalveluiden kysyntää vastaavasti.
- päävastuu ja intressi toiminnan kehittämisessä on kunnilla.

Päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien laatimisen ytimessä on julkisen sektorin, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön lisääminen. Menetelmänä suunnitelmien laadinnassa on sovellettu Stakesissa kehitettyä kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmää, jonka on arvioitu soveltuvan monenlaisen prosessikeskeisen kehittämisen välineeksi. Menetelmässä ideana on kehittämistyön toteuttaminen yhteistoiminnallisena tavoitteellisena prosessina. Käytännössä tämä on tarkoittanut kunnittaisten monialaisten työryhmien perustamista suunnitelmien laatimiseksi. Kuntien työryhmien kokoonpanot vaihtelevat jäsentensä taustayhteisöjen mukaan varsin paljon. Pääasiassa ryhmät koostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon edustajista, mutta mukana on edustajia myös mm. koulutoimesta, kiinteistösektorilta, järjestöistä, seurakunnista, poliisista, luottamuselimistä, vapaa-ajatoimesta. Kunnittaiset työryhmät on katsottu tarpeellisiksi, jotta asiasta keskusteltaisiin mahdollisimman laajasti ja ettei päihde- ja mielenterveyteen liittyvät kysymykset jäisi pelkästään sosiaali- ja terveyssektorin pohdittavaksi vaan käytettävissä olisi mahdollisimman laaja-alainen asiantuntijuus. Työryhmätyöskentelyyn liittyy menetelmän dialogisuus, jolla tarkoitetaan vuorovaikutuksellista keskustelua tavoitteena sellaisen uuden yhteisen ymmärryksen löytyminen, jota osapuolten ei ole mahdollista yksin tuottaa (Immonen: Kehitettävä asiantuntijayhteistyö mielenterveytyön suunnitteluvälineenä. Stakes, Aiheita 15/2005).

Varsinaiset suunnitelmat on tarkoitus tehdä seudullisesti, useamman kunnan kokonaisuutena. Ongelmat ja tarpeet ovat pääsääntöisesti samat eri kunnissa ja yksittäisen kunnan resurssit ovat liian pienet vastaamaan näihin. Vastaukseksi pyritään löytämään laaja-alaisesti toimivaa alueellista yhteistyötä eri toimijoiden kesken niin edistämässä, ehkäisyssä, hoidossa kuin kuntoutuksessakin.

Suunnittelutyöryhmien työskentelyn tavoitteena on aikaansaada yhteistyöprosessi oleellisten asioiden löytämiseksi ja realistisen suunnitelman laatimiseksi. Suunnittelun käynnistämiseksi kunnat ovat saaneet vastattavakseen kaksi kysymyssarjaa, strategiset kysymykset ja palvelujen järjestämiskysymykset (kysymykset liitteenä 2). Vastausten pohjalta on ollut tarkoitus löytää keskeiset asiat kehittämisen kohteiksi.

1. Strategiset kysymykset: Pohdinnan (vastaamisen) hyöty on, että sen pohjalta suunnittelu pääsee liikkeelle ja tulee käytyä yhteistyökysymyksiä läpi. Samoin tulee esiin mihin asioihin pitää kiinnittää huomiota.
2. Palvelujen järjestämiseen liittyvät kysymykset: Hyöty on se, että tässä tulee käytyä perusteellisesti läpi mihin palveluihin pitää panostaa, mikä on hyvin ja mikä vaatii kehittämistä.

Molempien kysymyssarjojen tarkoituksena on tukea suunnitteluajattelua: etenemään tavoitteellisesti, pysymään oleellisissa kysymyksissä ja välttämään eksymistä pieniin yksityiskohtiin. Lisäksi kysymysten avulla selvitetään paikalliset olosuhteet suunnittelun lähtökohdaksi. Se onnistuu jos paikallisten asiantuntijoiden perehtyneisyys ja osaaminen saadaan hyödynnettyä. Tässä yhteydessä kuntia on kannustettu miettimään mitkä palvelut on järkevää hoitaa seudullisesti tai alueellisesti ja mistä yhteisistä toimintakäytännöistä voi sopia seudullisesti tai alueellisesti.

Näiden vastausten perusteella tehdään suunnitelman perusteluosaan sisältyvä kuntaa/aluetta koskeva tiivis nykytilaselvitys. Vastausten pohjalta on myös löydettävissä keskeiset asiat, jotka voidaan ottaa kehittämisen kohteeksi.

Perusteluosan avulla on tarkoitus käydä läpi ja sopia kehittämiskohteet, toiminnalliset tavoitteet, menetelmät jne. eli työstää varsinaista suunnitelmaosaa. Suunnitelmalla tähdätään käytännön toimintamallien aikaansaamiseen ja käytännön työn kehittämiseen.

Tavoitteen mukaisesti kuntakohtaiset tai alueelliset päihde- ja mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat on tarkoitus valmistua vuoden 2007 loppuun mennessä. Kokonaissuunnitelma määritellään nimenomaan kehittämissuunnitelmaksi.

Suunnitelmat laaditaan yhteisen rungon mukaan. Paikallisuus tulee esille sisällöissä. Kokonaissuunnitelmaan nostetaan vain ne asiat, joiden työstämiseksi kyetään kehittämään kunkin kunnan/alueen oloissa realistinen toteutussuunnitelma. Tarkoitus on siis saada parannus nykyiseen olotilaan. Tavoitteena on toimiva ja ”riittävän hyvä” suunnitelma, jossa asioiden määrä on hallittavissa. Suunnitelma päivitetään vastaavalla tavalla konkreettisin riittävän usein (vuosittain, joka toinen vuosi), jotta kehittäminen on jatkuvaa ja ammattilaisten osaaminen sekä vahvistuu että kasautuu.

Kokonaissuunnitelma jakautuu kahteen osaan: perusteluosaan ja varsinaiseen suunnitelmaan.

- *Perusteluosassa* kuvataan miksi tehdään suunnitelma, miten on edetty ja tiivis nykytilan kuvaus.
- *Suunnitelmaosassa* kuvataan keskeiset kehittämiskohteet ja johtopäätökset sekä laaditaan toimintasuunnitelma taulukkomuodossa (kehittämiskohde, sen tavoite, menetelmät, kustannukset, seurantaindikaattorit, vastuutaho, aikataulu). Esimerkkejä suunnitelmaosasta liitteessä 3.

Suunnitelmatyössä on kunnille korostettu, että suunnitelman jalkauttaminen on tärkein osa strategista johtamista (”kehittämistyö 10%, juurruttaminen 90%”). Periaatteena on, että kaikkea tarvittavaa ei tarvitse tehdä yhdellä kertaa. Tuloksena on päivitettävä asiakirja ja jatkuva kehittäminen päihde- ja mielenterveystyössä. Avainsanat kehittämistyössä ovat konkreettisuus ja jatkuvuus!

3. Hankkeen resurssointi

Hanketta hallinnoi Satakunnan sairaanhoitopiiri. Työtilat ovat sairaanhoitopiirin tiloissa. Kehittämistyön tukena on erityisesti psykiatrian osasto, jossa on mahdollisesti tarvittavaa erityisosaamista. Varsinaisesti hanketta vetämään palkataan sellainen ulkopuolinen koordinaattori, jolla on edellytykset onnistua tehtävässä. Sairaanhoitopiirissä valmiina olevaa asiantuntemusta ja valmiita kontakteja käytetään hyödyksi erityisesti yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Sairaanhoitopiirin tehtävä hankkeessa on näin tukea kuntia ja alueita päihde- ja mielenterveystyön toimeenpanossa sekä koordinoida toteutettavaa palvelujen kehittämistä. Lisäksi hankitaan ulkopuolisia asiantuntijoita satakuntalaisten toimijoiden koulutukseen.

Selvitys hankkeen henkilöstömenoista on alla. Selvitys sisältää henkilöstön osalta sekä hankkeeseen palkattavan henkilöstön että kirjanpidolliset menosiirrot kuntayhtymältä. Pro-

jektipäällikkö on ulkopuolelta palkattava henkilö. Projektisihteeri sekä projektiasiantuntija/t ovat organisaation sisältä.

Selvitys hankkeen henkilöstömenoista					
Vuosi 2008					
	Hlö/lkm	€/kk	Sivuk.	Kk	Yht.
Projektipäällikkö	1	4 320	1,3	12	67392
Projektisihteeri	1	2 600	1,3	2	6760
Asiantuntijalääkäri	1	5 900	1,3	1	7670
Yhteensä					81 822
Vuosi 2009					
	Hlö/lkm	€/kk	Sivuk.	Kk	Yht.
Projektipäällikkö	1	4 520	1,3	10	58760
Projektisihteeri	1	2 600	1,3	1,7	5746
Asiantuntijalääkäri	1	5 900	1,3	0,85	6519,5
Yhteensä					71 026
YHTEENSÄ vv. 2008-2009					
	Hlö/lkm	€/kk	Sivuk.	Kk	Yht.
Hankevastaava	1	4 411	1,3	22	126152
Projektisihteeri	1	2 600	1,3	3,65	12506
Asiantuntijalääkäri	1	5 900	1,3	1,85	14190
Yhteensä					152847,5

4. Hankkeen toteuttaminen

4.1 Toteuttamisen lähtökohtia

Hanke pohjautuu vuoden 2007 aikana Satakunnassa laadittaviin päihde- ja mielenterveys-suunnitelmiin. Kunnissa on hyvin vaikea saada ilman ulkopuolista tukea toteutettua tässä tarkoitettua yhteiseen suunnitteluun ja kehittämiseen perustuvaa yhteistoimintamallia. Suunnitelmien valmistelun yhteydessä on selvitetty Suomessa tehtyjä vastaavankaltaisia kehittämisohjelmia ja niiden tuloksia. Tällöin on voitu todeta, että asioiden kehittämiseksi tehdyt suunnitelmat ovat tyypillisesti oikean suuntaisia, mutta ne ovat usein jääneet paperin asteelle ilman konkreettisia vaikutuksia kuntalaisiin. Varsinkin alueelliset, yhteistyöhön perustuvat kehittämisohjelmat ovat jääneet toteutumatta, koska se taho, joka vielä suunnitelman tekovaiheessa on koordinoinut suunnittelua, on puuttunut toteuttamisvaiheessa. Hankkeen kaltainen toiminta on välttämätöntä päihde- ja mielenterveysasioiden eteenpäinviemiselle. Kehittämistyöstä pieni osa on suunnitelman laatimista ja suurin osa on suunnitelmien juurruttamista käytännön työhön. Hyvätkin kehittämisohjelmat jäävät helposti toteutumatta, koska käytännön arkityössä kuntatasolla ei riitä toimijoita, jotka aktiivisesti organisoisivat juurruttamistyötä. Vielä vaikeammaksi asia tulee kun toimitaan yhtä kuntaa suuremmalla alueella.

Hankkeen painopiste on promotiivisen ja preventiivisen työotteen aikaan saaminen kuntien toimintatavaksi. Promootiolla ymmärretään asiakkaiden/asukkaiden voimavarojen lisäämistä ja mahdollisuuksien lisäämistä huolehtia omasta sekä ympäristön hyvinvoinnista ennen varsinaisten terveysongelmien syntymistä. Prevention lähtökohdat taas ovat ongelmissa. Lähtökohdana on tällöin ongelmien ehkäiseminen ja niiden vähentäminen. Hyväkin toimenpide yksittäisessä kunnassa toteutettuna jää vaikutuksiltaan väistämättä vaatimattomaksi, jos se ei perustu systemaattiseen toiminnan kehittämiseen. Jos sama toimenpide toteutetaan kunnassa tai alueella, joka kuuluu hankkeessa tavoiteltavaan verkostomaiseen toimintaympäristöön, jossa toimenpiteiden levittäminen on sisäänrakennettu ominaisuus, vaikuttavuus on merkittävästi suurempi.

Mikäli alueella ei ole toimivaa päihde- ja mielenterveyspalvelujärjestelmää, purkautuu paine sellaisten sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien kautta, jotka eivät ole tähän varautuneet. Kehitystä ei voi ohjata ja ongelmien aiheuttamat kokonaiskustannukset kasvavat. Hallitsemattoman toiminnan seurauksia ovat esimerkiksi terveydenhuollon päivystyksen ja tehohoidon ruuhkautuminen potilaista, jotka ajautuvat näihin palveluihin päihdeongelmasa seurauksena. Terveyskeskusten vuodeosastoilla sisäänoton yleisin diagnoosi on usein heti infektioiden jälkeen jokin päihdeperuste.

Kuntien erilaisissa tavoiteasiakirjoissa mainitaan yhä useammin varhainen puuttuminen. Asiakirjoissa ei kuitenkaan ole dokumentaatiota siitä mitä varhainen puuttuminen on, mitä sillä tarkoitetaan. Kun siitä ei ole selvää mallia eikä ole päätöstä toimista sen eteenpäin viemiseksi, jää se usein sanahelinäksi. Varhainen puuttuminen pitää tehdä näkyväksi, pitää osoittaa mitä se konkreettisesti on. Tämä voi tapahtua suunnitelmassa jossa varhainen puuttuminen kussakin tapauksessa määritellään, sitoudutaan tarvittaviin koulutuksiin ja toimintamallien jalkauttamiseen.

Varhainen puuttuminen on perustyötä, jota tehdään joka paikassa jossa kohdataan asiakas. Ihmiset eivät välttämättä tunnista oireita itsessään. Sen vuoksi tunnistamisen on tapanhahduttava muun kohtaamisen yhteydessä, esimerkiksi kun potilas tulee terveyskeskuspäivystykseen loukattuaan itsensä tai äiti tulee lapsensa kanssa lastenneuvolaan synnytyksen jälkeen.

4.2 Esteitä ja ratkaisukeinoja palvelujen hyvälle järjestämiselle

Palvelujen hyvälle kehittämiselle on käytännössä paljon esteitä:

- Suurin osa asiakkaista ja ongelmista kohdataan perustyössä eri toimipisteissä, mutta ongelmien tunnistamisessa on suuria puutteita.
- Mielenterveystyötä ei ole kunnissa koordinoitu ja johtamisjärjestelmät ovat epäselvät.
- Maailmalla on kokeiltu ja käytössä paljon hyviä toimintamalleja, mutta ne eivät juuruteta perustasolle Suomessa, prosessointi puuttuu.
- Tieteellinen näyttö jää helposti tutkimuslaitoksiin tai ulkomaisiin tieteellisiin lehtiin, tieto ei tule peruspalveluihin.
- Resurssointi ei vastaa tarvetta.
- Psykiatrinen koulutus ei kohdistu peruspalveluiden tarpeisiin.
- Tavanomainen hoito ei tehoa 2dg-potilaisiin.
- Päihteitä käyttävä potilas on ei-toivottu potilas, jolloin hoitoyhteistyö on vaikeaa.

- Päihdeongelma jätetään huomiotta ja hoitamatta.
- Näyttöön perustuvia toimintamalleja ei ole otettu käyttöön.
- 2dg-potilaiden hoito on sattumanvaraista.
- Palvelujärjestelmä ei vastaa tarpeeseen (sektoroitunut järjestelmä ja rahoitus, työtavat /-muodot)
- Soster-huollon peruspalveluihin pääsyyn on kynnys -> ei haluta nähdä ongelmaa, koska ei ole riittävää osaamista (mielenterveysongelmaisilla päihteidenkäyttäjillä on suurin vaikeus saada palveluita).
- Kuntasektorin hektinen tahti ei tue luovaa työn tekemistä.
- Tuotekehitys kunnista puuttuu.
- Jne.

Kriittisiä tapahtumia ja tilanteita, joissa kohdataan massat, jolloin on mahdollisuus puuttua varhain, ovat ainakin:

- neuvolat
- päivähoito
- koulu
- kutsunnat
- työterveyshuolto
- naisten/miesten joukkotutkimukset

Toimintamalleja päihde- ja mielenterveyden häiriöiden kohtaamiseen, tunnistamiseen ja toimenpiteisiin on olemassa runsaasti, mutta ne eivät ole yleisessä käytössä.

→ Näyttöön perustuvat toimenpiteet

- Äitiysneuvolan masennusoireiden seulonta, depression ennaltaehkäisy- ja itsehoitoryhmät
- Kotikäynnit raskaana olevien yksinhuoltajien ja pienten lasten äitien luona
- Oppilashuollon masennusoireiden seulonta, stressinhallintakurssit
- Kouluissa toteutettavat mielenterveyden edistämishjelmat
- Kiusaamisen vähentämiseen tähtäävät yhteisöohjelmat
- Mt-vanhempien lapsen tukeminen, Toimiva lapsi ja perhe –menetelmä
- Aikalisä! Time Out! –malli kutsuntaikäisille
- Depressiohoitaja
- Päihdehoitaja
- Klubitalotoiminta
- Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten mukaan ottaminen työelämään.
- Organisaatitason toimenpiteet stressin vähentämiseksi ja mielenterveyden edistämiseksi työelämässä.
- Ohjelmat, joilla kannustetaan yhteisölliseen osallisuuteen
- Mielenterveyden ensiapukurssit.
- Mini-interventio alkoholin käytön vähentämiseksi.
- Työttömille suunnatut vertaistukiryhmät.
- Ohjelmat ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaitojen parantamiseksi parisuhteessa.
- Stressin vähentämiseen tähtäävä ryhmätoiminta.
- Ikäihmisten yksinäisyyttä ehkäisevät ryhmät ja vapaaehtoistyö.
- Asumisympäristön parantamiseen tähtäävät toimenpiteet.

Toimintoja voi kehittää myös yleisemmällä tasolla. Toimintatapoja ovat mm.

- Dialogisuus
- Päihdepsykiatrinen osaamisen lisääminen

- Verkostomainen työskentely
- Palvelujen kynnysten poistaminen
- Palveluohjaus

4.3 Hankkeen toimintamalli

Kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmällä on saatu hyviä tuloksia suunnitelmien laadimisessa. Hankkeessa osin sovelletaan menetelmää näiden suunnitelmien juurruttamiseksi käytäntöön.

Toimintamalli on yksinkertainen. Se perustuu kehittämistarpeen tunnistamiseen, toimintamallien valintaan, koulutukseen ja kouluttajakoulutukseen sekä lopulta toimintojen onnistuneeseen juurruttamisen panostamiseen. Hankkeen ydin on kunnanhallitusten sitoutuminen päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien toteuttamiseen sekä suunnitelmien toimeenpanon koordinoitavusteinen toteuttamistapa. Perustettavien kehittämistyöryhmien työskentelyn tavoitteena on saada aikaan yhteistyöprosessi valittujen asioiden juurruttamiseksi. Tuloksena on käytännössä noudatettava ja päivitettävä suunnitelma sekä jatkuva kehittäminen päihde- ja mielenterveystyössä.

Kun hanke päättyy, on alueilla käytössään malli, jonka mukaan toimimalla päihde- ja mielenterveysasioita erityisesti perustasolla, ylisektorisesti ja varhaisen vaiheen problematiikkaan liittyen saadaan jatkossa kehitettyä. Hankkeen aikana luodaan Satakuntaan alueelliset toimintamallit tämän toteuttamiseksi.

Jos hankkeen toimintamalli osoittautuu tulokselliseksi, on se sovellettavissa lähes sellaisenaan valtakunnallisesti.

5. Hankkeen onnistumisen riskiarvio

1. Kuntasektori on jatkuvassa liikkeessä, mm. Paras-hankkeen myötä kuntien yhteistyökumppanit ja -kuviot saattavat muuttua. Tämä aiheuttaa jonkin verran epätietoisuutta kunnallisissa toimijoissa ja jossain määrin hidastaa asioihin tarttumista. Tilanne kuitenkin selkeytynee lähivuosina. Tilannetta helpottaa se, että päihde- ja mielenterveysasiat ovat paremmin hoidettavissa suuremmissa yksiköissä.

2. Hanke vaatii toteutuakseen kunnilta aitoa tahtoa vaikuttaa päihde- ja mielenterveysasioihin. Tarpeen tunnistaminen ja tunnustaminen ratkaisee tämän.

3. Suuri riskitekijä on se, että sektoreiden johtajat eivät koe asiaa tärkeäksi. Samoin se, jos henkilöstön tahto ja sitoutuminen oman osaamisen kehittämiseen puuttuu erityisesti edistämisen ja ehkäisyn eteenpäin viemisessä. Päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien laadimiselle on kunnallishallitusten päätökset, joten voidaan olettaa että tämä hallinnollinen sitoutuminen koskee myös suunnitelmien toteuttamista.

4. Päihde- ja mielenterveysongelmat ovat luonteeltaan pitkäaikaisia, joten nopeiden tulosten näkyminen ja todeksi osoittaminen on vaikeaa. Tarvitaan pitkäjänteistä suunnittelua ja kasautuvaa osaamista, jotta tulokset näkyvät. Riittääkö kuntien sitoutuminen? Päihde- ja

mielenterveyshäiriöiden hoitoon kuluvat kustannukset osoittavat päättäjille toiminnan kannattavuuden.

5. Onko mahdollista omaksua uudenlainen asenne päihdeongelmien huomioimiseen välttämättömänä osana ammatillista toimintaa? Koulutuksen kautta saadaan asiaan parannusta.

→ Koska kuntatalous kiristyy jatkuvasti ja uusia asioita tulee jatkuvasti toteutettavaksi, edistää hankkeen toteutumista se lähtökohta, että toteutettavat toimet eivät vaadi suurta rahallista resursointia. Tarkoitus on keskittyä mm. toimintatapojen muuttamiseen ja kehittämiseen. Periaatteena on, että pienetkin parannukset ovat riittävän hyviä. Tarkoitus on saada parannus nykyiseen olotilaan. Tämän sisäistäminen vaikuttaa hankkeen positiiviseen kehittymiseen.

6. Hankkeen arviointi

Arviointi on osa koko suunnitteluprosessia. Hankkeen edetessä arviointia tehdään myös itse prosessin etenemisestä.

Tavoitteittain arviointisuunnitelma on seuraava:

1. Päihde- ja mielenterveyssuunnitelmien koordinoitu toimeenpano Satakunnassa
 - Arviointikohteena suunnitelmien toteutuminen; toteutuneiden kehittämiskohteiden osuus, tavoite 80 %. Menetelmänä seurantakysely
 - Selvitetään alueellista koordinaatiota edesauttavat ja haittaavat tekijät; mitä ennakkoimattomia vaikutuksia koordinaatioavusteisella toimeenpanolla on; ja tuoko ulkoisen koordinaation tukema kehittäminen selvyttä terveyden edistämisen johtamiseen kunnissa. Menetelminä haastattelut ja arviointikyselyt
2. Päihteettömyyden ja mielenterveyden edistämisen sekä päihteiden käytön ja käytöstä aiheutuvien häiriöiden ehkäisyn käytäntöjen ja toimintamallien kehittäminen Satakunnassa.
 - Selvitetään uusien käytäntöjen toteutuminen ja juurtuminen. Menetelminä arviointikyselyt ja itsearviointit
 - Kaikissa tavoitteissa on yhtenä hankkeen etenemisen arvioijana hankkeelle nimettävä ohjausryhmä. Arviointia suoritetaan jatkuvana toiminnan seurantana (monitoring-tyyppisesti).
3. Päihteiden käytön vähentämistä ja positiivista mielenterveyttä vahvistavien tekijöiden lisääminen Satakunnan kunnissa.
 - Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävien tekojen lukumäärä
 - Tuoko ulkoisen koordinaation tukema kehittäminen kunnissa uusia toimijoita mukaan terveyden edistämiseen
 - Menetelminä itsearviointit, mahdollisesti opinnäyte tai muu opiskelijatyö

Lähteet

Immonen, Tuula: Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Stakes, Aiheita 15/2005

Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:25

Nurmi-Lüthje, Karjalainen, Hinkkurinen, Salmio, Lundell, Salminen, Pelkonen, Kajander, Lüthje: Tapaturmakäyntien tilastointi paljastaa riskiryhmät, Suomen lääkärilehti 38/2007, ss. 3434-3436.

Rimpelä, Matti – Rigoff, Anne-Marie: Terveiden edistämisen ajankohtaisia haasteita Satakunnan sairaanhoitopiiriin, kuntien ja terveyskeskusten yhteistyön näkökulmasta – taustaa, selvitystä nykytilasta ja ehdotuksia toimenpiteiksi. Työpaperi 15.3.2006

LIITE 1

Mielenterveyshäiriöiden johdosta työkyvyttömyyseläkkeellä olevat Satakunnassa									
vv. 1996, 2000 ja 2006, lukumäärät, %-osuudet ja muutokset vuoteen 1996									
Kunta	Mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevat			Kaikki työvyttömyyseläkkeellä olevat			Mielenterveyshäiriöiden osuus kaikista		
	1996, lkm	2000, lkm	2006, lkm	1996, lkm	2000, lkm	2006, lkm	1996, %	2000, %	2006, %
Muutos vuoteen 1996									
Eura	138	150	169	552	483	479	25	31,1	35,3
Muutos v 96	100 %	108,7 %	122,5 %	100 %	87,5 %	86,8 %	100 %	124,4 %	141,2 %
Eurajoki	84	94	89	322	305	283	26,1	30	31,4
Muutos v 96	100 %	111,9 %	106,0 %	100 %	94,7 %	87,9 %	100 %	114,9 %	120,3 %
Harjavalta	158	165	180	504	472	428	31,3	35	42,1
Muutos v 96	100 %	104,4 %	113,9 %	100 %	93,7 %	84,9 %	100 %	111,8 %	134,5 %
Honkajoki	51	46	48	151	127	114	33	36,2	42,1
Muutos v 96	100 %	90,2 %	94,1 %	100 %	84,1 %	75,5 %	100 %	109,7 %	127,6 %
Huittinen	167	200	235	490	453	475	34,1	44,2	49,5
Muutos v 96	100 %	119,8 %	140,7 %	100 %	92,4 %	96,9 %	100 %	129,6 %	145,2 %
Jämijärvi	36	46	42	127	125	86	28,3	36,8	48,8
Muutos v 96	100 %	127,8 %	116,7 %	100 %	98,4 %	67,7 %	100 %	130,0 %	172,4 %
Kankaanpää	262	264	285	830	729	654	31,6	36,2	43,6
Muutos v 96	100 %	100,8 %	108,8 %	100 %	87,8 %	78,8 %	100 %	114,6 %	138,0 %
Karvia	74	76	63	213	179	154	34,7	42,5	40,9
Muutos v 96	100 %	102,7 %	85,1 %	100 %	84,0 %	72,3 %	100 %	122,5 %	117,9 %
Kiikoinen	x)	30	23	x)	71	69	x)	42,3	33,3
Muutos v 96	100 %	#ARVO!	#ARVO!	100 %	#ARVO!	#ARVO!	100 %	#ARVO!	#ARVO!
Kiukainen	68	73	71	198	177	169	34,3	41,2	42
Muutos v 96	100 %	107,4 %	104,4 %	100 %	89,4 %	85,4 %	100 %	120,1 %	122,4 %
Kodisjoki	x)	x)	x)	23	18	22	x)	x)	x)
Muutos v 96	100 %	#ARVO!	#ARVO!	100 %	78,3 %	95,7 %	100 %	#ARVO!	#ARVO!
Kokemäki	195	190	185	619	532	469	31,5	35,7	39,4
Muutos v 96	100 %	97,4 %	94,9 %	100 %	85,9 %	75,8 %	100 %	113,3 %	125,1 %
Köyliö	43	54	55	169	163	155	25,4	33,1	35,5
Muutos v 96	100 %	125,6 %	127,9 %	100 %	96,4 %	91,7 %	100 %	130,3 %	139,8 %
Lappi	54	58	51	190	167	144	28,4	34,7	35,4
Muutos v 96	100 %	107,4 %	94,4 %	100 %	87,9 %	75,8 %	100 %	122,2 %	124,6 %
Luvia	36	27	48	134	120	140	26,9	22,5	34,3
Muutos v 96	100 %	75,0 %	133,3 %	100 %	89,6 %	104,5 %	100 %	83,6 %	127,5 %
Merikarvia	79	78	82	262	207	193	30,2	37,7	42,5
Muutos v 96	100 %	98,7 %	103,8 %	100 %	79,0 %	73,7 %	100 %	124,8 %	140,7 %
Nakkila	111	111	117	353	326	296	31,4	34	39,5
Muutos v 96	100 %	100,0 %	105,4 %	100 %	92,4 %	83,9 %	100 %	108,3 %	125,8 %
Noormarkku	95	103	99	347	304	276	27,4	33,9	35,9
Muutos v 96	100 %	108,4 %	104,2 %	100 %	87,6 %	79,5 %	100 %	123,7 %	131,0 %
Pomarkku	53	63	63	215	190	154	24,7	33,2	40,9
Muutos v 96	100 %	118,9 %	118,9 %	100 %	88,4 %	71,6 %	100 %	134,4 %	165,6 %
Pori	1402	1471	1757	4763	4101	4128	29,4	35,1	42,6
Muutos v 96	100 %	104,9 %	125,3 %	100 %	86,1 %	86,7 %	100 %	119,4 %	144,9 %
Rauma	532	538	576	2104	1760	1653	25,3	30,6	34,8
Muutos v 96	100 %	101,1 %	108,3 %	100 %	83,7 %	78,6 %	100 %	120,9 %	137,5 %
Siikainen	48	40	40	155	130	115	31	30,8	34,8

Muutos v 96	100 %	83,3 %	83,3 %	100 %	83,9 %	74,2 %	100 %	99,4 %	112,3 %
Säkylä	72	70	84	274	225	218	26,4	31,1	38,5
Muutos v 96	100 %	97,2 %	116,7 %	100 %	82,1 %	79,6 %	100 %	117,8 %	145,8 %
Ulvila xx)	216	224	242	813	730	644	26,1	30	37,6
Muutos v 96	100 %	103,7 %	130,8 %	100 %	89,8 %	79,2 %	100 %	114,9 %	144,1 %
Satakunta yhteensä	3974	4171	4362	13808	12094	11518	28,8	34,5	37,9
Muutos vuoteen 1996	100 %	105,0 %	109,8 %	100 %	87,6 %	83,4 %	100 %	119,8 %	131,6 %
Koko maa									
Yhteensä	98582	102418	112613	291349	261812	256276	33,8	39,1	43,9
Muutos v:een 1996	100 %	103,9 %	114,2 %	100 %	89,9 %	88,0 %	100 %	115,7 %	129,9 %
Lähde: Eläketurvakeskus									
x) = alle 10 tapausta									
xx) Kullaa ja Ulvila yhdistyneet tiedot									

MIELENTERVEYS-/PÄIHDETYÖTYÖN KOKONAISUUNNITELMA Strategiakartoituskysely kunnille

Kunta _____

Vastaajat _____

nimi ja asema

Tausta kyselylle:

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja Satakunnan kunnat ovat vuoden 2006 Kumppanuus-sopimuksen Tahto-osassa sopineet yhdeksi keskeiseksi muutoshankkeeksi päihde- ja/tai mielenterveysuunnitelman tekemisen. Kunnallishallitukset ovat käsitelleet asiaa kokouksissaan keväällä ja alkukesällä 2006.

Kunnat ovat nimenneet yhteyshenkilöt suunnitelmien laatimista varten. Yhteyshenkilöiden tehtävänä on koota poikkihallinnollinen työryhmä suunnitelmien laatimista varten ja muutenkin toimia kuntien edustajana prosessin aikana.

Suunnitelmat on tarkoitus tehdä kuntien omista lähtökohdista käsin, siinä muodossa kuin kunnat parhaaksi näkevät ja kuntien haluamassa laajuudessa. Sairaanhoitopiirin tehtävä on koordinoida työ, antaa kirjoitusapua, hankkia taustatietoa, olla tukemassa ja edesauttamassa suunnitelmien syntymistä.

Tämän kyselyn tarkoituksena on työryhmän yhteisellä keskustelulla käynnistää suunnittelutyö.

Vastatkaa kysymyksiin nimenomaan oman kuntanne tilannetta ajatellen. Vastaajien lukumäärä ei ole oleellista, oleellista on, että vastaajat ovat asian parhaiten tuntevat henkilöt. Toiminnan onnistumisen kannalta parasta on, että vastaukset tulevat monitoimijaisen joukon käsityksen synteessä.

Kuntiin lähetetään kysymykset kahdessa osassa. Ensimmäisessä osassa kysytään yleisiä strategiaan liittyviä kysymyksiä. Vastaamisen ja työryhmän keskustelun avaamiseksi mukana on ns. ohjaavia kysymyksiä, joihin ei siis erikseen ole tarkoitus vastata.

Myöhemmin lähetettävässä toisessa osassa kysytään palveluiden järjestämiseen liittyviä kysymyksiä.

HUOM! Pyydämme, että kokoatte työryhmänne viimeistään kahden viikon kuluessa ja käytte ensimmäinen keskustelun mahdollisimman pian.

Vastauksenne pyydämme sähköisesti (eli vastaukset tähän tiedostoon) **27.4.2007 mennessä** sp-osoitteeseen arja.brusin-alakotila(at)satshp.fi

Liitteenä on taustamateriaalia työn aloittamiseksi.

Kaikissa mahdollisissa asiaan liittyvissä kysymyksissä toivomme että otatte yhteyttä Matti Järvinen puh. 044-707 4469 ja Mauri Nordberg 050-560 4384.
matti.jarvinen(at)satshp.fi mauri.nordberg(at)satshp.fi

MÄÄRITELMIÄ

- **MIELENTERVEYS**

- ei ole vain mielen sairauksien puuttumista vaan se on yksilön voimavara. Mielen sairaus ja mielen terveys ovat kaksi eri käsitettä. Mielen sairauksista voidaan tehdä diagnoosi, niitä voidaan hoitaa ja parantaa lääketieteen keinoin. Mielen sairaus on käsitteenä lääketieteellinen. Mielenterveys puolestaan on elämäntaidollinen käsite.
- on WHO:n määritelmän mukaan älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Lisäksi ihmisten mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä on useita. Niitä ovat muun muassa biologiset tekijät (esim. perinnölliset tekijät ja sukupuoli), yksilölliset tekijät (esim. henkilökohtaiset kokemukset), perhe ja sosiaaliset tekijät (esim. sosiaalinen tuki) sekä yhteiskunnan rakenteisiin, resursseihin, kulttuurisiin arvoihin ja ympäristöön liittyvät tekijät (esim. sosiaalinen asema ja elinolosuhteet). (WHO ja EU:n Vihreä kirja)
- on olennainen osa terveyttä eli ihmisen psyykkistä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kokonaisuutta. Sen määrittelyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisten omat tarpeet. Uusiksi määreiksi ovat yhä painavammin nousemassa terveyden ja hyvinvoinnin suhde taloudelliseen toimeentuloon, työhön sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. (Suomen mielenterveysseura)

- **MIELENTERVEYSTYÖLLÄ** tarkoitetaan sitä, miten ja keiden kaikkien toimin voidaan parhaiten

- edistää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvua
- ehkäistä, parantaa ja lievittää mielenterveyden häiriöitä
- kehittää väestön elinolosuhteita siten, että ne ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä.
- ks. kuva 1: Mielenterveystyön kokonaisuus

- **MIELENTERVEYSPALVELUILLA** tarkoitetaan

- erityiseen mielenterveysosaamiseen ja ensisijaisesti mielenterveyskysymyksiin suuntautuneita palveluja (psykiatristen palvelujen lisäksi esim. tk- ja koulupsykologit sekä perhe- ja kasvatusneuvolat)
- mielenterveysosaamista yleensä peruspalveluissa

- **PSYKIATRISELLA HOIDOLLA** tarkoitetaan yksilön tai perheyhteisön todettuun psykiatriseen häiriöön, sairauteen tai oireeseen kohdistuvaa lääketieteellisesti perusteltua hoitoa, joka toteutetaan hoidosta vastaavan lääkärin toimesta tai hänen ohjauksessaan ja seurannassaan. Psykiatrinen hoito voi näin ollen käsittää esim. lääkehoitoa, vuorovaikutuksellisia hoitosuhteita, tavoitteellista psykoterapiaa tai toimintaterapiaa.

- **PSYKIATRINEN ERIKOISSAIRAANHOITO** on erikoislääkärijohtoista psykiatrista hoitoa, joka toteutetaan joko kansanterveystyönä tai erikoissairaanhoitolain mukaisena sairaanhoitopiirin tuottamana erikoissairaanhoitona.

- **MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN EHKÄISY** kohdistuu niihin ihmisiin ja ihmisryhmiin, joilla on riski sairastua, tai on sairauden ensioireita tai ovat toipuneet sairaudesta, mutta ovat riskissä sairastua uudelleen

- **MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISELLÄ** tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla tuetaan hyvän mielen terveyden toteutumista. Mielen terveyden edistämistä voi olla mikä tahansa teko, joka tavoitteena on koko väestön, yhteisöjen ja yksilöiden mielen terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen ja vahvistaminen. Mielen terveyttä edistämällä pyritään suojelemaan, tukemaan ja ylläpitämään emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia tukemalla ja lisäämällä hyvää mielen terveyttä vahvistavia tekijöitä. Hyvää mielen terveyttä voidaan tukea esimerkiksi vahvistamalla lasten ja nuorten hyvinvointia ja selviytymistaitoja, vaikuttamalla elinympäristöön, taloudelliseen perusturvaan, yhteisöllisyyteen ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen, mielen terveyden peruspalveluihin ja mielen terveyden erikoispalveluihin.

- **PÄIHTEELLÄ** tarkoitetaan alkoholijuomaa ja muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta. Mikä tahansa aine on päihde silloin, kun sitä käytetään päihdyttävässä tarkoituksessa. Esimerkiksi sprii voi olla puhdistusaine tai päihde jne. Punaviini voi olla päihde tai osa ateriaa tai mauste. Eli aine on päihde vasta käyttötarkoituksensa kautta.

- **PÄIHDETYÖ** on toimintaa, jolla edistetään päihdeettömyyttä, ehkäistään ja vähennetään päihteen käyttöä sekä siitä aiheutuvia haittoja ja korjataan aiheutuneita häiriöitä.

- **ENNALTA EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ** on toimintaa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihdeettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä päihdeilmion ymmärrystä ja hallintaa sekä toteuttaa ja edistää perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista päihteisiin liittyvissä kysymyksissä.

- **KORJAAVA PÄIHDETYÖ** sisältää ilmenneisiin päihdehaittoihin ja/tai niihin johtaneeseen käyttöön kohdistuvat palvelut, ongelmakäytön ja/tai päihderiippuvuuden hoitopalvelut, päihdeongelman uusiutumisen ehkäisy, ongelmakäytön ja/tai päihderiippuvuuden haittojen vähentäminen ja pahenemisen ehkäisy.

- **KAKSOISDIAGNOOSILLA** (monidiagnoosilla) tarkoitetaan samanaikaisesti päihdeongelman kanssa esiintyvää muuta psykiatrista sairautta. Ihmisellä voi olla useampia päihderiippuvuuksia ja psykiatrisia häiriöitä ja lisäksi somaattisia sairauksia joko päihdeongelmaan liittyen tai siitä riippumatta.

- **TERVEYDEN EDISTÄMINEN** on terveyttä tukevien mahdollisuuksien etsimistä, luomista ja lisäämistä, terveydelle myönteisten asioiden tukemista ja terveyttä tuottavien muutosten aikaan saamista sekä terveyden tasa-arvon lisäämistä. Terveyden edistäminen tapahtuu eri tasoilla aina yhteiskunnan tasolta yksilötasolle asti.

Strategiset kysymykset

I

1. Onko kunnassanne tehty ja milloin

- mielenterveystyön suunnitelma _____
- päihdetyön suunnitelma _____
- kunnan hyvinvointisuunnitelma _____
- muu vastaava suunnitelma, mikä _____

2. Pitääkö nyt kyseessä olevat suunnitelmat mielestänne tehdä

- kunnallisesti _____
- seutukunnallisesti _____
- maakunnallisesti _____
- seutukunnallisesti, jossa esim. liitteenä kuntakohtainen suunnitelma _____
- jotenkin muuten, miten _____

3. Jos haluatte tehdä päihdesuunnitelman ja mielenterveysuunnitelman yhteistyönä muiden kuntien kanssa, niin minkä kuntien kanssa katsotte tämän kannaltanne tarkoituksenmukaisimmaksi?

- kansanterveystyön kuntayhtymä, mikä _____
- seutukunta, mikä _____
- jotkut nimetyt kunnat, mitkä _____
- muu koostumus, mikä _____

4. Pitääkö päihde- ja mielenterveysuunnitelmat tehdä

- yhdessä _____
- kokonaan erillisinä _____
- erillisinä, mutta toistensa kanssa yhteensovitettuina _____
- muu tapa, mikä _____

II

5. Mitkä asiat/toiminnat/olosuhteet yms. tukevat kuntanne asukkaiden hyvää mielenterveyttä tai tukevat mielenterveyden edistämistä kunnassanne?

6. Mihin asioihin olette tyytyväisiä kuntanne mielenterveystyössä (vähintään 3 asiaa)?

7. Mistä asioista olette eniten huolissanne kuntanne asukkaiden mielenterveyttä koskien ja mitkä asiat/toiminnat/olosuhteet yms. lisäävät kuntanne asukkaiden mielenterveysongelmien riskiä?(vähintään 3 asiaa)

8. Mistä asioista olette eniten huolissanne kuntanne mielenterveystyössä (vähintään 3 asiaa)?

9. Mitkä ovat tavoitteet ja painopistealueet kuntanne mielenterveyssuunnitelmaa valmisteltaessa?

III

10. Mitkä asiat/toiminnat/olosuhteet yms. tukevat kuntanne asukkaiden päihteettömyyttä tai kohtuukäyttöä?

11. Mihin asioihin olette tyytyväisiä kuntanne päihdetyössä (vähintään 3 asiaa)?

12. Mistä asioista olette eniten huolissanne kuntanne asukkaiden päihteiden käyttöä koskien?

13. Mitkä asiat/toiminnat/olosuhteet yms. lisäävät kuntanne asukkaiden päihdeongelmien riskiä (vähintään 3 asiaa)?

14. Mistä asioista olette eniten huolissanne kuntanne päihdetyössä (vähintään 3 asiaa)?

15. Mitkä ovat tavoitteet ja painopistealueet kuntanne päihdesuunnitelmaa valmisteltaessa?

IV

16. Tuleeko suunnitelman olla yleisellä tasolla ja laaja-alainen ('strategia') vai konkreettinen ohjelma ('kehittämisohjelma- tai suunnitelma') vai jotain muuta?

II OSA PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN:

Päihdepalvelut:

Miten seuraavat kuntanne päihdepalvelut on järjestetty:

1. Katkaisuhoito
 - a. missä palvelua toteutetaan,
 - b. onko palvelua saatavissa kysyntää vastaavasti kuntalaisen näkökulmasta,
 - c. onko palvelua saatavissa tarvetta vastaavasti kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta,
 - d. toimiiko käytännössä kuten pitäisi?

2. Avopalvelut
 - a. missä päihdehuollon avohoitopalveluja toteutetaan,
 - b. onko palveluja saatavissa kysyntää vastaavasti kuntalaisen näkökulmasta,
 - c. onko palveluja saatavissa tarvetta vastaavasti kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta,
 - d. toimiiko käytännössä kuten pitäisi?

3. Kuntoutus- ja laitospalvelut
 - a. mitä kuntoutus- ja laitoshoitopaikkoja kuntanne käyttää,
 - b. onko palveluja saatavissa kysyntää vastaavasti kuntalaisen näkökulmasta,
 - c. onko palveluja saatavissa tarvetta vastaavasti kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta,
 - d. toimiiko käytännössä kuten pitäisi?

4. Asumispalvelut
 - a. mitä päihdeongelmaisten asumispalveluja kuntanne käyttää,
 - b. onko palveluja saatavissa kysyntää vastaavasti kuntalaisen näkökulmasta,
 - c. onko palveluja saatavissa tarvetta vastaavasti kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta,
 - d. toimiiko käytännössä kuten pitäisi?

5. Käyttääkö kuntanne erityisryhmien päihdepalveluja (nuorten, vanhusten, tms.; jos on, mitä palveluja, missä palvelu toteutetaan, toimiiko käytännössä kuten pitäisi)?

6. Mitä 3. sektorin päihdetyön toimijoita kuntanne asukkaiden käytettävissä on? Mitä 3. sektorin toimijoita kuntanne päihdehuollon kannalta toivotte kuntaan (esim. AA-ryhmä, Al-anon)?

7. Tarvitseeko kuntanne asiakastyötä tekevä henkilöstö (esim. sosiaali- ja terveydenhuollossa, koulutoimessa) koulutusta päihdeasiakkaiden kohtaamisessa? Jos tarvitsee, niin millaista?

8. Miten ehkäisevää päihdetyötä kunnassanne toteutetaan?
9. Arvioikaa kuntanne päihdehuollon palvelujärjestelmää.
10. Minkä päihdepalvelujen kehittämisen koette keskeisimmäksi kuntanne päihdetyössä?

Mielenterveyspalvelut:

Miten seuraavat kuntanne mielenterveyspalvelut on järjestetty:

1. Erikoissairaanhoidotasoinen
 - avohoito
 - i. mitä mielenterveyden avohoitopalveluja kuntalaisilla on mahdollisuus käyttää?
 - ii. onko käyttö tarpeen mukaista asukkaiden näkökulmasta?
 - iii. entä kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta?
 - laitoshoido
 - i. onko käyttö tarpeen mukaista kuntanne asukkaiden näkökulmasta?
 - ii. entä kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta?
2. Mielenterveystyön kuntoutuspalvelut
 - a. mitä mielenterveystyön kuntoutuspalveluja kuntalaisilla on mahdollisuus käyttää?
 - b. kuka ne toteuttaa?
 - c. onko palveluja saatavissa kysyntää vastaavasti
 - i. kuntalaisen näkökulmasta
 - ii. kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta?
3. Mielenterveystyön asumispalvelut
 - a. mitä mielenterveystyön asumispalveluja kuntalaisillenne on mahdollisuus käyttää ja missä näitä toteutetaan?
 - b. onko palveluja saatavissa kysyntää vastaavasti
 - iii. kuntalaisen näkökulmasta
 - iv. kunnan eli palvelun järjestäjän näkökulmasta?
4. Miten kuntanne perheneuvolapalvelut on järjestetty?

5. Peruspalvelut (määritelmällisesti tässä: *peruspalvelujen tehtävä on tukea mielenterveyden suotuisaa kehitystä, tunnistaa häiriöiden oireet varhain, antaa apua oirehtivalle lapselle tai nuorelle ja hänen lähiympäristölleen ja tarvittaessa ohjata tutkimuksiin ja hoitoon erityispalveluihin*)

- miten on toteutettu mielenterveystyön mukainen psykiatrinen hoito (ks. käsitelmäärittelyt alussa) perustasolla kunnassanne?
- miten kuntanne seuraavissa peruspalveluissa toteutetaan mielenterveystyötä (ks. käsitelmäärittelyt alussa)?

i. äitiys- ja lastenneuvolassa

ii. päivähoidossa

iii. perusopetuksessa

iv. nuorisotoimissa

v. työterveyshuollossa

vi. sosiaalityössä

vii. kotihoidossa (kotipalvelu + kotisairaanhoido)

viii. terveyskeskuksen avovastaanotossa (lääkärit, terveydenhoitajat)

ix. sairaalan osastotyössä

x. muu peruspalvelu, mikä

6. Omais- ja potilasjärjestöjen sekä muu kolmannen sektorin toiminta mielenterveystyössä kunnassanne tai lähialueella, (nimetkää em. yhteistyökumppanit, minkälaista mielenterveystyötä tekevät nyt)?

7. Mitä kolmannen sektorin toimijoita kuntanne mielenterveystyön kannalta toivotte kuntaan, miksi juuri näitä ja mitä tekemään?

8. Millaisia kuntoutusta tukevia palveluja ja toimintamuotoja (esim. klubitaloitointia, tukihenkilöitä, työtoimintaa, vertaistukea yms.) kuntanne asukkaiden käytettävissä on?
9. Miten ehkäisevää mielenterveystyötä (*ks. käsitelmäärittelyt alussa*) kunnassanne toteutetaan?
10. Miten kuntanne eri sektoreilla tuetaan mielenterveyden edistämistä (*ks. käsitelmäärittelyt alussa*)?
11. Tarvitseeko kuntanne asiakastyötä tekevä henkilöstö (esim. sosiaali- ja terveydenhuollossa, koulutoimessa) koulutusta mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa? Jos tarvitsee, niin millaista?
12. Miten arvioitte kuntanne mielenterveyspalvelujärjestelmää?
13. Mitkä mielenterveyspalvelut nousevat kuntanne keskeisimmiksi kehittämiskohteiksi?

Esimerkkejä yksityiskohtaisesta päihde- ja mielenterveysuunnitelman toimenpideohjelmasta

	Kehittämiskohde	Tavoite	Toimenpide	Aikataulu	Mittari	Vastuutaho	Kustannusarvio	Seuranta
Neuvola	varhainen puuttuminen	riskivanhempien tunnistaminen	- koulutusta riskien tunnistamiseen - koulutusta puheeksiottamiseen - koulutusta Auditkyselyn tekemiseen	koulutus 30.4.2008 mennessä, toteutus: työntekijät toimivat varhaisen puuttumisen periaatteiden mukaan syksyllä 2008	- tehdyt Auditkyselyt - puheeksiottojen perusteella tehtyjen konsulttioiden lkm	terveydenhoitajien esimies ja neuvolatoiminnasta vastaava lääkäri	koulutuskustannus 20 h työaika /työntekijä	terveydenhuollon toimintatilasto

Kehittämiskohde	Tavoite	Menetelmät	Seurantaindikaattorit	Aikataulu	Vastuuhenkilö
Satakunnan terveyskeskusten, sosiaalitoimen yksiköiden ja psykiatrian eri yksiköiden (mielenterveystoimistot, Harjavallan sairaala jne.) välisen yhteistyön kehittäminen	asiakkaan näkökulmasta saumattomasti toimivien hoitoketjujen rakentaminen	- yhteistyökäytäntöjen luominen ja yhdessä teemmällä oppiminen psykiatrian eri yksiköiden, sosiaalitoimen yksiköiden ja terveyskeskusten kesken - hoito- ja kuntoutussuunnitelmien integroiminen sähköiseen asiakastietojärjestelmään	yhteistyön arviointi työryhmän itse-arviointina ja asiakaspalautteen avulla	6/2008 mennessä toiminnassa	johtavat lääkärit, sosiaalijohtajat ja psykiatrian tulosalueen johtaja