

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTIEN PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSSUUNNITELMIEN LAADINNAN VÄLIRAPORTTI

Sisältö

1. Tausta	1
2. Perusteet suunnitelmien laatimiseen	2
3. Suunnitelmien laadintaprosessi	3
4. Arviointia suunnittelun etenemisestä	3
5. Esteitä ja ratkaisukeinoja palvelujen hyvälle järjestämiselle	4
6. Suunnitelman laadinnan lähtökohdat	5
7. Mitä seuraavaksi	6

Liitteet

Matti Järvinen
kehittämispäällikkö
Satakunnan sairaanhoitopiiri
19.10.2007

1. Tausta

Satakunnan sairaanhoitopiirin ja piiriin kuuluvien kuntien kesken järjestettiin ensimmäinen kumppanuus-sopimusneuvottelukierros keväällä 2006 ja toinen keväällä 2007. Kumppanuusneuvotteluissa sovittiin kuntien päihde- ja mielenterveystyön suunnitelmien laatimisesta.

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.

2. Perusteet suunnitelmien laatimiseen

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

1. Kunnallishallitusten päätökset

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

2. Kansalliset ohjelmat suosittavat strategiatyöhön

- Lainsäädäntö sekä monet kansalliset ohjelmat, ohjeet ja suositukset edellyttävät kuntia laatimaan/päivittämään päihde- ja mielenterveysohjelmansa. Päihde- ja mielenterveystahojen vähentämiseksi laaditut kansalliset ohjelmat painottavat strategiatyöskentelyn tärkeyttä.

3. Tarve

- Päihde- ja mielenterveysperusteiset ongelmat kasvavat jatkuvasti, samoin niiden hoitamiseen liittyvät kustannukset.

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 ja arkipäiväistymisestä:

- Joka kolmas tapaturmaisesti vapaa-aikana kuollut on ollut päihtynyt.

- Alkoholitapaukset ovat noussut työikäisten miesten yleisimmäksi kuolinsyiksi.

- Alkoholista johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä kasvoi vv. 2000-2005 yli 40 %.

- Mielenterveyden häiriöt ovat yleisin työkyvyttömyyden syy. Alle 55 –vuotiailla työkyvyttömyyseläkkeen perusteena on yli puolella mielenterveyden häiriöt.

- Vv. 1999 - 2004 hallinto-oikeuksien huostaanottojen taustalla olevista kirjatusta syistä noin 80 % liittyi päihde- ja mielenterveysongelmiin tai psyykkisiin häiriöihin.

- Masennuslääkkeiden myynti on kuusinkertaistunut vv. 1990-2005.

- Päihdehäiriöistä aiheutuvat kustannukset olivat v. 2004 noin 1 mrd € ja mielenterveyden häiriöistä aiheutuvat kustannukset olivat noin 1,5 mrd €

Samalla kun somaattisten sairauksien uhka työkyvylle vähenee, mielenterveyden häiriöiden uhka työkyvylle kasvaa rajusti. Liitteenä on taulukko mielenterveystahojen johdosta työkyvyttömyyseläkkeellä olevista Satakunnan kunnissa ([liite 1](#)). Taulukon perusteella voi todeta, että mielenterveystahojen 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.

Päihdehäiriöihin liittyvä problematiikka tulee esiin myös toiminnan uudelleen suuntaamisen ja tehostamisen mahdollisuuksien kautta. Päihdesidonnaisista kustannuksista suurin osa tulee sellaisista toiminnoista, jotka eivät mitenkään näy kunnan päihdehuollon määrärahoissa. Esimerkiksi alkoholin ja tehohoidon

yhteyksistä tehdyssä tutkimuksessa alkoholin katsottiin olevan mukana tai myötävaikuttamassa noin joka neljännen potilaan teholle joutumiseen. Tutkimuksen tekemisen (v. 2003) jälkeen viinan hinta on laskeutunut, joten alkoholin ja tehohoidon käytön yhteys on todennäköisesti lisääntynyt. Päivystyspoliklinikoilla puolestaan alkoholista johtuvat tapaturmat ovat tuoreen tutkimuksen mukaan nopeimmin kasvava ongelma.

3. Suunnitelmien laadintaprosessi

Suunnittelun käynnistämiseksi kunnat ovat saaneet vastattavakseen kaksi kysymyssarjaa, strategiset kysymykset ja palvelujen järjestämiskysymykset. Vastausten pohjalta on ollut tarkoitus löytää keskeiset asiat kehittämisen kohteiksi. Osa kunnista ei ole vielä vastannut toiseen kysymyssarjaan. 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.

Kokonaissuunnitelma jakautuu kahteen osaan: perusteluosaan ja varsinaiseen suunnitelmaosaan.

- 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 2.

Tavoitteen mukaisesti kuntakohtaiset tai alueelliset päihde- ja mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat on tarkoitus valmistua vuoden 2007 loppuun mennessä. Kokonaissuunnitelma määritellään nimenomaan kehittämissuunnitelmaksi. Suunnitelmalla tähdätään käytännön toimintamallien aikaansaamiseen ja käytännön työn kehittämiseen.

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 riittävän usein (vuosittain tai joka toinen vuosi), jotta kehittäminen on jatkuvaa ja ammattilaisten osaaminen sekä vahvistuu että kasautuu. Päivittäminen ei vie paljon työaika, koska runko on jo olemassa. Kyse on toimijoiden yhteisen käsityksen löytämisestä siitä mitä asioita viedään eteenpäin.

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 kehittämissyössä ovat konkreettisuus ja jatkuvuus!

4. Arviointia suunnittelun etenemisestä

Alkuvaiheessa kuntien suunnittelutyöryhmät olivat kokonaisuudessaan liian kapea-alaisia, varsinkin keskeisimmän eli terveydenhuollon edustus oli vähäistä. Vuoden mittaan terveydenhuollon panos työryhmissä on jonkin verran kasvanut lääkäreiden aktiivisuuden lisääntymisen myötä. Toisaalta joidenkin kuntien kokoonpanot ovat alusta asti olleet kattavia ja työ on edistynyt. Painopiste työryhmissä on sosiaali- ja terveydenhuollossa kuten asiallista onkin, mutta keskustelun laajentaminen jatkossa on toivottavaa. Päihde- ja mielenterveysasiat ovat merkittäviä tekijöitä mm. kouluissa, nuoriso- ja liikuntapalveluissa, järjestöjen toiminnassa, asuntotoimessa jne. Loppuvuotta kohti on myös alueellisten työryhmien perustaminen käynnistynyt.

Työryhmien keskustelujen tuloksissa näkyy pitkälti jo sairastunut ihminen, terveyden edistämisen näkökulma on jokseenkin vieras.

Kuntien työryhmien työtä on pyritty ohjaamaan kysymyssarjoilla. Kysymysten tarkoituksena on ollut tukea suunnitteluajattelua ja löytää vastausten pohjalta keskeiset kehittämiskohteet. Kunnilta kysyttiin

erikseen päihde- ja mielenterveysasioissa suojaavia ja riskitekijöitä, uhkatekijöitä ja vahvuuksia, sekä tavoitteita.

Vastausten perusteella riskitekijöitä (määritelmällisesti; tekijä, joka muuttaa sairastumisen todennäköisyyttä olematta välttämättä sairauden varsinainen syy) ovat alkoholin käytön arkipäiväistyminen, resursien riittämättömyys ja työttömyys.

Suojaavia tekijöitä kunnat löysivät melko vähän (määritelmällisesti; tekijät, jotka vahvistavat hyvää mielenterveyttä ja auttavat selviytymään kriisitilanteista ja joiden on havaittu vaikuttavan tiettyjen riskitekijöiden vaikutuksilta suojaavasti). Sellaisia ovat vastausten perusteella harrastukset ja yhteisöllisyys.

Tulevaisuuden suurimmiksi uhkatekijöiksi koetaan paljon samoja tekijöitä kuin riskitekijöiksikin. Kuntien vastauksia ryhmiteltäessä eniten mainintoja tuli ryhmiin alkoholin käytön arkipäiväistyminen, resursien puutteet palveluissa sekä mielenterveyden palvelujärjestelmän hajanaisuus

Toiminnan vahvuusiksi katsottiin hyvät erityiset palvelut, palvelujen saatavuus, hyvät toimintatavat /-mallit sekä yhteistyö.

Tavoitteiksi kunnat mainitsivat useimmin varhainen puuttuminen tai ongelmien ehkäisy. Myös palvelujen ja toimintatapojen lisääminen ja kehittäminen, yhteistyön kehittäminen sekä päihde- ja mielenterveystyön kokonaisuuden koordinoimisen tarve saivat runsaasti mainintoja.

Vastauksista nousi esiin lisäksi joitakin yhteisiä kohtia:

- Kunnat totesivat mielenterveyspalvelujen hajanaisuuden. Psykiatrian tulosalueella on kymmeniä yksiköitä ja toimintakäytännöt näissä yksiköissä vaihtelevat. Kunnat toimivat kaikkien näiden kanssa erikseen. Kunnilla vastaavasti on keskenään erilaiset toimintatavat ja erilaiset mahdollisuudet vastata yhteistyön haasteisiin. Psykiatria siis puolestaan joutuu toimimaan yli 20 erilaisen kunnan kanssa, joiden sisällä eri hallintokunnilla taas saattaa olla erilaiset toimintakulttuurit. Näyttää siltä, että toiminnallisen kokonaisuuden muodostumisessa on vielä iso työ. Yhteistyökäytäntöjä ja toimintatapoja parantamalla toiminnan tehokkuuskin lisääntyy ja saavutetaan parempi tulos.
- Selkeä yhteinen tekijä koko Satakunnassa on tarve osaamisen lisäämiseen, mikä nousi esille monissa vastauksissa.
- Yhteistyön toimivuus tulee myös vastauksista esiin. Sitä on sekä kiitetty, että valitettu sen puutetta. Yhteistyön toimivuus päihde- ja mielenterveystyössä vaihtelee kunnittain suuresti.
- Kuntien vastauksissa samoin kuin erilaisissa tavoiteasiakirjoissa mainitaan yhä useammin varhainen puuttuminen ja ehkäisevä työ. Asiakirjoissa ei kuitenkaan ole dokumentaatiota siitä mitä niillä tarkoitetaan. Kun varhaisesta puuttumisesta tai ehkäisevästä työstä ei ole selvää mallia eikä päätöstä toimenpiteiden eteenpäin viemisestä, jäävät nämä usein sanahelinäksi. Esimerkiksi 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 päihde- tai mielenterveysongelmiin on perustyötä, jota tehdään joka paikassa jossa kohdataan asiakas. Ihmiset eivät esimerkiksi välttämättä tunnista oireita itsessään. Sen vuoksi tunnistaminen tapahtuu pääasiassa muun kohtaamisen yhteydessä, vaikkapa kun potilas tulee terveyskeskuspäivystykseen loukattuaan itsensä tai äiti tulee lapsensa kanssa lastenneuvolaan synnytyksen jälkeen.
- Terveiden edistämistä ei mainittu yhdessäkään vastauksessa.

5. Esteitä ja ratkaisukeinoja palvelujen hyvälle järjestämiselle

Päihde- ja mielenterveyspalvelujen hyvälle kehittämiselle on julkisella sektorilla käytännössä paljon esteitä:

- Suurin osa asiakkaista ja ongelmista kohdataan perustyössä eri toimipisteissä, mutta ongelmien tunnistamisessa on suuria puutteita.
- Näyttöön perustuvia toimintamalleja ei ole otettu käyttöön.
- Kuntasektorin hektinen tahti ei tue luovaa työn tekemistä, kunnista puuttuu tuotekehitys.

- Maailmalla on kokeiltu ja käytössä paljon hyviä toimintamalleja, mutta tieteellinen näyttö jää Suomessa helposti tutkimuslaitoksiin tai ulkomaisiin tieteellisiin lehtiin, tieto ei tule peruspalveluihin.
- Psykiatrinen koulutus ei kohdistu peruspalveluiden tarpeisiin.
- Palvelujärjestelmä ei vastaa tarpeeseen (sektoroitunut järjestelmä ja rahoitus, työtavat /-muodot). Päihde- ja mielenterveysongelmaisilla on olemassa kynnys päästä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin -> perustasolla ei haluta nähdä ongelmia, koska ei ole riittävää osaamista (mielenterveysongelmaisilla päihteidenkäyttäjillä on suurin vaikeus saada palveluita).
- Mielenterveystyötä ei ole kunnissa koordinoitu ja johtamisjärjestelmät ovat epäselvät.
- Tavanomainen hoito ei tehoa kaksoisdiagnoosipotilaisiin (samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma) ja heidän hoitonsa on sattumanvaraista.
- Päihteitä käyttävä potilas on ei-toivottu potilas, jolloin hoitoyhteistyö on vaikeaa ja päihdeongelma jätetään huomiotta ja hoitamatta.
- Resurssointi ei vastaa tarvetta.

Kriittisiä tapahtumia ja tilanteita, joissa kohdataan suurin osa tietystä ihmisjoukosta, jolloin perustasolla on mahdollisuus puuttua varhain, ovat ainakin

- neuvolat,
- päivähoito,
- koulu,
- kutsunnat,
- työterveyshuolto sekä
- naisten ja miesten joukkotutkimukset.

Toimintamalleja päihde- ja mielenterveyden häiriöiden kohtaamiseen, tunnistamiseen ja toimenpiteisiin on olemassa runsaasti, mutta ne eivät ole yleisessä käytössä. Käyttöön otolle ei ole ylitsekäymättömiä esteitä. Esimerkiksi seuraavanlaiset päihde- ja mielenterveyden edistämisen ja häiriöiden vähentämisen toimenpiteet ovat näyttöön perustuvia, eli perustuvat arviointitutkimuksiin, joissa on käytetty verrokki-ryhmiä:

- Äitiysneuvolan masennusoireiden seulonta, depression ennaltaehkäisy- ja itsehoitoryhmät
- Kotikäynnit raskaana olevien yksinhuoltajien ja pienten lasten äitien luona
- Mielenterveyden häiriöistä kärsivien vanhempien lasten tukeminen, Toimiva lapsi ja perhe – menetelmät
- Oppilashuollon masennusoireiden seulonta, stressinhallintakurssit
- Kouluissa toteutettavat mielenterveyden edistämishjelmat
- Aikalisä! Time Out! –malli kutsuntaikäisille
- Kiusaamisen vähentämiseen tähtäävät yhteisöohjelmat
- Depressiohoitaja, päihdehoitaja
- Klubitalotoiminta
- Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten mukaan ottaminen työelämään
- Mielenterveyden ensiapukurssit.
- Päihdeseulat ja mini-interventio alkoholin käytön vähentämiseksi
- Ikäihmisten yksinäisyyttä ehkäisevät ryhmät ja vapaaehtoistyö.
- Asumisympäristön parantamiseen tähtäävät toimenpiteet.

6. Suunnitelman laadinnan lähtökohdat

- Päihde- ja mielenterveysongelmien hyvän hoidon painopiste on saatava peruspalvelujen suuntaan.

- Päihde- ja mielenterveysongelmaan puuttuminen on peruspalveluissa toteutettava tehtävä.

- Sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen panostaminen on välttämätöntä, koska resurssit eivät tule riittämään hoitopalveluiden kysyntää vastaavasti. Terveyttä edistävät ja sairauksia ehkäisevät palvelut ovat usein sellaisia, jotka ensimmäisenä karsitaan kuntien toiminnoista pois, koska niihin ei ole järjestämisvelvoitetta. Jos toiminta jatkuu nykyisellään, kunnat eivät selviydy kasvavasta taloudellisesta hoitorasitteesta. Toiminnan painopistettä on siirrettävä häiriöiden ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen.

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 on esimerkiksi terveydenhuollon päivystyksen ja tehohoidon ruuhkautuminen potilaista, jotka ajautuvat näihin palveluihin päihteiden käytön seurauksena.

Periaate monen varhaisen vaiheen tai sairauksien ehkäisyn toimenpiteissä on samankaltainen. Se koostuu asiakkaan kohtaamisesta, tunnistamisesta, puheeksiotosta ja toiminnasta. Päihde- ja mielenterveyssuunnitelman toteuttamisessa toistuu vastaavanlainen kaava, joka yksinkertaistettuna on seuraava: Suunnitelman näkyväksi tekeminen, systemaattinen tarpeenmukainen koulutus sekä varsinainen jalkauttaminen ja uudenlaisen toiminnan levittäminen.

7. Mitä seuraavaksi

Suunnitelmien pitää olla tavoitteen mukaisesti valmiit vuoden loppuun mennessä. Loppuvuoden aikana viimeistellään perusteluosa, kunnat/alueet valitsevat kehittämiskohteet ja laaditaan suunnitelmaosa. Tämän jälkeen kuntien hallinnolliset toimepiteet käsittelevät suunnitelmat ja tekevät niiden toteuttamisesta päätökset. Sitoutuminen suunnitelmien toteuttamiseen tulee päätösten myötä. Tuloksena on käytännössä noudatettava ja päivitettävä suunnitelma sekä jatkuva kehittäminen päihde- ja mielenterveystyössä.

Mielenterveyshäiriöiden johdosta työkyvyttömyyseläkkeellä olevat Satakunnassa									
vv. 1996, 2000 ja 2006, lukumäärät, %-osuudet ja muutokset vuoteen 1996									
Kunta	Mielenterveyshäiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevat			Kaikki työkyvyttömyyseläkkeellä olevat			Mielenterveyshäiriöiden osuus kaikista		
	1996, lkm	2000, lkm	2006, lkm	1996, lkm	2000, lkm	2006, lkm	1996, %	2000, %	2006, %
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									

LIITE 2

	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 konsultointien lkm	terveydenhoitajien esimies ja neuvola-toiminnasta vastaava lääkäri	koulutuskustannus 20 h työaikaa /työntekijä	terveydenhuollon toimintatilasto

Kehittämiskohde	Tavoite	Menetelmät	Seuranta-indikaattorit	Aikataulu	Vastuhenkilö
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