

SELVITYS HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAAHOITOPIIRIN ALUEEN PSYKIATRISEN TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISESTÄ

Loppuraportti
16.3.2005

Seppo Tuomola



Toimenpide-ehdotukset pähkinänkuoressa	4
Tiivistelmä	6
I Aluksi	14
Toimeksianto ja tehtävän rajaus	14
Selvitystyön menetelmä ja toteuttamistapa	14
II HUS-piirin psykiatrisen terveydenhuollon toimintaympäristön kehitys	16
Väestönkehitys	16
Psykiatristen palvelujen tarpeen kehitys	17
Hoidon menetelmien ja käytäntöjen kehitys	18
Työvoiman kehitys	19
Lainsäädännön ja kansallisen ohjauksen kehitys	19
Rahoituspohjan kehitys	21
III Psykiatrisen terveydenhuollon perustehtävä ja tavoitetila	22
Perustehtävä	22
Tavoitetila	22
IV Ehdotus HUS-piirin psykiatrisen terveydenhuollon strategiaksi	24
Strategiset valinnat	25
Tavoitteellinen toimintamalli	26
V Ehdotus koko HUS-piiriä koskeviksi toimenpiteiksi strategian ja toimintamallin toteuttamiseksi	33
Palvelujäsenyyksen ja toimintamallin toimeenpano	33
Kokonaiskoordinaation toimeenpano	36
Integrointistrategian toimeenpano	38
Resurssien tehostamisstrategian toimeenpano	39
VI Sairaanhoidoalueita koskevat toimenpide-ehdotukset strategian toimeenpanemiseksi	43
Toimenpiteet Lohjan sairaanhoitoalueella	43
Toimenpiteet Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella	48
Toimenpiteet Hyvinkään sairaanhoitoalueella	53
Toimenpiteet Porvoon sairaanhoitoalueella	58
Muodostuvaa pääkaupunkiseudun sairaanhoitoaluetta koskevat toimenpiteet	63
Toimenpiteet Jorvin alueella	64
Toimenpiteet Peijaksen alueella	68
Toimenpiteet HUSin Helsingin sairaaloissa	74
VII Toimenpide-ehdotusten toimeenpanolle asetettavat tavoitteet	76
Asiakkaisiin kohdistuvat vaikutukset	76
Toimintaprosesseihin kohdistuvat vaikutukset	76
Osaamiseen ja henkilöstöön kohdistuvat vaikutukset	76
Talouteen ja resursseihin kohdistuvat vaikutukset	77

470

Liitteet:

1. Työsuunnitelma Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Hyvinkään, Jorvin, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Peijaksen sairaanhoitoalueiden mielenterveyshuollon ja aikuispsykiatrian erikoisalojen toiminnan järjestämistä koskevan selvitystehtävän suorittamiseksi
2. Strategialähtöisen ohjauksen kokonaisuus
3. Selvitystyön aineisto
4. Selvitystyön vaiheet
5. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin väestö iän mukaan tulosalueittain ja kunnittain vuosina 2003 ja 2020
6. HUS-psykiatrian strategiakartta
7. Psykiatrian toiminnan mitoittamiseen liittyviä laskennallisia perusteita
8. HUS-piirin sairaanhoitoalueiden psykiatrian perustietoja DRG-luokituksen mukaan

471

TOIMENPIDE-EHDOTUKSET PÄHKINÄNKUORESSA

Selvityksen kolme peruslähtökohtaa ovat:

- Palvelujärjestelmää kehitettävä väestöpohjaisen toimintamallin mukaan; lähipalvelut – seutupalvelut – aluepalvelut
- Useimmat yksittäiset kunnat ovat väestöpohjaltaan liian pieniä ja koko HUS-piiri liian iso optimaaliselle psykiatrian toimintamallille. Ratkaisun avain on seudullinen palvelutuotanto ja sen ohjaus
- Se pienenevä osa psykiatriasta, jota ei ole mahdollista järjestää avohoitomuotoisina palveluina, tulee integroida somaattisiin sairaaloihin

Peruslinjaukset (strategiset valinnat) ovat:

- Uusi toimintamalli käyttöön
- Koordinointi kuntoon
- Suunta mielisairaaloihin yleissairaaloihin
- Kaikki voimavarat hyödynnetään

Koko HUS-piirin aluetta koskevat toimenpide-ehdotuksia ovat:

- Lähipalveluihin lisää mielenterveystyöntekijöitä
- Terveyskeskukset ja sairaanhoitoalueet yhteen: terveydenhuoltoalueeksi
- Kellokosken ja Tammiharjun sairaalat keskitettyjen palvelujen tuottajiksi, muilta osin palvelut tuotetaan pääosin seudullisesti
- Alueellinen ohjausryhmä ja seudulliset johtoryhmät perustetaan
- Palvelulinjat huolehtimaan potilasryhmien hoitokokonaisuuksista
- A-klinikat ja perheneuvolat/perhetyöntekijät seudullisten poliklinikoiden yhteyteen
- Päihdehuolto seudulliseksi kokonaisuudeksi
- Skitsofreniapotilaiden ja masennuspotilaiden alueelliset ja seudulliset hoito-ohjelmat yhtenäistetään
- Henkilöstölle yhteinen osaamiskartoitus ja täydennyskoulutus
- Työvoima- ja sijaispankit perustetaan
- Henkilöstöryhmien tehtävänjakoa tarkistetaan
- Investointiohjelmissa integrointi yleissairaaloihin otettava huomioon

472

Yksiköitä koskevat toimenpide-ehdotukset (suurimmat muutokset):

- Lohjan alue: TH-alue muodostetaan, Paloniemen sairaala pois psykiatrian käytöstä; tilalle rakennetaan yksikkö Lohjan sairaalan yhteyteen; alueen erityispalveluita hankitaan Tammiharjusta
- Länsi-Uudenmaan alue: TH-alue muodostetaan, Tammiharjuun keskitettyjä aluepalveluita, Jorvin alueen käyttöä pienennetään, Tammiharjun sairaalaa sopeutetaan
- Hyvinkään alue: TH-alue muodostetaan, Kellokoskelle keskitettyjä aluepalveluita, Vantaan ja Keravan palvelut Kellokoskelta siirretään Peijakseen vähitellen, väliaikaratkaisuna tilojen vuokraus Kellokoskelta
- Porvoon alue: TH-alue muodostetaan, alueen erityispalveluita Kellokoskelta, sairaala- ja vanhushoitoon vahvistusta Porvoon sairaalan ja perusterveydenhuollon yhteistyönä.

Yksiköitä koskevat toimenpide-ehdotukset (suurimmat muutokset):

- Jorvin alue: Palveluita siirretään omaksi toiminnaksi Tammiharjusta, erityispalveluita tuotetaan edelleen Tammiharjusta, seudullinen koordinaatio säilytetään, vanhuspsykiatria lisä voimavaroja
- Peijaksen alue: Suuri rakennemuutos; siirto Kellokoskelta omalle alueelle, Peijaksen lisärakennuksiin psykiatria, resurssisiirtoja avohoitoon, väliaikana tilat vuokrataan Kellokoskelta, kokonaiskoordinaatio Peijaksen alueelle
- Helsingin sairaalat: Ei suuria muutoksia ilman Helsingin kaupungin psykiatrian kokonaissuunnitelmaa, nuoriso- ja vanhuspsykiatrian professuurit tarpeellisia, alueelliseen toiminnalliseen ja sisällölliseen koordinaatioon panostusta.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

- Väestön kasvu (+ 160 000 vuoteen 2020) ja ikärakennemuutos (+ 46 000 yli 74-vuotiasta) edellyttäisi lisävarautumista yli 5000 psykiatrisen potilaan hoitoon yli 20 milj. eurolla
- Toimintamallin toteuttamisen avulla rahoitustarve vuonna 2020 on kuitenkin 11 milj.euroa nykyistä rahoitustasoa suurempi
- Toimintamallin toteuttaminen merkitsee nykyisten asukaskohtaisten kustannusten alenemista aikuisten osalta 144 eurosta/asukas 137 euroon/asukas v. 2020 sekä lasten ja nuorten osalta nykyisestä 138 eurosta/asukas 128 euroon/asukas
- Investointitarve pitkällä aikavälillä edustaa jonkin verran yli 100 milj.euron rahoitustarvetta, mikä kuitenkin kohdistuu varsin pitkälle aikavälille ja kompensoi vanhojen sairaaloiden saneeraus- ja peruskorjaustarpeita
- Tiloja ja muita resursseja vapautuu realisoitavaksi tai muihin toimintoihin kohdennettavaksi Paloniemen sairaalan sekä osittain Tammiharjun ja Kellokosken sairaaloiden osalta.

TIIVISTELMÄ

Toimeksianto

Toimitusjohtaja Lauri A. Laitisen päätöksen mukaan VIA Groupilta on tilattu HUS-piirin psykiatrian kokonaisselvitys, jonka tarkoituksena on muodostaa perusteltu näkemys HUS-piirin sairaanhoitoalueiden mielenterveystyön ja psykiatristen erikoisalojen toiminnan järjestämiseksi toiminnan ja kustannusten kannalta tehokkaalla ja hyvän palvelutason turvaavalla tavalla. Toimeksiannon piiriin eivät kuuluneet Helsingin kaupungin mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon järjestelyt.

Selvityksen menetelmä ja toteuttamistapa

Selvitys on tehty selvitysmiestehtävänä, jonka on suorittanut VIA Groupin johtava konsultti Seppo Tuomola.

Valmistelutyö on tehty aiempien selvitysten ja käytettävissä olevan tietoaineiston pohjalta sekä kahdessa osassa suoritettujen haastattelujen (1. asiantuntija-haastattelut, 2. johtavien virkamiesten ja päättäjien haastattelut) perusteella. Haastatteluihin osallistui yhteensä 48 henkilöä.

Selvitys on laadittu VIA Groupin strategiatyötä koskevaa viitekehystä noudattaen.

Ennen loppuraportin kirjoittamista selvityksestä on hankittu palautetta viidessä eri kuulemistilaisuudessa. Selvitystyön suorittamiseen käytettiin aikaa toimeksiannosta lukien yhteensä kolme kuukautta.

HUS-piirin alueen psykiatrisen terveydenhuollon toimintaympäristö

Psykiatrisen terveydenhuollon tulevaa järjestämistä varten suoritettiin selvitystyön yhteydessä psykiatriseen terveydenhuoltoon vaikuttavan toimintaympäristön analyysi. Sen mukaan ns. strategisia haasteita HUS-piirin alueen psykiatriselle terveydenhuollolle ovat:

- HUS-piirin väestö kasvaa edelleen voimakkaasti (160 000:lla) vuoteen 2020 mennessä (Tilastokeskuksen ennusteen mukaan) kaikilla sairaanhoitoalueilla. Kasvu on suhteellisesti voimakkainta Jorvin, Hyvinkään, Peijaksen ja Lohjan alueilla. Erityisen suuri on 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien määrän kasvu. Voimakkainta se on Peijaksen ja Jorvin alueilla
- Varsinaisten mielisairauksien esiintyvyydessä ei tapahdu suuria muutoksia. Sen sijaan päihde- ja riippuvuus-potilaiden määrä mitä ilmeisimmin kasvaa. Tarpeiden vaihtelu on suurta sairaanhoitoalueiden välillä. Tarvetaso on korkein Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella sekä Porvoon alueen itäreunalla ja Lohjan alueen länsi-reunalla. Psykiatrisia potilaita arvioidaan HUS-piirin erikoissairaanhoitojärjestelmässä olevan vuonna 2020 n. 5 200 nykyistä enemmän
- Epidemiologisia muutoksia enemmän palvelutarpeeseen näyttää vaikuttavan psykiatrisen terveydenhuollon hoitomuotojen välinen rakennemuutos sekä hoitoon hakeutumisen/ottamisen kynnyksen madaltuminen, mikä näkyy mm. masennuspotilaiden määrän kasvuna. Avohoito on lisääntynyt HUS-piirin alueella viimeisen 10 vuoden aikana keskimäärin yli 20 %

- Työvoiman saatavuus tulee olemaan keskeinen haaste myös HUS-piirin mielenterveystyössä ja psykiatrisessa terveydenhuollossa. Jo tällä hetkellä psykiatrin sekä myös muiden erityistyöntekijöiden virkoja on täyttämättä. Ikärakennemuutos tulee luonnollisesti edelleen heikentämään työvoiman saatavuutta. Tästä syystä henkilöstöresurssien mahdollisimman rationaaliin käyttöön tulee kiinnittää erityistä huomiota. Psykiatrisen terveydenhuollon piiriin kuuluvat resurssit ja osaaminen ovat hajautuneet huomattavan moniin toimijayksiköihin, jotka useissa tapauksissa ovat yksikkökooltaan pieniä ja haavoittuvia. Yksiköiden välistä kokonaisuuden koordinoitua on vain vähäisessä määrin eikä myöskään käytettävissä olevan työvoiman käytön koordinoitua varten ole olemassa yhteistoimintajärjestelmää
- Kansalliset tavoitteet ja laajasti hyväksytyt näkemykset korostavat palveluiden seudullista järjestämistä ja koordinoitua sopivan kokoisia, nykyistä laajempia väestöpohjia varten kuitenkin siten, että lähipalvelut myös seudullisten toimijoiden taholta viedään väestön lähelle
- Lähinnä väestömuutosten ja palveluiden käyttökynnyksen madaltumisen johdosta tapahtuvaan kysynnän lisäykseen ei ole käytettävissä lineaarista rahoituksen kasvupotentiaalia. Mikäli palvelujen käyttö taso olisi nykyisenkaltainen, merkitsisi avohoitovaltaisenkin käyttö yli 20 miljoonan euron suurista lisärahoitustarvetta vuoteen 2020 mennessä. Rahoitusongelman ainoa nähtävissä oleva ratkaisu on nykyisen ja siitä rajallisesti kasvavan resurssitaso-ennakkoluulon hyödyntäminen nykyisten hallinnollisten ja kuntajakoon perustuvien rajojen yli

Psykiatrisen terveydenhuollon perustehtävä ja tavoitetila

HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon **perustehtävänä** (missiona) tulisi korostua

- väestön mielen hyvinvointiin kuuluvan perusturvallisuuden takaaminen sekä
- mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa tuottavan palveluverkoston kohdentaminen katkeamattomasti, sujuvasti ja kustannustehokkaasti väestön todellisiin tarpeisiin

Tavoitetilan (vision) HUS-piirin psykiatriselle terveydenhuololle tulisi painottaa

- kasvavan ja ikääntyvän väestön tuomasta lisäkysynnästä selviytymistä toiminnan tehokasta verkostoitumista ja koordinaatiota parantamalla siten, että lisäresursointi vastaisi enintään puolta väestönkehityksen edellyttämästä tarpeesta (tavoitetason määräytymiseen palataan jäljempänä).

Psykiatrisen terveydenhuollon strategia

HUS-piirin alueen psykiatrisen terveydenhuollon strategiset valinnat, joihin tulisi kuntien, sairaanhoitoalueiden ja HUS-kuntayhtymän päätöksenteossa lähivuosina keskittyä, ovat:

1. mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon palvelujen jäsentäminen laaditun toimintamallin mukaisesti ja toimintamallin toteuttaminen ja sitä koskevan verkosto-organisaation luominen
2. hallintorajat ylittävän koordinaation parantaminen; ammatillinen ja sisällöllinen koordinaatio sairaanhoitopiiritasolla, toiminnallinen ohjaus seudullisesti

3. psykiatrisen terveydenhuollon nykyistä kiinteämpi integrointi muuhun sosi-aali- ja terveydenhuoltoon toiminnallisesti ja fyysisesti; toiminnan sijoittami-nen terveyskeskusten ja sairaanhoitoalueiden sairaaloiden yhteyteen ja ai-empien erillisyyksiköiden lopettaminen/ pienentäminen /tehostaminen
4. kaikkien resurssien nykyistä parempi hyödyntäminen osaamis-kartoituksen, täydennyskoulutuksen suunnittelun ja toteuttamisen sekä seudullisen työ-voimapankin avulla. Psykiatrisen terveydenhuollon perusprosessien (skit-sofreniapotilaat ja masennuspotilaat) määrittely ja organisointi eri toimijoi-den kesken

Raportissa esitetään jäljempänä, mihin toimenpiteisiin em. linjausten toteutta-miseksi tulisi ryhtyä.

Psykiatrisen terveydenhuollon toimintamalli

Psykiatrinen terveydenhuolto jäsenetään tarveperusteisesti

- lähipalveluihin, joiden saatavuus turvataan enintään 20 kilometrin päässä kuntalaisten asuinsijoista. Lähipalvelut on määritelty toiminnoittain jäljem-pänä raportissa
- seudullisiin palveluihin, jotka järjestetään seudullisesti enintään noin 50 ki-lometrin päässä kuntalaisten asuinsijoista. Seudulliset palvelut on määritelty toiminnoittain jäljempänä raportissa
- keskitettyihin palveluihin, jotka järjestetään 1 – 4 yksikössä HUS-piirin alu-eella. Keskitetyt palvelut on määritelty toiminnoittain jäljempänä raportissa

Huomattakoon, että palvelujäsenitys ei ole riippuvainen siitä, mikä organisaatio ko. palvelut tuottaa. Tuottajat määritellään erikseen raportissa.

Toimenpide-ehdotukset strategian ja toimintamallin toteuttamiseksi koko HUS-piirin alueella

HUS-piirin alueen koko palvelujärjestelmää koskevinä toimenpide-ehdotuksina esitetään seuraavaa:

Toimintamallin toteuttamiseksi ehdotetaan, että

- lähipalvelujen mielenterveystyöntekijöiden määrälliseksi tavoitteeksi asetetaan 1/20 000 asukasta
- Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueista muodostetaan seudullisten palvelujen tuottamista varten HUS-piiriin kuulu-vat terveydenhuoltoalueet, joilla toimii myös mielenterveystyön ja psykiatri-an, tarvittaessa jalkautuva palvelukeskus
- keskitettyjä palveluja tuotetaan HUSin Helsingin sairaaloissa, Kellokosken sairaalassa ja Tammiharjun sairaalassa sekä lasten- ja nuorten psykiatrian osalta vielä Jorvin ja Peijaksen alueilla

Koordinaatiostrategian toteuttamiseksi ehdotetaan, että

- psykiatrisen terveydenhuollon sisällöllistä ja ammatillista koordinaatiota yli hallintorajojen tehostetaan tarkistamalla HUSin psykiatrian lautakunnan tehtäviä, kokoonpanoa ja toimintatapaa siten, että siitä muodostuu HUS-piiriin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon ohjaus-ryhmä
- seudullista ohjausta ja toiminnan organisointia varten perustetaan seudulli-set ohjausryhmät

476

- seudullinen toiminta organisoidaan palvelulinja-mallin pohjalta (malli kuvataan raportissa ja se koskee myös yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita)
- päihdehuollon järjestämisestä laaditaan seututason kokonaissuunnitelma
- mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen seudullinen järjestämistapa selvitetään

Integrointistrategian toteuttamiseksi ehdotetaan, että seudulliset toiminnot ja yksiköt liitetään toiminnallisesti ja fyysisesti muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tämä edellyttää sitä, että

- niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa palvelut tuotetaan mahdollisimman laajasti muiden terveydenhuoltoyksiköiden yhteydessä ja että tulevat psykiatristen toimintayksiköiden ja sairaaloiden sijoitusta koskevat investointiratkaisut toteutetaan fyysisesti muiden, mm. seudullisten sairaalayksiköiden yhteydessä
- HUS-piirin pitkän aikavälin investointisuunnitelmissa otetaan huomioon em. psykiatristen toimintojen sijoitusta koskevat ehdotukset
- integrointi toteutetaan myös toimintoja yhdistämällä (psykiatriset poliiklinikat, A-klinikat, perheneuvolat ja perhetyöntekijät)

Resurssien käytön hyödyntämisstrategian toteuttamiseksi ehdotetaan, että

- psykiatrisen terveydenhuollon perusprosessit (ainakin skitsofreniapotilaiden ja masennuspotilaiden hoitoprosessit) yhtenäistetään koko alueella. Työ valmistellaan mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon alueellisen ohjausryhmän toimesta
- mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon asiantuntijuudet ja osaamiset kartoitetaan ja täydennyskoulutus järjestetään koko alueen kiinteänä yhteistoimintana. Samoin alueellinen/seudullinen työvoiman käyttö (mm. sijaistaminen) suunnitellaan ja toteutetaan yhteisen seudullisen järjestelmän (työvoimapankki) avulla
- lääkäreiden tehtäviä mm. B-lausuntojen valmistelun osalta siirretään muulle henkilöstölle
- mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon aluetietojärjestelmän käyttöönottoa kiirehditään

Sairaanhoitoalueittaiset toimenpide-ehdotukset

Raportissa esitetään kunkin sairaanhoitoalueen osalta toimenpide-ehdotukset, jotka samaa kaavaa noudattaen koskevat aiemmin esitettyjä strategisia linjauksia. Yhteenvedona ehdotuksista esitetään, että

Lohjan sairaanhoitoalueella

- kokonaismitoitus lähipalveluihin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusvastaanottojen ja muiden toimintojen tueksi tarvittaviksi mielenterveystyöntekijöiksi on yhteensä 5
- sairaanhoitoalueen perusterveydenhuolto, sosiaalitoimen terveys sisältöiset toiminnot sekä alueen erikoissairaanhoidon yhdistetään hallinnollisesti muodostettavaan terveydenhuoltoalueen organisaatioon, joka tuottaa myös mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon seudulliset palvelut toimintamallin mukaisesti Lohjan alueella. Koordinaatiota varten asetetaan seudullinen ohjausryhmä/terveydenhuoltoalueen johtoryhmä
- Tammiharjun sairaala tuottaa Lohjan alueelle nuorisopsykiatrian päivystys- ja sairaalapalvelut, vaikeahoitoisten psykoottisten pitkäaikaipotilaiden sairaalapalvelut sekä vaikeahoitoisten nuorten ja aikuisten kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelut
- Kellokosken ja HUSin Helsingin sairaaloiden käyttöön ei ehdoteta muutoksia

- Vuosikymmenen vaihteen jälkeen rakennettavaan Lohjan sairaalan lisärakennukseen sijoitetaan psykiatrian seudulliset toiminnot siten, että Paloniemen sairaalan käytöstä erikoissairaanhoidon voidaan luopua

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella

- kokonaismitoitus lähipalveluihin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusvastaanottojen ja muiden toimintojen tueksi tarvittaviksi mielenterveys-työntekijöiksi on yhteensä 3
- sairaanhoitoalueen perusterveydenhuolto, sosiaalitoimen terveys-sisältöiset toiminnot sekä alueen erikoissairaanhoidon yhdistetään hallinnollisesti muodostettavaan terveydenhuoltoalueen organisaatioon, joka tuottaa myös mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon seudulliset palvelut toimintamallin mukaisesti Länsi-Uudenmaan alueella. Toiminnan painopisteen on oltava avohoidossa Koordinaatiota varten asetetaan seudullinen ohjausryhmä/terveydenhuoltoalueen johtoryhmä
- Tammiharjun sairaala tuottaa em. oman seutunsa tarvitsemien palveluiden ohella Lohjan alueelle nuorisopsykiatrian päivystys- ja sairaalapalvelut, Lohjan ja Jorvin alueille vaikeahoitoisten psykoottisten pitkäaikaispotilaiden sairaalapalvelut sekä sopimuksen mukaan kaikille HUS-piirin alueille vaikeahoitoisten nuorten ja aikuisten kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelut. Samoin Tammiharjun sairaala toimii ruotsinkielisten potilaiden hoitopaikkana koko HUS-piiriä varten silloin, kun ruotsinkielisten palvelujen tuottaminen ao. sairaanhoitoalueella/toimintayksikössä ei ole mahdollista
- Kellokosken ja HUSin Helsingin sairaaloiden käyttöön ei ehdoteta muutoksia
- Jorvin alueen kuntien käytön vähentämisen johdosta Tammiharjun sairaalan toimintaa on sopeutettava ja vapautuvien tilojen käytön suunnittelu on toteutettava terveydenhuoltoaluetta koskevan valmistelutyön yhteydessä
- Pitkän aikavälin tavoitteena on psykiatristen toimintojen sijoittaminen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden yhteyteen, kuten Länsi-Uudenmaan sairaalan yhteyteen. Tavoitteen toteutuminen on varsin pitkän aikavälin asia, mutta sen suuntaan tulee asteittain edetä

Hyvinkään sairaanhoitoalueella

- kokonaismitoitus lähipalveluihin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusvastaanottojen ja muiden toimintojen tueksi tarvittaviksi mielenterveys-työntekijöiksi on yhteensä 10
- sairaanhoitoalueen perusterveydenhuolto, sosiaalitoimen terveys-sisältöiset toiminnot sekä alueen erikoissairaanhoidon yhdistetään hallinnollisesti muodostettavaan terveydenhuoltoalueen organisaatioon, joka tuottaa myös mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon seudulliset palvelut toimintamallin mukaisesti Hyvinkään alueella. Koordinaatiota varten asetetaan seudullinen ohjausryhmä/terveydenhuoltoalueen johtoryhmä
- Kellokosken sairaala tuottaa oman alueensa lisäksi Porvoon alueelle nuorisopsykiatrian päivystys- ja sairaalapalvelut, Peijaksen ja Porvoon alueille vaikeahoitoisten psykoottisten pitkäaikaispotilaiden sairaalapalvelut sekä sairaanhoitopiirin kaikille alueille sopimuksen mukaan kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut
- HUSin Helsingin sairaaloiden käyttöön ei ehdoteta muutoksia. Sen sijaan sairaanhoitoalueen vaikeahoitoisten nuorten ja aikuisten kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelut tuotetaan sopimuksen mukaan Tammiharjun sairaalasta
- Hyvinkään ja Peijaksen alueiden yhteistoiminta edellyttää tehostettuja toimenpiteitä. Tätä varten ehdotetaan kahta vaihtoehtoista ratkaisumallia (I perusteellinen yhteistoimintaprosessin arviointi ja parantaminen, II tilojen vuokraus ja sitä vastaava henkilöstösiirto Peijaksen sairaalalle Kellokoskelta) siihen asti, kunnes Peijaksen alueelle on kyetty luomaan po. poti-

lashedoita vastaava kapasiteetti. Vaihtoehtoa II on pidettävä vaikuttavampana Peijaksen alueen avo- ja sairaalahoidon yhteensovittamisen kannalta

- Pitkän aikavälin tavoitteena on seudullisten, psykiatristen toimintojen sijoittaminen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden yhteyteen, pääasiassa Hyvinkään sairaalan yhteyteen. Tavoitteen toteutuminen on varsin pitkän aikavälin asia, mutta sen suuntaan tulee asteittain edetä

Porvoon sairaanhoitoalueella

- kokonaismitoitus lähipalveluihin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusvastaanottojen ja muiden toimintojen tueksi tarvittaviksi mielenterveys-työntekijöiksi on yhteensä 5
- sairaanhoitoalueen perusterveydenhuolto, sosiaalitoimen terveyssisältöiset toiminnot sekä alueen erikoissairaanhoito yhdistetään hallinnollisesti muodostettavaan terveydenhuoltoalueen organisaatioon, joka tuottaa myös mielenterveyden ja psykiatrisen terveydenhuollon seudulliset palvelut toimintamallin mukaisesti Porvoon alueella. Koordinaatiota varten asetetaan seudullinen ohjausryhmä/terveydenhuoltoalueen johtoryhmä
- Porvoon alue hankkii nuorisopsykiatrian päivystys- ja sairaalapalvelut, vaikeahoitoisten psykoottisten pitkäaikaispotilaiden sairaalapalvelut sekä kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut Kellokosken sairaalasta sekä vaikeahoitoisten psykoottisten ja ruotsinkielisten pitkäaikaispotilaiden palvelut Tammiharjun sairaalasta
- HUSin Helsingin sairaaloiden käyttöön ei ehdoteta muutoksia. Sen sijaan sairaanhoitoalueen vaikeahoitoisten nuorten ja aikuisten kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelut tuotetaan sopimuksen mukaan Tammiharjun sairaalasta

Pääkaupunkiseudun kaavavilulla sairaanhoitoalueella

- Jorvin ja Peijaksen alueet kumpikin muodostavat pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueella omat seudullisten palvelujen tuottajayksikkönsä nykyisiä Jorvin ja Peijaksen alueita varten. Yksiköillä on oma johtonsa, jonka johtosuhteet uuden sairaanhoitoalueen organisaatioon on määriteltävä erikseen sen perusteella, mihin organisaatiomalliin pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueen osalta myöhemmin päädytään. Selvitystyön toimeksiantoon ei kuulu kannan ottaminen pääkaupunkiseudun erikoissairanhoidon organisointiin, mutta psykiatrian osalta järjestelyyn muodostetaan tässä näkemys. Psykiatriset palvelut tulisi suuren väestöpohjan johdosta myös pääkaupunkiseudulla edelleenkin jäsentää toimintamallikuvauksen mukaisesti lähipalveluihin, seutupohjaisiin palveluihin, joiden tuottamiseen Jorvin ja Peijaksen alueiden nykyinen seuturakenne antaa hyvät mahdollisuudet sekä keskitettyihin palveluihin. Tämä on toteutettavissa niin ns. divisioonamallissa kuin myös useissa muissakin organisaatiomalleissa

Jorvin alueella

- kokonaismitoitus lähipalveluihin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusvastaanottojen ja muiden toimintojen tueksi tarvittaviksi mielenterveys-työntekijöiksi on yhteensä 16
- alueen perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimen terveyssisältöisissä toiminnoissa sekä alueen erikoissairanhoidossa järjestettäviä mielenterveyden ja psykiatrisen terveydenhuollon toimintoja varten asetetaan seudullinen ohjausryhmä
- Jorvin sairaalan yksiköt tuottavat oman alueensa seudulliset palvelut sekä nuorisopsykiatrian päivystys- ja sairaalapalvelut. Tämä merkitsee Tammiharjun sairaalan käytön merkittävää vähentämistä vuonna 2006 Espoon kaupungin ja Jorvin sairaalan yhteisten suunnitelmien mukaan

- vaikeahoitoisten psykoottisten pitkäaikaispotilaiden sairaalapalvelut hankitaan Tammiharjun sairaalasta sekä kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut hankitaan Kellokosken sairaalasta
- HUSin Helsingin sairaaloiden käyttöön ei ehdoteta muutoksia. Sen sijaan alueen vaikeahoitoisten nuorten ja aikuisten kaksois-diagnoosi-potilaiden palvelut ehdotetaan tuotettavaksi sopimuksen mukaan Tammiharjun sairaalasta
- Jorvin alueen keskeisin kehittämistarve on vanhuspsykiatrisen toiminnan järjestäminen. Asiaa koskeva kehittämissuunnitelma tulee pikaisesti valmistella yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa

Peijaksen alueella

- kokonaismitoitus lähipalveluihin perusterveydenhuoltoon terveyskeskusvastaanottojen ja muiden toimintojen tueksi tarvittaviksi mielenterveystyöntekijöiksi on yhteensä 12
- hoitoalueen perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimen terveys-sisältöisissä toiminnoissa sekä alueen erikoissairaanhoidossa järjestettäviä mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon toimintoja varten asetetaan seudullinen ohjausryhmä
- Kellokosken sairaala tuottaa Peijaksen alueelle vaikeahoitoisten psykoottisten pitkäaikaispotilaiden sairaalapalvelut sekä sopimuksen mukaan kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut
- HUSin Helsingin sairaaloiden käyttöön ei ehdoteta muutoksia. Sen sijaan hoitoalueen vaikeahoitoisten nuorten ja aikuisten kaksois-diagnoosi-potilaiden palvelut ehdotetaan tuotettavaksi sopimuksen mukaan Tammiharjun sairaalasta
- Peijaksen alueen ja Kellokosken sairaalan yhteistoiminta edellyttää tehostettuja toimenpiteitä. Tämän vuoksi ehdotetaan kahta vaihtoehtoista ratkaisumallia (I perusteellinen yhteistoimintaprosessin arviointi ja parantaminen, II tilojen vuokraus ja sitä vastaava henkilöstösiirto Peijaksen sairaalalle Kellokoskelta) siihen asti, kunnes Peijaksen alueelle on kyetty luomaan potilashoitoa vastaava kapasiteetti. Vaihtoehtoa II on pidettävä vaikuttavampana mallina Peijaksen alueen avo- ja sairaalahoidon yhteensovittamisen näkökulmasta
- Keskeinen kehittämisaalue myös Peijaksen alueen toimintaa varten on vanhuspsykiatrisen hoitojärjestelmän kehittäminen; asiaa koskeva kehittämissuunnitelma on erikseen mahdollisimman pian valmisteltava
- Pitkän aikavälin tavoitteena on Peijaksen alueen psykiatristen sairaansijojen sijoittaminen Kellokoskelta Peijaksen sairaalan yhteyteen

HUSin Helsingin sairaaloita koskevia toimenpide-ehdotuksia ei ole mahdollista tehdä siltä (varsin keskeiseltä) osin, jotka ovat riippuvaisia Helsingin kaupungin psykiatrisista järjestelyistä (eivät kuulu toimeksiantoon). Muilta osin ehdotetaan, että

- HUSin psykiatrian toimialan roolia alueellisessa koordinoinnissa tehostetaan (ks. koordinaatiostrategian toimeenpanoa koskeva kohta)
- olennaisia muutoksia HUSin Helsingin sairaaloihin keskitettäviin toimintoihin ei suunnitella
- näkemykset nuorisopsykiatrian ja psykogeriatrian professuurien perustamiseksi ovat perusteltuja

Toimenpide-ehdotusten toimeenpanolle asetettavat tavoitteet

Raportissa on esitetty ehdotuksia toimenpide-ehdotusten toimeenpanolle asetettavista tavoitteista. Ne käsitellään raportissa tasapainotetun mittariston (BSC) näkökulmien mukaisesti.

Toimenpide-ehdotusten taloudelliset vaikutukset

Selvityksessä esitettävien toimenpide-ehdotusten taloudellisista vaikutuksista todetaan seuraavaa:

- Väestön kasvu (+ 160 000 vuoteen 2020) ja ikärakennemuutos (+ 46 000 yli 74-vuotiasta) edellyttäisi lisävarautumista yli 5000 psykiatrisen potilaan hoitoon yli 20 milj. eurolla
- Toimintamallin toteuttamisen avulla rahoitustarve vuonna 2020 on kuitenkin 11 milj. euroa nykyistä rahoitustasoa suurempi
- Toimintamallin toteuttaminen merkitsee nykyisten asukaskohtaisten kustannusten alenemista aikuisten osalta 144 eurosta/asukas 137 euroon/asukas v. 2020 sekä lasten ja nuorten osalta nykyisestä 138 eurosta/asukas 128 euroon/asukas
- Investointitarve pitkällä aikavälillä edustaa jonkin verran yli 100 milj. euron rahoitustarvetta, mikä kuitenkin kohdistuu varsin pitkälle aikavälille ja kompensoi vanhojen sairaaloiden saneeraus- ja peruskorjaustarpeita
- Tiloja ja muita resursseja vapautuu realisoitavaksi tai muihin toimintoihin kohdennettavaksi Paloniemen sairaalan sekä osittain Tammiharjun ja Kellosken sairaaloiden osalta

ALUKSI

Tässä esitettävä selvitys perustuu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimeksiantoon VIA Groupille mielenterveystyötä ja psykiatristen erikoisalojen toimintaa (jäljempänä "Psykiatrisen terveydenhuolto") koskevan kokonaistarkastelun suorittamiseksi. Toimeksiannon määrittely on tapahtunut johtajaylilääkäri Jaakko Karvosen toimesta. Toimeksianto on suoritettu selvitysmiestyyppisenä tehtävänä, jonka toteutuksesta on huolehtinut johtava konsultti Seppo Tuomola.

Selvitystyö raportoidaan, strategisen suunnitelman sisältövaatimuksiin perustuvan selosteen muodossa.

Toimeksianto ja tehtävän rajaus

Toimitusjohtaja Lauri A. Laitisen asiaa koskevan päätöksen mukaan tämä selvitys koskee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) organisaatioon kuuluvien Hyvinkään, Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueiden sekä Jorvin ja Peijaksen tulosalueiden mielenterveystyön ja psykiatristen erikoisalojen toiminnan järjestämistä. Selvitystehtävä rajattiin toimeksiannossa käsittämään lähinnä aikuispsykiatriaan liittyvät järjestelyt. Toimeksiantoon eivät sisällyneet Helsingin kaupungin väestölle annettavat mielenterveys- ja psykiatriset palvelut.

Toimeksiannon rajausta koskevissa keskusteluissa ja suoritettujen varsin laajan haastattelukierroksen yhteydessä on käynyt ilmi, että selvityksessä on välttämätöntä käsitellä aikuispsykiatrian ohella myös lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria sikäli, kun sairaanhoitoalueiden toimintaa, tiloja ja resursseja koskeva kokonaistarkastelu sitä edellyttää.

Porvoon sairaanhoitoaluetta koskeva osuus on otettu selvitystyön piiriin asiaa koskevan lisätoimeksiannon perusteella.

Selvitystyön menetelmä ja toteuttamistapa

Selvitystehtävän tarkoituksena oli muodostaa perusteltu näkemys toimeksiannossa todettujen HUS-piirin sairaanhoitoalueiden mielenterveystyön ja psykiatristen erikoisalojen toiminnan järjestämiseksi toiminnan ja kustannusten kannalta tehokkaalla ja hyvän palvelutason turvaavalla tavalla.

Kyseessä on HUS-piirin strategisen päätöksenteon pohjaksi valmistettava ehdotus, jossa ottaen huomioon HUS-piirin toiminnan ja talouden kokonaisuus käsitellään po. sairaanhoitoalueiden mielenterveystyön ja psykiatristen erikoisalojen toiminnan järjestelyt, niiden liittyminen sairaanhoitoalueiden muuhun palvelujärjestelmään, järjestelyiden aiheuttamat resurssi- ja kustannusvaikutukset sekä vaikutukset sairaanhoitoalueiden sairaalakiinteistöjen käyttöön ja investointitarpeisiin. Kuvaus työsuunnitelmasta on **liitteenä 1**.

Edellä sanotun perusteella selvitystehtävän lopputuotteena syntyy ehdotus strategiseksi suunnitelmaksi HUS-piirin psykiatrisesta terveydenhuollosta toimeksiannossa todetuin rajauksin.

Strategiasuunnitelma-ehdotuksen valmistelun menetelmänä käytetään VIA Groupin strategisen ohjauksen peruslähestymistapaa sitä psykiatriseen tervey-

denhuoltoon soveltaen. Selvitystyön menetelmää on havainnollistettu liitteessä 2.

Selvitystyö perustuu merkittävältä osin jo valmiiseen tietoaineistoon sekä aiemmin laadittuihin, varsin lukuisiin asiaan liittyviin muihin selvityksiin. Po-aineisto on kuvattu liitteessä 3. Käsillä olevaan raporttiin ei ole koottu nykytilannetta koskevia perustietoja eikä muutakaan sellaista tausta-aineistoa, jota on varsin perusteellisesti esitetty po. aiemmissa selvityksissä. Raportissa käsitellään kuitenkin tästä aineistosta muodostettavissa olevat, tämän selvityksen kannalta keskeiset johtopäätökset.

Edellä sanotun lisäksi tässä selvityksessä hyödynnetään ylilääkäri Juhani Solantauksen vuosien kuluessa keräämää ja päivittämää aineistoa HUS-piiriin ja sen kuntien mielenterveysongelmien esiintymisestä, palvelujen käytöstä, kustannuksista ja resursseista psykiatrisessa terveydenhuollossa. Tämä tietopohja on ainutlaatuinen ja siihen sisältyvät tiedot ovat luotettavia ja analyttisesti jäsenneiltyjä.

Samoin selvitystyön pohjana on käytetty ylilääkäri Antti Hemmin valmistelemaan, kokonaan uusia havaintoja sisältävään DRG-pohjaiseen aineistoon perustuvia tietoja psykiatristen palvelujen käytöstä.

Kirjallisen aineiston lisäksi konsultti on suorittanut haastattelut kahdessa vaiheessa siten, että ensimmäisellä haastattelukierroksella on suoritettu asiantuntijahaastattelut kullakin selvityksen piiriin kuuluvalla sairaanhoitoalueella ja näillä sijaitsevien suurempien jäsenkuntien sosiaali- ja terveystoimen toimijoiden sekä HUSin psykiatrian toimialan piirissä. Näillä haastatteluilla on hankittu perusnäkömyksiä psykiatrisen terveydenhuollon hyväksi katsottavaa toimintamallia varten. Toisella haastattelukierroksella on keskitytty HUS-piiriin ja sairaanhoitoalueiden johdon, kuntien johdon sekä selvityksen kohteena olevia sairaanhoitoalueita edustavien päätöksentekijöiden näkemysten kartoitukseen toimintamallin toteuttamista koskevien ehdotusten valmistelemiseksi.

Haastattelujen (mukana olleita henkilöitä yht. 48) lisäksi järjestettiin vielä viisi kuulemistilaisuutta, joista saatu palaute on otettu huomioon loppuraporttia valmisteltaessa.

Selvitystyön toteuttamistapaa ja prosessia on havainnollistettu liitteessä 4.

HUS-PIIRIN PSYKIATRISEN TERVEYDEN- HUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖN KEHITYS

Minkä tahansa organisaation tai toiminnon strategista suunnitelmaa valmisteltaessa erityisen keskeistä on mahdollisimman selkeiden johtopäätösten (ns. strategisten haasteiden) vetäminen organisaation tai toiminnon toimintaympäristön kehityksestä ja siinä vaikuttavista muutosvoimista. Mitä konkreettisempi ja yksiselitteisempi kuva toimintaympäristön organisaatiolle tai toiminnolle asettamista vaatimuksista on, sitä helpompi on päätyä strategisia toimintalinjoja koskeviin valintoihin ja päätöksiin.

Sen johdosta, että HUS-piirin terveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta kuin myös psykiatriasta on laadittu huomattavan runsaasti erilaisia selvityksiä ja suunnitelmia (ks. liite 3), joihin on sisältynyt varsin runsas tietoaineisto, ei tähän selvitykseen ole erikseen kerätty omia tietoaineistoja. Sen sijaan käytettävissä olevien selvitysten, suunnitelmien ja tilastoaineistojen sekä myös haastatteluisa esiin tulleiden näkökohtien pohjalta on muodostettu johtopäätökset psykiatrisen terveydenhuollon toimintaympäristön kehityksestä. Kokonaisuudessaan tämä selvitys toimenpide-ehdotuksineen perustetaan näihin johtopäätöksiin.

Toimintaympäristön kehityksestä muodostetut johtopäätökset ovat erittäin tärkeitä ehdotettavien toimenpiteiden kannalta. Johtopäätöksiä on pidettävä faktatietoina tai mahdollisimman luotettavina näkemyksinä, joiden suhteen ei tulisi esiintyä poikkeavia näkemyksiä. On todettava, että mikäli po. faktoja/perusteltuja näkemyksiä ei haluta noudattaa, on se myös tiedostettava ja tästä aiheutuvat seuraukset huolellisesti arvioitava.

Väestönkehitys

HUS-piirin alueen sairaanhoitoalueittaisesta väestönkehityksestä (ks. lähemmin liite 5) voidaan todeta, että

- viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana (2000 – 2004) Jorvin alueen väestö on kasvanut yli 17 000:lla, Peijaksen alueen yli 8 500:lla, Länsi-Uudenmaan alueen n. 500:lla, Lohjan alueen lähes 3 000:lla, Hyvinkään alueen noin 10 000:lla sekä Porvoon alueen n. 3 000:lla. Viidessä vuodessa alueen yhteenlaskettu väestö (ilman Helsinkiä) on siis kasvanut yli 50 000:lla asukkaalla eli keskisuuren suomalaisen kaupungin verran,
- tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestö tulisi edelleen kasvamaan; kasvu on vuosien 2004 ja 2010 välillä yli 50 000 asukasta ja vuosien 2004 ja 2020 välillä jopa lähes 160 000 asukasta. Ennusteen mukaan erityisesti Jorvin ja Hyvinkään alueiden väestön osuus HUS-piirin kokonaisväestöstä kasvaa. Hieman vähäisemmässä määrin myös Peijaksen alueen väestön osuus HUS-piirin kokonaismäärästä suurenee,
- kaikilla sairaanhoitoalueilla erityisesti 75 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien ikäluokkien määrä kasvaa voimakkaasti. Kasvu vanhemmissa ikäryhmissä on todella huomattavaa Peijaksen alueella ja tätä hieman vähäisemmässä määrin Jorvin alueella. Nuorten ikäryhmien kasvua tapahtuu edelleen erityisesti Hyvinkään, Jorvin ja jossain määrin myös Peijaksen sekä lievästi myös Lohjan alueilla. Länsi-Uudenmaan ja Porvoon alueilla nuorten ikäluokkien väestömäärä vähenee.

484

Johtopäätöksenä (strategisena haasteena) HUS-piirin psykiatriselle terveydenhuollolle on väestönkehityksen perusteella todettava, että

väestön kasvu ja ikärakennemuutokset ovat HUS-piirin kaikilla sairaanhoitoalueilla erittäin merkittävä palvelujärjestelmän riittävyyttä koetteleva tekijä. Kokonaisen suurehkon kaupungin väestöä vastaavan lisäväestön vastaanottamiseen joudutaan tulevien viidentoista vuoden aikana varautumaan. Palvelujen suunnittelussa tulee analyttisesti seurata väestötekijöiden muutoksia. Tämä edellyttää sitä, että suunnittelussa on otettava kantaa riittävän pitkän aikavälin tavoitetilan määrittelyyn.

Psykiatristen palvelujen tarpeen kehitys

Mielenterveysongelmien esiintyvyydestä ja psyykkisestä sairastavuudesta on olemassa epidemiologista tutkimustietoa. Tätä on koostettu mm. Juhani Solantauksen raporttiin "Psyykkisen sairastamisen riskitekijät Uudenmaan sairaanhoitopiirin kunnissa v. 1990" sekä saman tekijän po. tietoja koskeviin myöhempiä vuosia koskeviin tilastoihin. Lisäksi käytettävissä on kansallisen tason, sairauksien esiintymistä koskevaa tutkimustietoa (esim. Väisänen 1975, Lehtinen 1991, Mini-Suomi-tutkimus 1991, Salokangas, Kansaneläkelaitoksen sv-tilastot).

HUS-piirin alueelta Solantauksen selvitysten ohella on palveluiden tarpeeseen liittyviä havaintoja tehty mm. Jouko Lönnqvistin Lohjan sairaanhoitoaluetta koskevassa selvityksessä ja vastikään julkistetussa Maria Vuorilehdon aineistossa. Tärkeä lähde on myös STAKESin tarvekertoimia koskeva tietoaaineisto.

Mielenterveysongelmien esiintyvyyden ja psyykkisiin häiriöihin sairastavuuden tarkastelussa on kuitenkin otettava huomioon se, mitä muutoksia ongelmien määrittelyssä, hoitoon hakeutumisessa sekä hoitopäätösten ja palveluiden järjestämisen kriteereissä on tapahtunut. Tällä seikalla lienee palvelujen tarpeen kehittymiseen huomattavasti suurempi merkitys kuin varsinaisella epidemiologisilla muutoksilla.

Havaintoja palvelujen tarpeen ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehityksestä em. aineiston perusteella ovat seuraavat:

- Olennaisia muutoksia ei ole tapahtunut eikä myöskään ole tapahtumassa varsinaisten mielisairauksien, kuten funktionaalisten psykoosien, skitsofrenian, orgaanisten mielenterveyshäiriöiden, persoonallisuushäiriöiden eikä myöskään neuroosien ja sopeutumishäiriöiden väestön suhteutussa esiintyvyydessä 5 – 10 vuoden tähtäimellä. Sen sijaan em. potilasryhmien hoitomuodot ovat muuttuneet todella merkittävällä tavalla. Perinteisen sairaalahoidon osuus on olennaisesti vähentynyt ja erilaisten avohoitomuotojen osuus tulee edelleen merkittävästi lisääntymään esim. skitsofreniapotilaiden hoidossa.
- Psykososiaalisten ristiriitojen sekä päihde- ja riippuvuusongelmien esiintyvyys on kasvanut ja edelleen kasvamassa samoin kuin hoitoon hakeutumisen ja hoidon antamisen kynnys on alentunut ja näyttää edelleen alenevan johtaen mm. masennuspotilaiden määrän kasvuun.
- Kaiken kaikkiaan psykiatristen diagnoosien piiriin vuosittain tulevien potilaiden määrä (insidenssi) edustaa alle 2 %:n väestöosuutta. Tämä

kuitenkin vaihtelee runsaasti alueellisesti ja paljon myös HUS-piirin eri osissa. Potilaiden (uudet + jo olemassa olevat) yhteenlaskettua kokonaismäärää (prevalenssia) koskevat luvut ovat luonnollisesti suuremmat. Juhani Solantauksen selvitysten mukaan psykiatristen potilaiden osuus väestöstä HUS-piirin kunnissa vaihtelee 1.8 – 3.8 %:n välillä. Antti Hemmin vuotta 2003 koskevan drg-pohjaisen, sekä avohoito- että sairaalapotilaista koostuvan aineiston mukaan psykiatristen potilaiden määrä HUS-piirin alueilla vaihtelee 2,32 %:sta 3,13 %:iin. Nykyisten, Solantauksen aineistoon perustuvien prevalenssilukujen pohjalta on arvioitavissa, että psykiatristen potilaiden määrä kasvaisi nykyisestä 27 750:stä 33 000:een vuonna 2020. Kasvu olisi siis 5 250.

- Psykiatristen palvelujen tarvetekijöiden vaihtelu HUS-piirin eri alueiden ja kuntien välillä on huomattava STAKESin selvitysten mukaan. Kun HUS-piirin keskimääräinen tarvekerroin merkitään 1.0:ksi, on pienin tarve n. 0.8 luokkaa ja suurin 1.2. Tarvetekijöiden muutos on myös kovin erilainen eri kunnissa; Vantaan, Keravan ja Järvenpään tarvetekijöiden yhteenlaskettu tarpeiden kasvu vuodesta 1990 vuoteen 2002 on ollut yli kymmenen, jopa lähes 20 %, kun taas Helsingissä ja useissa läntisen Uudenmaan kunnissa tarve on vähentynyt 5 – 11.5 %.

Johtopäätöksenä (strategisena haasteena) HUS-piirin psykiatriselle terveydenhuollolle väestöön suhteutetun tarpeen osalta todetaan, että

varsinaisten mielisairauksien väestöön suhteutettu tarve ei tulle kasvamaan, mutta päihde- ja riippuvuusongelmien lisääntymiseen tulee varautua. Merkittävänä haasteena on pidettävä mielenterveyteen liittyvän perusturvan säilyttäminen tilanteessa, jossa väestönkasvu ja ikääntymiskehitys on huomattavan nopeaa. Erityisen tärkeäksi muodostuu tutkimuksen ja hoidon perusteiden yhtenäinen määrittely sekä palvelujen suuntaaminen tarvetekijäkehityksen mukaisesti seudullisesti.

Hoidon menetelmien ja käytäntöjen kehitys

Tutkimus- ja hoitomenetelmien kehitys psykiatrisessa terveydenhuollossa on viimeksi kuluneen parin vuosikymmenen aikana ollut merkittävä. Terapeuttisten menetelmien vaikuttavuudesta niin lääkehoitojen, yhdistelmähoitojen kuin myös ei-lääkkeellisten terapioidenkin osalta on saatu runsaasti uutta tietoa. Viime vuosina myös biolääketieteen ja neuropsykiatrian alueilla on tuotettu uutta soveltavaa, hoitomenetelmien käyttöönottoa edistävää tietoa.

Hoitomenetelmien kehitys on omalta osaltaan ollut merkittävä tekijä psykiatrian avohoitovaltaistumiseen, jota HUS-piirin alueella on tapahtunut todella laajassa määrin. Avohoidon muutos on ollut merkittävä vuosien 1991 – 2002 välillä; kasvuprosentti (kustannusperusteisesti laskettuna) kaiken kaikkiaan on selvästi yli 20 % HUS-piirissä keskimäärin (tiedot; Juhani Solantaus). Avohoidon osuus vaihtelee kuitenkin edelleen huomattavasti (25 %:sta 41 %:iin) sairaanhoitoalueiden kesken (tiedot; Antti Hemmi)

Hoitokäytännöissä pyritään monipuolisiin, mutta myös yhdenmukaisiin menettelytapoihin. Käypähoitosuosituksen on laadittu skitsofrenia- ja depressiopotilaita varten sekä lasten ja nuorten syömishäiriöihin. Hoitosuositukset edellyttävät kuitenkin alueellisia toimeenpano-ohjelmia, joita ei ole HUS-piirin alueella kattavasti käytössä. Hoitokäytännöt poikkeavatkin sairaanhoitoalueiden kesken toisistaan. Lisäksi hoitokäytäntöjä hoito-ohjelmien

yhteydessä määriteltäessä tulisi hoito-ohjelmien toimeenpano alueellisesti ja seudullisesti ohjeistaa siten, että niissä otetaan myös potilaiden kokema hoitoprosessi huomioon.

Keskeiset potilasryhmät ovat juuri skitsofrenia- ja depressiopotilaat, joiden hoito-ohjelmat kattaisivat varsin suuren osan psykiatrisen terveydenhuollon prosesseista.

Johtopäätöksenä hoitomuotojen kehityksestä voidaan todeta, että

HUS-piirin alueella tarvitaan aktiivista panostusta ainakin skitsofreniapotilaiden ja depressiopotilaiden alueellisten hoito-ohjelmien yhdenmukaistamiseen ja tutkimus- ja hoitoprosessien käytännön ohjeistuksen valmisteluun ottaen huomioon prosessien kulku myös potilaan näkökulmasta

Työvoiman kehitys

Väestön ikärakennemuutos tulee johtamaan siihen, että työvoiman saatavuudessa jo nykyisin vallitsevat ongelmat kärjistyvät edelleen tulevaisuudessa. Eläkkeellepoistuma sekä henkilöstön ikärakenne edellyttävät väestönkasvukehityksestä huolimatta erityisen huomion kiinnittämiseen henkilöstöresurssien käyttöön.

HUS-piirin kaikilla alueilla ja useimmissa yksiköissä on jo tällä hetkellä jonkin verran psykiatrin ja muiden erityistyöntekijöiden virkoja vaikutteisesti täyttämättä. Kyse näyttäisi työvoimatilanteen ohella olevan myös siitä, että monet yksiköt ovat varsin pieniä ja haavoittuvia eikä niiden puitteissa aina ole mahdollisuuksia huolehtia vetovoimaisesta henkilöstöpolitiikasta, täydennyskoulutuksesta, sijaistamisesta eikä riittävästä ammatillisesta vuorovaikutuksesta. Tästä syystä työvoimapolitiikan ja henkilöstön käytön koordinoitua suunnitteluun tulisi HUS-piirin yhteistoimintajärjestelyin panostaa.

Johtopäätöksenä työvoiman kehityksestä voidaan siis todeta, että

psykiatrisen terveydenhuollon tarvitseman työvoiman saatavuus tulee heikkenemään ja että koordinoitua yhteistoiminnan aikaan saaminen henkilöstön käyttöä, täydennyskoulutusta ja muita henkilöstöpoliittisia järjestelyjä koskevissa asioissa on tärkeää

Lainsäädännön ja kansallisen ohjauksen kehitys

Maan sosiaali- ja terveydenhuollon kehitystä ohjaavat tällä hetkellä kansalliset terveys- ja sosiaalialan projektit. Lisäksi lainsäädännössä on vastikään tehty ja on myös edelleen tekeillä joitakin palvelujärjestelmän ohjaukseen merkittävästi vaikuttavia muutoksia. Yhteenvedona em. kehityksestä voidaan todeta seuraavaa:

- Terveydenhuollon ohjauksessa painottuvat aiemman, menettelytapoja koskevan normiohjauksen sijasta väestönäkökulmasta asetetut tavoitteet ja velvoitteet, joita edustavat mm. hoitopaikasta tavoiteaikoja ja hoidon kriteereitä koskevat säännökset ja ohjeistukset
- Palvelujärjestelmää halutaan suunnattavaksi siten, että palveluntuottajia kannustetaan mm. hankerahoituksella yhteistyöhön, yhteis-organisaatioihin

ja –verkostoihin erityisvastuualueittain sairaanhoito-piirien välillä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön sairaanhoitopiirien sisällä. Samoin terveyskeskusten väestöpohjia halutaan kasvatettavaksi nykyisestä tavoitteena seudullisen palvelujärjestelmän aikaansaaminen

- Sairaanhoitopiirien roolia alueensa koko terveydenhuollon (ml. perusterveydenhuolto) koordinoijana painotetaan. Sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten edellytetään yhteistyössä laativan alueensa terveydenhuoltoa koskevan ns. järjestämissuunnitelman
- Potilaiden hoitoprosesseja määritellään ja parannetaan sekä niitä tukevia hoito-ohjelmia ja niiden alueellisia soveltamisohjeita valmistellaan
- Sairaanhoidollisia palveluja ja tukipalveluja koskevia uudelleen järjestelyitä tavoitellaan mm. uudennaisia organisaatiomuotoja (yhteistyörenkaat, liikelaitokset, yhtiöittäminen, ulkoistaminen) luomalla
- Tietotekniikkaa ja –järjestelmiä halutaan yhdenmukaistaa ja yhtenäistää sekä mahdollistaa tiedon joustava siirtyminen toimijoiden kesken
- Henkilöstön koulutusmääriin, osaamiseen ja täydennyskoulutukseen kiinnitetään erityistä huomiota. Täydennyskoulutuksen järjestämisestä on myös annettu velvoittavaa lainsäädäntöä
- Terveydenhuollon johtamista kehitetään ja johtamiskoulutusta lisätään
- Henkilöstöryhmien välistä työnjakoa uudelleen arvioidaan ja saatetaan joustavaksi
- Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta lisätään, mutta samalla rationointihötyjen aikaansaamista edellytetään

Useimmilla em. kansallisilla painotuksilla on vaikutusta HUS-piirin psykiatrian kannalta. HUS-piirin alueen perinteinen jäsenyminen sairaanhoitoalueisiin muodostaisi luontevan pohjan myös psykiatrisen terveydenhuollon järjestämiselle kansallisen terveysprojektin tavoitteet huomioon ottaen. Vaikka tilanne eri sairaanhoitoalueilla on erilainen, tulisi ainakin pitkän aikavälin tavoitteena olla seutupohjaisten järjestelyjen aikaansaaminen. Pääkaupunki-seudun osalta tätä linjausta on mitä ilmeisimmin arvioitava erikseen.

Johtopäätöksenä kansallisten linjausten vaikutuksesta HUS-piirin psykiatriseen terveydenhuoltoon on voidaan todeta, että

HUS-piirin alueen kehittämissstrategiassa tulisi kansallisten tavoitteiden mukaisesti korostua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon seudullinen, koordinoitu kehittäminen, mihin HUS-piirin kaikilla sairaanhoitoalueilla näyttäisi olevan hyvät edellytykset

488

Rahoituspohjan kehitys

On selvää, että psykiatrisen terveydenhuollon resurssien kasvattaminen jo pelkästään väestön kasvun ja ikääntymisen suhteessa merkitsisi mitä ilmeisimmin siinä määrin suurta taloudellista panostusta, ettei siihen ole mitenkään luotavissa rahoituksellisia edellytyksiä. Kuntatalouden liikkumavara väestönkasvun tuottama verotulon lisäyskin huomioon ottaen on verrattain vähäinen mm. ruuhkautumiskehityksen edellyttämien infrastruktuuri-investointien johdosta.

Nähtävissä ei ainakaan toistaiseksi ole perinteisen valtionosuusjärjestelmän sellaista muutosta, jonka avulla terveydenhuollon käyttötalouden tasoa voitaisiin olennaisesti nostaa. Valtion rahoitus tulee kohdentumaan rakenne- ja toimintatapamuutoksia koskeviin hankkeisiin,

Johtopäätöksenä psykiatrisen terveydenhuollon rahoituksen näkökulmasta voidaan todeta, että

väestö- ja tarvekehityksen edellyttämän suuruista käyttötalouden rahoituksen kasvua ei ole osoitettavissa, mistä syystä palvelut on turvattava rakenne- ja toimintatapamuutoksin. Tämä edellyttää ennakkoluulottomuutta toiminnallisiin ja organisatorisiin muutoksiin suhtautumisessa.

Edellä todetusta toimintaympäristön kehityksestä voidaan kaiken kaikkiaan todeta, että HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon strategiset haasteet liittyvät erityisesti siihen, että kasvavan ja edelleenkin urbanisoituvan alueen mielenterveyden perusturva voidaan taata. Palvelujärjestelmän tulisi siten painottua entistä enemmän kokonaisuuden hallintaan ja sisäiseen verkottumiseen.

III PSYKIATRISEN TERVEYDENHUOLLON PERUSTEHTÄVÄ JA TAVOITETILA

Perustehtävä (missio)

Edellä kuvatut toimintaympäristön kehitystä koskevat johtopäätökset merkitsevät sitä, että kasvavan ja edelleenkin urbanisoituvan alueen ihmisten mielenterveyden perusturva voidaan taata. Tämä tarkoittaa sitä, että merkittävä osa tarpeen lisäyksestä kyetään vastaanottamaan palvelujärjestelmän sisäisen kehittämisen avulla. Keskeisenä pyrkimyksenä tulisi siten olla painottuminen entistä enemmän kokonaisuuden hallintaan ja sisäiseen verkottumiseen. Organisaatio- ja hallintorajojen ei tulisi olla esteenä koordinoitulle kehittämiselle.

HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon **perustehtävänä** (missiona) tulisi korostua

- väestön mielen hyvinvointiin kuuluvan perusturvallisuuden takaaminen sekä
- mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa tuottavan palveluverkoston kohdentaminen katkeamattomasti, sujuvasti ja kustannustehokkaasti väestön todellisiin tarpeisiin

Po. missio merkitsee kaikkien HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon resurssien kokoamista yhteen ja samaan palvelukokonaisuuteen toiminnallisesti, mutta myös tarvittavien organisatorisia uudelleenjärjestelyjä ennakkoluulottomasti toteuttaen.

Tavoitetila (visio)

Tavoitetilan (vision) HUS-piirin psykiatriselle terveydenhuollolle tulisi painottaa kasvavan ja ikääntyvän väestön tuomasta lisäkysynnästä selviytymistä toiminnan tehokasta verkostoitumista ja koordinaatiota parantamalla. Tavoitetilan määrittelyä ei voida perustaa siihen, että lisäresurssointia suoritettaisiin väestönkehitystä ja -muutoksia vastaavassa määrin, vaan pääosa palvelutarpeen kasvusta tulisi ottaa vastaan nykyistä resurssipohjaa aiempaa paremmin hyödyntämällä. Tämä merkitsee organisointi- ja toimintatapamuutoksia, mutta myös investointeja, joiden avulla nykyaikainen psykiatrisen palvelujärjestelmä voidaan saada aikaan.

Kyse on kehitysprosessista, johon tarvitaan aikaa. Tästä syystä tavoitetila määritellään varsin pitkää aikaväliä varten eli vuoteen 2020. Olennaista on, että tavoitetilasta pidetään kiinni ja että kaikki 15 vuoden aikana tehtävät ratkaisut ovat sopusoinnussa po. tavoitetilan kanssa.

HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon visioksi määritellään seuraavaa:

- HUS-piirin kaikki mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon palvelut ovat vuonna 2020 koordinoitu keskitetysti ja keskitettyjä palveluja lukuunottamatta tuotettu yhtenäisen seudullisen palveluverkoston toimesta sekä lähipalveluina että seutupalveluina

490

- henkilöstöresurssit, investoinnit ja rahoitus on vuonna 2020 toteutettu em. seutujaotuksen mukaisesti enintään puolella väestön tarvetekijöiden muutosten aiheuttamasta rahoitustarpeesta

Tavoitetason määräytymisessä on käytetty perusteena DRG-pohjaisia tietoja psykiatrisen avohoidon ja sairaalahoidon käytöstä ja kustannuksista alueittain (liite 8), jotka vaihtelevat HUS-piirin eri alueilla varsin runsaasti paljolti palvelurakenteesta ja avohoidon osuudesta siinä riippuen. Lähtien Jorvin alueen avohoitovaltaisesta mallista (, joka vastaa varsin hyvin tässä selvityksessä laadittua toimintamallia) ja soveltaen sitä myös muille alueille voidaan laskea kuinka paljon kustannuksia kullekin alueelle muodostuisi Jorvin kustannustason perusteella. Laskelman perusteella päädytään arvioon, jonka mukaan nykyiset palvelut voitaisiin tuottaa yhteensä n. 14 milj. euroa pienemmin kustannuksin, mikäli toimintamalli olisi sama kuin Jorvin alueella. Koska kuitenkin Jorvin alueen tarveindeksi on selvästi pienempi kuin muilla alueilla, on luvut korjattava tarveindeksillä. Lopputulokseksi saadaan kustannustaso, joka vastaa 10 – 12 milj. euroa. Kun väestönkehityksen perusteella vuoteen 2020 mennessä nykyisellä palvelurakenteella toimittaessa tarvittaisiin laskutavasta riippuen 20 – 25 milj. euron lisärahoitus, merkitsee em. laskelma sitä, että toimintamallia kehittämällä n. puolella lineaarisen kustannuskehityksen edellyttämästä summasta olisi mahdollista tulla toimeen.

Em. tavoitetilan saavuttaminen merkitsee paitsi mielenterveyden edistämistä tarkoittavia toimenpiteitä, nykyistä olennaisesti tehostetumpaa eri toimijoiden välistä koordinaatiota sekä palvelurakenteen keventämistä edelleenkin.

EHDOTUS HUS-PIIRIN PSYKIATRISEN TERVEYDENHUOLLON STRATEGIAKSI

Tämän selvitystyön aiheeseen liittyviä sairaanhoitoaluekohtaisia tai muita vastaavia osaselvityksiä ja suunnitelmia on laadittu huomattavan runsaasti (ks. liite 3). Useimmat selvitykset ovat hyvin valmisteltuja ja sisältävät perusteltuja näkemyksiä toiminnan kehittämiseksi ja palveluiden organisoimiseksi. Selvityksiin ja suunnitelmiin sisältyvät ehdotukset ovat joiltakin osin samansuuntaisia, mutta myös useissa keskeisissä kysymyksissä ristiriitaisia toisiinsa nähden.

Kyseistä selvitysaineistoa lähemmin tarkasteltaessa on todettavissa, että sekä HUS-piirin koko toimintajärjestelmää että erityisesti psykiatrisen terveydenhuollon kokonaisuutta varten ei vielä ole muodostunut riittävän konkreettista sellaista kehittämisstrategiaa, joka toiminnallisesti ohjaisi palvelujen järjestämistä piirin alueella. Tämä tuli selkeästi esiin myös suoritetuissa haastatteluissa. Haastattelu- ja tausta-aineistoon paneutuminen herättikin kysymyksen siitä, onko HUS-piirin kokoisen, monitoimijaisen ja poikkeuksellisen moniaineksista toimintakulttuureista muodostuvan yhteisön strategiseen kehittämiseen valittava ihan uusia lähestymistapoja.

Kun useimmat aiemmin laaditut selvitykset ovat perinteisesti lähteneet enemmän tai vähemmän siitä perusolettamuksesta, että suuren organisaatiokoon hyödyntäminen edellyttää rakenteellisia ja hallinnollis-taloudellisia muutoksia palvelujen tuottajayksiköiden sisällä ja välillä tuotantotaloudellisin perustein, on tämän perinteisen lähestymistavan sijasta tai vähintäänkin rinnalla perusteltua arvioida sitä, miten palvelujärjestelmä näyttäytyy palvelun käyttäjälle. Tämä johtaa huomion kiinnittämiseen siihen, miten palvelut kohtaavat väestön ja miten palvelukokonaisuus ja sen osista muodostuva prosessi olisi organisoitava palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Palvelujen käyttäjien näkökulmasta olennaista on palvelun saatavuus ja sujuvuus siitä riippumatta, mikä yhteisö tai organisaatio sen tuottaa. Samaa lähestymistapaa korostavat nykyaikaiset näkemykset asiakaslähtöisestä organisaatiosta ja niiden toimintaprosessien kehittämisestä.

Edellä todettu merkitsee sitä, että palveluille määritellään väestön ja sen luonnollisen sosiaalisen ympäristön tekijöistä lähtevä toimintamalli. Mallin taloudellisuus ja rationaalisuus tulee tällöin arvioida väestön saamien palveluiden ja niiden kustannusten näkökulmasta – ei niinkään palvelun tuottamisen (esim. yksikkökustannukset) näkökulmasta. Tarkastelutapa on myös kunnan näkökulmasta katsoen perusteltu; kunnalle olennainen tieto on, mitä kuntalaisen saama (kokonais)palvelu on tullut maksamaan ja miten se kaikkien osiensa suhteen on kuntalaisen kannalta sujunut. Palvelun ammatillisten prosessien ja palveluntuottajan sisäisten yksikkökustannusten tulisi kuulua pikemminkin tuottaja-organisaatioiden sisäisen johtamisen piiriin.

Todettakoon, että myös kansallisen terveystieteiden lähtökohdat hoitotavoitteineen ilmentävät osaltaan po. uutta, palveluiden käyttäjän näkökulmaan liittyvää lähestymistapaa.

Tässä selvityksessä on lähdetty väestöpohjaisen toimintamallin muodostamisesta. Keskeistä tällöin on se, minkälaisia ovat kuntalaisten tiheimmin tarvitsemat, läheltä saatavat palvelut ja mitkä palvelut palvelutarpeen

näkökulmasta voidaan koota seudullisiksi tai laajemmin keskitettäviksi, matkustuksen päässä oleviksi palveluiksi.

Toimintamallia varten tarvitaan aiemmin tarkasteltuun toimintaympäristön kehitykseen sekä toiminnan sisällön tuntemukseen perustuvia johtopäätöksiä, strategisia linjanvalintoja, joista tulisi olla yksimielisiä ja joihin tulisi kaikkien toimijoiden voida sitoutua. Seuraavassa esitetään haastattelujen ja selvityksineiden perusteella ehdotuksia tällaisiksi linjauksiksi.

Strategiset valinnat

Haastattelu- ja selvityksineiden pohjalta ehdotetaan, että HUS-piirissä ja piirin alueen kunnissa nostetaan psykiatrisen terveydenhuollon väestöpohjainen toimintamalli perinteisten tuottajaorganisaatio-, kunta- ja hallintorajojen yläpuolelle ja suoritetaan tältä pohjalta seuraavia strategisia linjavalintoja:

1. Psykiatrisen terveydenhuollon palvelujärjestelmä jäsennetään tarveperusteisesti (strateginen toimintamalli)

HUS-piirinkin alueen psykiatrisessa palvelujärjestelmässä tulisi erottaa toisistaan "väestön saamat palvelut" palvelujen tuottamisen järjestelmästä. Palvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä on perinteisesti korostunut organisatoriset ja palveluntuottaja-organisaation näkökulmat, ns. tuotantorationaliteetti. Jotta kuitenkin kustannus-vaikuttavaan toimintaan päästään, on kyettävä asettamaan palvelujen ja väestön kohtaaminen organisointijärjestelyjen edelle. Lähtökohtana tällöin tulisi olla erilaisia palvelutarpeita tyydyttävä palvelujäsenitys – ei nykyinen organisaatiojaotus. Organisointivastuiden siirtely kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiiriin välillä ei sellaisenaan tuota mitään lisäarvoa.

Em. lähestymistapaa noudattaen psykiatrisen terveydenhuollon palvelut jäsennetään mielenterveys-ongelmien, sairastavuuden ja väestön palvelutarpeen esiintyvyyden mukaan (1) lähipalveluihin, (2) seudullisiin palveluihin ja (3) kahdelle tai useammalle seudulle keskitetysti tuotettaviin palveluihin. Kunta- ja hallintorajojen ei tule rajoittaa em. palvelujäsenityksen toteuttamista. Palvelujäsenitystä ei tule myöskään rajoittaa perinteinen jako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin; periaatteessa perusterveydenhuollon palveluita voidaan tuottaa seudullisesti ja erikoissairaanhoidon palveluita paikallisesti, mikäli se väestöpohjan ja resurssien järkevän käytön näkökulmasta on perusteltua. Tämä edellyttää palvelutarpeista ja palvelujen sisällöstä lähtevän toimintamallin luomista. Asia käsitellään lähemmin jäljempänä.

2. Psykiatrisen terveydenhuollon kokonaisuuden hallintaa parannetaan (koordinointistrategia)

Kunnissa toteutettava, nykyinen sosiaali- ja terveystoimen piiriin kuuluva mielenterveystyö, sairaanhoitoalueiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja HUS-piirin alueella keskitetysti kahta tai useampaa sairaanhoitoaluetta varten järjestettävät erityispalvelut on koottava psykiatrisen terveydenhuollon kokonaisuudeksi, jota suunnitellaan ja toteutetaan väestöpohjaisesti koordinoitusti riippumatta siitä, mille toimijataholle palvelujen tuottaminen hallinnollisesti kuuluu. Jotta kokonaisuuden ohjaukselle voitaisiin muodostaa käytännön edellytykset, olisi HUS-piiriin nykyisen psykiatrian lautakunnan tehtäväkuvaa, kokoonpanoa ja toimintatapaa tarkistettava ja kehitettävä lähinnä toiminnallisen strategian ja sisällöllisten kysymysten määrittelyforumina. Keskeisenä psykiatrisen

terveydenhuollon kokonaisuuden operatiivisena toimijana tulee vahvistaa seudullisen verkoston roolia. Ehdotus seutukohtaisen koordinoinnin aikaansaamisesta esitetään jäljempänä.

3. Psykiatrisen terveydenhuolto ja sen toimintayksiköt integroidaan tiiviisti muuhun terveydenhuoltoon ja sen yksiköihin (integroitistategia)

Mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon toimijoiden tulee muodostaa yhdessä muun sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa mahdollisimman saumaton verkosto, jossa psykiatrisen terveydenhuollon palvelut sijoitetaan toiminnallisesti ja fyysisesti muiden palvelujen yhteyteen. Erityisen tärkeäksi verkostossa toimimiselle muodostuvat konsultaatioyhteydet, asiantuntijoiden liikuteltavuus sekä tietojen sähköinen siirtyminen ja yhteiskäyttö toimijoiden kesken. Asiantuntijoiden antama tulevan psykiatrian kehityskuva on sellainen, että kaikki se diagnostiikka ja hoito, mikä ei ole toteutettavissa nykyaikaisen, monipuolisen psykiatrisen avohoidon keinoin, on keskitettävä somaattisten sairaaloiden yhteydessä toimiviin psykiatrian yksiköihin.

4. Mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon resurssien käyttöä tehostetaan (resurssien käytön tehostamisstrategia)

HUS-piirin ja sen sairaanhoitoalueiden suuresta väestöpohjasta huolimatta useat kunnissa ja sairaanhoitoalueilla toimivat yksiköt ovat varsin pieniä ja haavoittuvaisia. 1 – 2 erityistyöntekijän varassa toimivista yksiköistä on päästävä suurempiin yksiköihin, joissa poissaolot tai muut normaalitoiminnasta poikkeavat tilanteet voidaan joustavasti hoitaa. Vastaavasti jossain määrin hajallaan olevaa, yhteenlaskettuna varsin runsasta osaamis- ja asiantuntijaresurssien käyttöä tulee ylläpitää, kehittää sekä ohjata ja suunnata seudullisesti. Tämä merkitsee kuntien sisällä toimivien yksiköiden saattamista seudullisten toimintojen piiriin sekä useita muita henkilöstön käyttöön liittyviä toimenpiteitä.

Kuvattujen periaatteellisten strategisten linjausten tulisi muodostaa peruslähdekohtat HUS-piirin alueen psykiatrisen terveydenhuollon kehittämiseksi ja uudelleenjärjestelyille. Linjaukset esitetään strategiakartan muodossa liitteessä 6.

Tavoitteellinen toimintamalli

Edellä kuvattujen strategisten linjausten toteuttamiseksi on tausta-aineiston ja haastatteluiden perusteella muodostettu johtopäätöksiä HUS-piirin psykiatrista terveydenhuoltoa koskevaa toimintamallia varten. Toimintamallin muodostamisessa on lisäksi otettu huomioon LKT Outi Elonheimon laatimassa selvityksessä "Raaseporin terveyskeskus – Esitys Länsi-Uudenmaan alueen seutukunnalliseksi terveyskeskukseksi" (18.12.2002) esittämät näkemykset perusterveydenhuollon palveluiden jäsenyyksestä lähi- ja seutupalveluiksi. Toimintamalli poikkeaa varsin vähän Elonheimon selvityksen palvelujäsenyyksestä. Olennaista on kuitenkin, että tässä esitettävässä toimintamallissa lähtökohtana ovat tarveperusteinen palvelujäsenyys ja ehdotus toimintamallin organisoimiseksi ja toteuttamistavaksi pidetään erillisenä kohtanaan, koska organisointijärjestelyille on luonnollisesti muodostettavissa vaihtoehtoja.

Muodostunutta toimintamallia on pidettävä lähtökohtana alueen psykiatrista terveydenhuoltoa koskeville järjestelyille. Selvitystyön perusajatus on, että

vallitseva nykyinen tilanne on pyrittävä asteittain muuntamaan jäljempänä kuvattavaa toimintamallia toteuttavaksi.

Toimintamallin lähtökohtana ovat edellä kuvatut strategiset linjaukset. Toimintamalli jäsennetään (1) lähipalveluihin, (2) seudullisiin palveluihin ja (3) alueellisesti keskitettyihin palveluihin. Kaikkia em. palveluja tarvitaan ja ne on siten koordinoitava, että em. osat tukevat toisiaan. Konsultin mielestä psykiatrisen terveydenhuollon koordinaation kannalta seudullisen tason rooli on keskeinen. HUS-piirin alue on erityisesti pääkaupunkiseudun ulkopuolisten alueiden osalta jäsentynyt varsin luonnollisiin sosio-ekonomisiin ja kulttuurisiin seutuihin, joiden puitteissa terveydenhuollon ja nimenomaan psykiatrisen terveydenhuollon palvelut ovat koordinoitavissa varsin lähellä väestöä ja lähipalveluita. Toisaalta seutujen väestöpohjista muodostuu siinä määrin suuria, että synergiaetuja ja lisäarvoa on saatavissa tehostetusti suoritettavasta koordinaatiosta.

Ehdotus HUS-piirin alueen psykiatrisen terveydenhuollon toimintamalliksi on seuraava:

Lähipalvelut

Määritelmä:

Psykiatrisen terveydenhuollon lähipalvelut ovat väestön päivittäisen asumis-, koulunkäynti-, työssäkäynti- ja asiointikäytännöt käsittävässä luonnollisessa sosiaalisessa ympäristössä annettavia palveluita, joita tarjoaviin pisteisiin kuntalaisilla on hyvät yhteydet ja enintään n. 20 kilometrin matka.

Sisältö:

Peruseriaate psykiatrisen terveydenhuollon lähipalveluiden määrittelyssä on se, että ne järjestetään läheisyysperiaatteen mukaan ns. "etulinjan ydinpalveluna", jolle etäämpää tuotettavat palvelut ovat luonteeltaan konsultatiivisia. Lähipalvelut ovat merkittävältä osaltaan kuntien sosiaali- ja terveystoimeen perinteisesti kuuluneita peruspalveluita, joiden piirissä huolehditaan myös mielenterveys-ongelmien toteamisesta, perustasoisesta hoidosta sekä seudullisiin palveluihin ohjaamisesta. Lähipalveluun voi kuitenkin kuulua myös erikoistuneen henkilöstön palveluja, joten perinteinen porrastustaso-ajattelu ei välttämättä enää ole ohjaavin tekijä. Huomattakoon, että alla oleva palvelujaotus ei sisällä kannanottoa siihen, mikä yhteisö tai organisaatiotaso lähipalvelut tuottaa, vaan kyse on palveluista, jotka väestö saa lähialueeltaan. Lähipalveluihin (pääosin nykyisin käytettävien palvelunimikkeiden mukaisesti) kuuluvat:

- mielenterveyden edistäminen sekä sosiaali- ja terveysviranomaisten toimintana että osana kuntien muiden hallintokuntien päätöksentekoa terveysvaikutteisissa asioissa,
- perusturvan järkkymiseen liittyvät perustasoiset kriisipalvelut (perheiden ongelmatilanteissa, päihdehäiriöiden piirissä, syrjäytymisuhassa, ahdistumis- yms. sosiaalisissa ongelmavaiheissa tai -tilanteissa eläville),

- äitiys- ja lastenneuvolatoiminta; etsivät ja varhais-toteavat toiminnot,
- kouluterveydenhuolto; etsivät ja varhaistoteavat toiminnot,
- työterveyshuolto,
- lääkärin, sairaanhoitajien ja muiden vastaavien työntekijöiden vastaanottotoiminta (perint. terveyskeskusvastaanotot),
- psykiatrisen erikoissairaanhoitajan tai muun mielen- terveysongelmien hoitamiseen erikois-tuneen mielenterveystyöntekijän ongelman selvittely- ja hoitotyö,
- kotiin annettavat (kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja kotisairaalatoiminnan piiriin kuuluvat) palvelut sekä osana perinteisiä kunnan kotiin annettavia palveluita että psykiatrisen terveydenhuollon liikkuvia avohoitopalveluita,
- päihde- ja riippuvuushoidon piiriin kuuluvat perustasoiset avohoito- ja terapiapalvelut,
- kuntoutusprosessin intensiivi- ja valvontavaiheiden jälkeisen (sekundaarisen) kuntoutuksen piiriin kuuluvat asumis- ja kuntoutuskotipalvelut sekä
- seudullisesti tuotettavan psykiatrisen erikois-sairaanhoidon liikkuvat konsultaatiopalvelut.

Tuottamisperuste:

Lähipalveluiden tuottamistapaan vaikuttavat olennaisesti kunnan/lähipalvelualueen väestöpohja sekä resurssien käytön optimointiin tähtäävät näkökohdat. Kansallisen terveysprojektin mukaisesti ”kunnan koosta riippuen lähipalvelut järjestetään kuntakohtaisesti tai seudullisena yhteistyönä”. Kansallisten tavoitteiden mukaan tavoitteena tulee olla ”toiminnallinen kokonaisuus, joka palvelee 20 000 – 30 000 asukkaan väestöpohjaa ja on usein myös hallinnollisesti tarkoituksenmukainen terveydenhuollon lähipalvelujen tuottajan vähimmäiskoko”.

Väestöpohjan osalta on todettava, että HUS-piirin sairaanhoitoalueiden kuntien väestöpohja vaihtelee erittäin paljon. Tästä syystä palvelujen kustannustehokas tuottaminen ei ole mahdollista kuntarajojen sisällä tiukasti pitäytyen. Niinpä vireillä olevia hankkeita (Hiiden alue, Raaseporin terveyskeskus) lähipalvelujen kokoamiseksi seudulliseksi organisaatioksi onkin pidettävä erittäin perusteltuina.

Resurssien käytön optimoinnin kannalta yli 20 000 asukkaan väestöpohjaa on niinkään pidettävä tarkoituksenmukaisena paitsi yksikkökustannusten,

myös toiminnan joustavan järjestämisen, yksiköiden haavoittuvuuden, joustavan henkilöstöpolitiikan, kuten sijaistamisen ja osaamisen tasapuolisen jakamisen ja kuntalaisille kohdentamisen kuin myös rekrytoinnin näkökulmasta.

Olennaista, kuitenkin on, että vaikka palvelujen tuottamisorganisaatio olisikin seudullinen, tulee lähipalvelut sijoittaa maantieteellisesti siten, hajautetusti, että läheisyysperiaate kuntalaisten kannalta toteutuu. Toisaalta on HUS-piirin alueen kohdalla korostettava sitä, että lähipalveluperiaatteella tuotettavien alueiden/osa-alueiden palveluiden väestöpohja voi nousta huomattavasti yli 30 000 asukkaan (vrt. Espoo ja Vantaa).

Seudulliset palvelut

Määritelmä:

Psykiatrisen terveydenhuollon seudulliset palvelut ovat lähipalveluita tukevia seudullisesti keskitetyistä palveluyksiköistä järjestettäviä palveluita, joihin kuntalaisilla on enintään n. 50 kilometrin matka.

Seudulla tässä tarkoitetaan asujamiston luonnollista sosiaalista, kulttuurista ja talousmaantieteellistä aluetta, jolla useimmiten on seuturakennetta koostava elinkeinopoliittinen tai kaupallinen keskus. Tiiviisti asutetuilla urbaaneilla alueilla, kuten pääkaupunki-seutu, seuturakenne voi jäsentyä edelleen väestöpohjaltaan varsin suuriin lähiöyhteisöihin, joilla myös palvelujen järjestämisen kannalta on seutukuntaan verrattavissa oleva merkitys.

HUS-piirin alueella em. määritelmän piiriin erityisen hyvin soveltuvia seudullisia aluekokonaisuuksia ovat Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Jorvin ja Peijaksen alueiden seudullisia näkökohtia käsitellään erikseen jäljempänä.

Sisältö:

Psykiatrisen terveydenhuollon seutupalveluilla on keskeinen rooli nimenomaan akuuttipsykiatrian palveluissa sekä hoitoprosessien koordinoinnissa tiiviissä yhteistyössä lähipalvelujen kanssa. Seudullisiin palveluihin kuuluvat:

- aikuispsykiatrisen poliklinikkatoiminta ml. perint. mieleterveystoimistot,
- lastenpsykiatrisen poliklinikkatoiminta, ml. perint. perheneuvolatoiminta,
- nuorisopsykiatrisen poliklinikkatoiminta,
- vanhuspsykiatrisen poliklinikkatoiminta,
- psykiatrisen kriisi- ja päivystystoiminta yleisen seudullisen päivystysjärjestelmän osana sekä sairaalapäivystyksen yhteydessä,

- akuutti aikuispsykiatrinen sairaalahoito,
- lastenpsykiatristen ja nuoriso-psykiatristen potilaiden päivystys- ja vuodeosastopalvelut ovat periaatteessa keskitettäviä palveluita, mutta suurten alueiden osalta näitä palveluita tulee tuottaa myös seudullisesti (Hyvinkään, Jorvin ja Peijaksen sairaanhoitoalueet); toisin sanoen keskitettyjä yksiköitä on useampia kuin useimmissa muissa keskitetysti tuotettavissa palveluissa,
- vanhuspsykiatrinen sairaalahoito,
- psykiatrinen avohoitokuntoutustoiminta,
- katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon erikoishoidon toiminnot,
- psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalvelut sekä erikseen sovittaessa mielen-terveyskuntoutujien asumispalvelut,
- muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut sekä
- konsultaatioiden antaminen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille ja avohoitotoimintojen hajautetuille pisteille annettavat ns. liikkuvat palvelut

Tuottamisperuste:

Seudulliset palvelujen tuottajat muodostavat psykiatrisessa terveydenhuollossa keskeisen toimijatahon. Nykyisin varsin pirstaloituneesti toimivien yksiköiden toiminnan koordinoiminen tulee tapahtua seututasoisesti. Tästä huolimatta seudullisten palveluiden perustehtävässä tulee korostua lähipalveluiden tukeminen ja yhteyden lähipalveluihin tulee olla saumatonta.

Seudullisten palveluiden tuottamistapaan vaikuttaa olennaisesti seudun väestöpohja. Seudulliseksi toiminnaksi on katsottava kahden tai useamman lähipalvelualueen (väestöpohja yli 20 000/alue) muodostaman aluekokonaisuuden palvelut eli vähintään n. 40 000 – 50 000 asukaan väestöpohja. Suurilla seuduilla seudullisesti keskitettävät palvelut voidaan tuottaa hajautetuissa palvelupisteissä; ei kuitenkaan juurikaan alle 20 000 (- 30 000) asukkaan väestöpohjissa.

Psykiatrisen terveydenhuollon tuottamistavan määrittelemiseksi on otettava huomioon, että HUS-piirin sairaanhoitoalueet ovat sekä väestöpohjiltaan että yksikkökooltaan kovin erilaisia. Kaikkien sairaanhoitoalueiden osalta seutu-/osa-alue-pohjaisia tuottamisratkaisuja on kuitenkin mahdollista soveltaa.

Tarkastelu on tehtävä alueittain ja siihen palataan jäljempänä.

Seudullisten palveluiden organisoinnissa tulisi valittavaan organisoimis- ja hallintomalliin suhtautua ennakkoluulottomasti. Järkevän ohjauksen ja koordinoinnin näkökulmasta organisaation tulisi olla seutupohjainen, vaikka palveluja tuotetaankin osittain hajautetusti. Seudullisen koordinaation tulee kuitenkin perustua prosessien hallintaan aina lähipalveluista lähtien. Tästä syystä seudulliselle ohjaus- ja koordinaatiotehtävälle on määriteltävä pelisäännöt, joita kussakin perusprosessissa (palvelulinjoilla) noudatetaan.

Keskitetty palvelut

Määritelmä:

Psykiatrisen terveydenhuollon keskitettyjä palveluita HUS-piirin alueella ovat kahta tai useampaa seutua varten tuotettavat palvelut. Maantieteellisellä etäisyydellä keskitettyihin palveluihin ei ole ratkaisevaa merkitystä, etenään HUS-piirin alueen oloissa. Keskitettyjen palveluiden määrittelyssä merkityksellistä on se, kuinka suuri on väestöpohjaan suhteutettu palvelujen tarve ja kuinka tiheästi palveluja väestöpohjaisesti käytetään. Toisin sanoen vähäistä väestöön suhteutettua tarvetta ja harvoin tapahtuvaa käyttöä koskevat palvelut kuuluvat alueellisesti keskitettäviin. Palvelujen tuottajan näkökulmasta kyse on erityispalveluista ja riittävästä palvelujen käytön frekvenssistä ammattitaidon ylläpitämiseksi.

Sisältö:

Alueellisesti keskitettyihin palveluihin kuuluvat:

- vaikeahoitoisten lasten polikliiniset psykiatriset erityispalvelut sekä lastenpsykiatrisen sairaalahoidon hoito,
- nuorisopsykiatriset päivystyspalvelut sekä vaikeahoitoisten nuorten polikliiniset erityispalvelut sekä nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon hoito,
- vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaipotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa,
- vaikeahoitoisten kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut,
- vaikeahoitoisten kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden sairaalapalvelut sekä aikuisille että nuorille,
- syömishäiröpotilaiden avo- ja sairaalahoitopalvelut,
- neuropsykiatriset erityispalvelut,
- kuurojen psykiatriset palvelut,

499

- seksuaalirikosepäilyjen selvitystyö ja tähän liittyvä oikeuspsykiatria,
- sukupuolen muutokseen liittyvät selvitys- ja arviointipalvelut
- erityisen kulttuuritaustan omaavien maahanmuuttajien sekä maahanmuutaneiden kidutettujen potilaiden palvelut
- katastrofivalmiuden ylläpitoon ja katastrofitilanteiden jälkihoitoon kuuluvien mielenterveyspalvelujen osaamisen varmistaminen ja po. palveluiden koordinointi sekä
- HUS-piirin terveydenhuoltohenkilöstön psykiatriset avo- ja sairaalahoidon palvelut

Lisäksi kielellisten syiden sitä edellyttäessä ruotsinkielisten potilaiden hoidon saaminen omalla äidinkielellään on turvattava sairaalassa, jossa po. äidinkieliseen hoitoon on edellytykset.

Tuottamisperuste:

Alueellisesti keskitettyjä palveluja tuotetaan HUS-piirissä 1 – 5 yksikössä jäljempänä esitettävällä tavalla. Osa palveluista on erityispalveluluonteensa johdosta perusteltua keskittää Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimialalle sekä Lasten ja nuorten sairaalaan. Osa keskitetään Kellokosken ja Tammiharjun sairaaloihin niinikään jäljempänä esitettävällä tavalla. Selvitystyön toimekisanotto ei koske Helsingin kaupungin psykiatrisia yksiköitä, joten kysymys siitä, mikä on HUSin Helsingin sairaaloiden ja Helsingin kaupungin psykiatristen yksiköiden työnjako on selvitettävä erikseen, mutta on selvää, että HUSin psykiatrian toimialalle sekä Lasten ja nuorten sairaalaan keskitettävien palveluiden sisältö ja laajuus olennaisesti riippuu po. työnjaosta.

Olennaista keskitettyjen palvelujen tuottamismallia määriteltäessä on, että keskitettyjä palveluita tuottaville yksiköille muodostuu selkeä toimintaprofiili. Tämä merkitsee osaamiskeskustehtävän määrittelyä po. palveluita tuottaville yksiköille.

Kuvattua toimintamallia tarkasteltaessa on muistettava, että se kuvaa väestön saamia palveluita (läheltä, seudulta, alueelta), mutta ei ota kantaa siihen mikä organisaatiotaso (kunta/sairaanhoitoalue/keskitetty yksikkö) palvelut tuottaa.

500

V

EHDOTUKSET KOKO HUS-PIIRIÄ KOSKEVIKSI TOIMENPITEIKSI STRATEGIAN JA TOIMINTA-MALLIN TOTEUTTAMISEKSI

Seuraavassa esitetään toimenpide-ehdotukset luvussa IV kuvattujen strategisten valintojen toteuttamiseksi. Strategioita olivat: (1) palvelujäsennys, (2) kokonaiskoordinointi, (3) integrointi ja (4) resurssikäytön tehostaminen.

Toimenpide-ehdotukset perustuvat toimintaympäristöanalyysin johtopäätöksiin väestönkehityksestä ja sairauksien esiintyvyydestä. Johtopäätösten perusteella on laadittu toimintamalliin perustuvia ja sitä konkretisoivia suuntaa-antavia mitoituskalkelmia (tiedot; Juhani Solantaus), joihin toimenpide-ehdotukset sairaanhoitoalueittain on pohjattu. Laskelmat esitetään liitteessä 7.

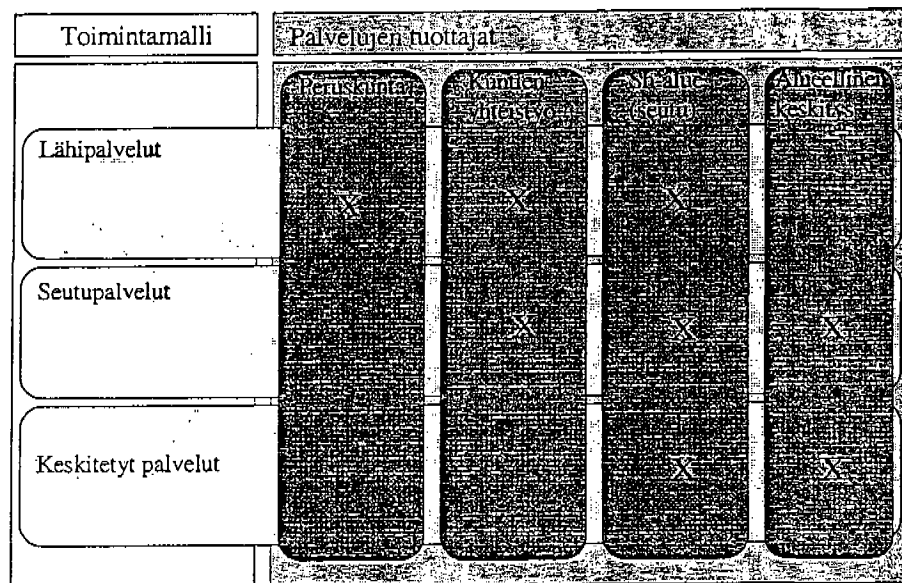
Palvelujäsennyksen ja toimintamallin toimeenpano

Perustelut:

Keskeinen osa toimenpide-ehdotuksista koskee edellä käsitellyn toimintamallin konkretisointia palveluiden tuottamiseksi ja siihen liittyviä järjestelyitä koskeviksi käytännön toimenpiteiksi. Toimintamallin toteuttaminen edellyttää tuottamisvastuiden määrittelyä organisaatioyksiköittäin. Kuten aiemmin todettiin, palveluita on koordinoitava kokonaisuutena riippumatta siitä, mikä yksikkö ne tuottaa. Tästä syystä palvelujen tuottamisjärjestelmässä voi olla erilaisia vaihtoehtoja, mutta ohjaus ja koordinaatio tulisi määrittellä yksiselitteisesti toimintamallin palvelujäsennystä noudattaen.

Palvelujen tuottamisen määrittelyssä toimintamallin toteuttamiseksi käytetään seuraavaa lähestymistapaa:

Kuvio 1: Kaaviokuva toimintamallin mukaisten palvelujen tuottamisesta



Palvelujen tuottamisorganisaatiot voidaan HUS-piirin alueella jäsentää kuvion osoittamalla tavalla

- peruskunnan tuottamiin palveluihin, mikä tarkoittaa sitä, että kunnan omassa organisaatiossa palvelun tuottaminen on vastuutettu sitä varten määritellyille yksiköille. Useimmiten po. yksiköt perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön,
- kuntien yhteistyönä tuotettuihin palveluihin, jotka voidaan järjestää kuntien välisin sopimuksin esim. siten, että joku yhteistyöverkostoon kuuluvista kunnista tuottaa palvelut erikseen laadittavan sopimuksen perusteella jollekin toiselle kunnalle tai joillekin muille kunnille tai siten, että kunnat liittyvät seudulliseksi yhteisorganisaatioksi, kuten esim. seudulliseksi kuntayhtymäksi tai yhtiömuotoiseksi organisaatioksi,
- seudullista toimintaa järjestävän organisaation palveluihin, joita HUS-piirin alueen terveydenhuollossa edustavat lähinnä sairaanhoitoalueet. Mikäli kehitys on johtamassa siihen, että tulevaisuudessa muodostuu organisatorisesti seudullisia terveyskeskuksia tai terveydenhuoltoalueita, kuuluvat tällöin nämä luonnollisesti tällaisiin seudullisiin palveluntuottajiin. Tällaista tuottamistapaa edustaisivat toteutuessaan kaavaillut Raaseporin terveyskeskus- ja Hiiden alueen terveydenhuoltoalue –organisaatiot sekä
- alueellisesti keskitetyksi tuotettaviin palveluihin, joihin kuuluvia palveluntuottajia HUS-piirin alueella edustavat HUSin Helsingin sairaalat sekä sairaanhoitoalueiden ne yksiköt, joilla on keskitettyjen palvelujen tuottamistehtäviä.

Kuten aiemmin on todettu, toimintamallin mukainen palvelujäsennys ja palveluiden tuottaminen ovat kaksi eri asiaa. Niinpä esim. lähipalveluita voi tuottaa paitsi kunta itse tai jokin toinen kunta tai myös seudullinen palveluntuottaja. Olennaista tällöin on, että tuottipa palvelut mikä tahansa organisaatio, ne tuotetaan aiemmin esitetyn määritelmän mukaisina lähipalveluina eli enintään n. 20 kilometrin etäisyydellä väestöstä. Mikäli kyseessä on seudullinen palveluntuottaja, sijoittaa se palveluyksikön em. lähipalvelualueelle tai sitten käyttää palvelun tuottamiseen liikkuvaa henkilöstöä.

Vastaavasti seudullisia palveluita tuottavina yksiköinä voi toimia paitsi ao. seudun palveluntuottaja tai keskitettykin palveluntuottaja, mikäli palvelu on väestölle seututasolta saatavissa.

Todettakoon, että kaikkia toimintamalliin sisältyviä palveluita (lähipalvelut, seutupalvelut, keskitetyt palvelut) voidaan periaatteessa myös ostaa ulkopuolisilta. Olennaista kuitenkin tällöinkin on, että palveluja koordinoidaan seudullisesti.

Toimenpide-ehdotukset:

Palvelujäsennyksen mukaisten palvelujen tuottamiseksi ehdotetaan, että

1. lähipalveluina tuotetaan perusterveydenhuollon normaalien toimintojen yhteydessä mielenterveysongelmien varhaiseen toteamiseen ja diagnostiikkaan sekä perushoittoon ja hoitoonohjaamiseen liittyvät palvelut. Tämä tarkoittaa sitä, että lähipalveluihin kuuluu normaalien sosiaali- ja terveystoimen lakisääteisten palveluiden tuottaminen. Kuitenkin perusterveydenhuollon yhteyteen lähipalveluksi on sijoitettava yksi mielenterveysyöntekijä (psykiatrinen erikois-

sairaanhoitaja, depressiohoitaja tai muun vastaavan tehtävä-
nimikkeeseen omaava koulutettu sairaanhoitaja-/erikoissairanhoitaja -
tasoinen työntekijä) noin 20 000 asukasta kohden. Po-
mielenterveystyöntekijän tehtäväkuvana tulisi olla toiminta
terveyskeskuslääkärin apuna ensiarvion tekemisessä, hoitosuosi-
tusten mukaisten 6 + 6 kerran hoidon toteuttajana sekä tarvittaessa
jatkohoitoon ohjaajana. Kyse on enimmäkseen masennuspotilaiden
hoidosta.

Em. ns. normaalisuusperiaate merkitsee myös sitä, ettei terveys-
keskuksissa tule olla muita erikoissairanhoidon piiriin kuuluvia
resursseja, vaan nämä keskitetään seudullisen erikoissairanhoidon
yhteyteen hallinnollisesti. Näin ollen kuntiin perustettujen mielen-
terveystoimistojen tai vastaavien psykiatristen avohoitotoimintojen
tulisi siirtyä seudullisen hallinnon piiriin.

2. Seudullisina palveluina tuotetaan aiemmin toimintamallissa luetellut
palvelut sairaanhoitoalueiden toimesta. Jotta palvelujen
tuottamisessa tarvittava verkosto saadaan myös käytännössä
toimimaan tiiviisti, ehdotetaan että Hyvinkään, Lohjan, Länsi-
Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla toimivista
terveyskeskuksista, kuntien sosiaalitoimen piiriin kuuluvista
/terveyssisältöistä toimintaa/ mielenterveystyötä suorittavista
yksiköistä ja sairaanhoitoalueen yksiköistä muodostetaan HUS-piiriin
kuuluva terveydenhuoltoalueet. Terveydenhuoltoalueiden sisällä
palvelut organisoidaan 1. kohdassa kuvatuiksi lähipalveluiksi ja
seututasolla keskitetyiksi palveluiksi. Jorvin ja Peijaksen alueiden
järjestelyihin palataan jäljempänä,
3. keskitettyjen psykiatristen erityispalvelujen palveluntuottajina
toimivat HUS-Helsingin sairaalat, Kellokosken sairaala sekä
Tammiharjun sairaala. Tammiharjun ja Kellokosken sairaalat toimivat
myös seudullisten palvelujen tuottajina kuitenkin siten, että sekä
seudullisten että keskitettyjen palvelujen mitoitus ja resurssit on
erikseen määriteltävä. HUS-Helsingin sairaaloiden toimintaprofiili
muiden kuin keskitettyjen palvelujen osalta on riippuvainen Helsingin
kaupungin psykiatrian järjestelyistä, mitä koskevat ehdotukset eivät
kuulu tämän selvityksen toimeksiantoon.

Lisäksi lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystys ja vuodeosastohoito
ehdotetaan keskitettäväksi Länsi-Uudenmaan ja Lohjan alueiden
osalta Tammiharjun sairaalaan sekä Porvoon sairaanhoitoalueen
osalta Kellokosken sairaalaan. Jorvin ja Peijaksen alueilla nämä
palvelut on perusteltua tuottaa suuren väestöpohjan johdosta
perusteltua ao. sairaaloiden toimesta. Hyvinkään sairaanhoitoalueen
väestöpohja lasten ja nuorten osalta on niinkään varsin suuri, mistä
syystä ehdotetaan, että lastenpsykiatrisen avohoidon ja myös
sairaalahoitoon kehittämiseen Hyvinkään sairaalan yhteydessä
varaudutaan. Hyvinkään alueen nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon
edelleenkin tarkoituksenmukaista tuottaa Kellokosken sairaalasta.

Helsingin osalta asia ei kuulu toimeksiannon piiriin.

503

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Toimintamalli toteuttaa samoja periaatteita kuin ns. Imatran malli. HUS-piirin alueella "Imatran malleja" tarvitaan väestöpohjasyistä vain paljon useampia. Toimintamallin käyttöönoton voidaan arvioida johtavan palvelujärjestelmän selkiytymiseen ja siihen, että palvelujen tuottamisen väestöön suhteutettu keskimääräinen kustannus ei ikärakennemuutoksesta huolimatta kasvaisi nykyisen avohoitovaltaisimman alueen n. 130 eurosta/asukas. Tämä merkitsisi teoreettisesti laskien sitä, että uudella toimintamallilla kyetään selviytymään jopa n. 2000 potilasta suuremman potilasmäärän hoidosta nykyiseen toimintatapaan verrattuna. Jos yhden potilaan keskimääräinen hoitokustannus on 4 600 euroa, merkitsisi tämä peräti 9,2 milj. euron lisäresurssoinnista välttymistä. Toimintamallin mukaisia järjestelyitä koskevat ehdotukset käsitellään sairaanhoitoalueittain jäljempänä, missä yhteydessä esitetään myös resurssointia ja niiden kustannusvaikutuksia koskevat arviot.

Ehdotettujen lähipalveluihin sijoitettavien mielenterveystyöntekijöiden kokonaistarve on vuonna 2020 yhteensä 51. Vastaavien mielenterveystyöntekijöiden nykyistä lukumäärää ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä, koska po. työntekijöillä kunnissa on kovin erilaisia tehtävänkuvia. Mitä ilmeisimmin nimenomaisesti po. tehtävänkuvan mukaisia tehtäviä hoitavia ei liene tällä hetkellä 15 enempää. Osa lisätarpeesta olisi kuitenkin hoidettavissa uusilla tehtäväjärjestelyillä, mutta ilmeistä on, että vuoteen 2020 mennessä lisäresurssointiin tarvitaan 0,5 – 1 milj. euroa koko HUS-piirissä.

Kokonaiskoordinaation toimeenpano

Perustelut:

Kuten aiemmin on todettu yksi keskeisistä kehittämistarpeista HUS-piirin alueella on mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon sisällöllinen koordinointi siten, että työnjako on selkeää niin potilaille kuin lähettäville yksiköille aina lähipalveluista keskitettyihin palveluihin.

Mielenterveystyössä ja psykiatrisessa terveydenhuollossa on huomattavan suuri määrä toimijoita niin sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikois-sairaanhoidon kuin myös järjestöjen ja yksityissektorin piirissä. Em. toimijoiden hyödyntäminen usein samojenkin potilaiden kohdalla sekä hoitojärjestelyiden organisointi nykyistä tehokkaammalla tavalla edellyttää sekä alueellista että seudullista koordinaatiota.

Nykyistä tehokkaampaa koordinointia on myös pidettävä keskeisenä edellytyksenä sille, että väestönkehityksen aiheuttamasta lisätarpeesta selviydytään kohtuullisella taloudellisella panostuksella. Mikäli aidosti lähdetään todetuista esiintyvyyksiluvuista (aikuisilla on 2,7 – 2,8 % ja lapsilla ja nuorilla 0,5 – 0,6 %) ja samalla varaudutaan terveyskeskuspotilaiden virrassa havaittavien psyykkisten ongelmien varhaistoteamiseen ja hoitoon (vrt. *Maria Vuorilehto*), on yli kuntarajojen tapahtuva seudullinen ja alueellinen koordinaatio välttämätöntä haasteesta selviämiseksi.

Toimenpide-ehdotukset:

Psykiatrisen terveydenhuollon koordinaation tehostamiseksi

4. HUSin psykiatrisen lautakunnan tehtävää ja kokoonpanoa ehdotetaan muutettavaksi (tai korvattavaksi se kokonaan) HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon toiminnan sisällön, tutkimus- ja hoitomuotojen sekä tutkimuksen ja hoidon perusprosessien koordinoitforumiksi. Lautakunta toimisi pääpainotteisesti asiantuntijaelimenä, joka valmistelisi asioita tarvittavaa päätöksentekoa varten niin HUS-piirin hallitukseen, sairaanhoitoalueiden lautakuntiin kuin myös tarvittaessa peruskuntiin. Lautakunta -nimitys ei kuvanne tätä tehtävänmäärittelyä, joten nimitys tulisi muuttaa psykiatrian alueelliseksi ohjausryhmäksi.

Po. uusi ohjausryhmä tulisi muodostaa siten, että siinä olisi edustettuina tasapuolisesti alueen sosiaali- ja terveys- ja perusterveydenhuolto, sairaanhoito-alueet ja Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimiala. Ohjausryhmässä voisi silti olla mukana myös hallinnon/päättäjien edustus. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimisi HUSin Helsingin sairaalan psykiatrian toimialajohtaja.

Ohjausryhmän koordinoititehtävää on pidettävä tärkeänä, koska nykyinen palvelujärjestelmä on kovin pirstaleinen, haavoittuva sekä runsaasti toisistaan poikkeavia hoitokäytäntöjä (samoissa potilasryhmissä) noudattava. Ohjausryhmän ei tulisi suuntautua vain erikoissairaanhoidon, vaan sen tulisi perusteellisesti ottaa huomioon kuntien peruspalvelut, niiden toimintatapa, tarpeet sekä kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon toimintakulttuuri.

5. Alueellisen ohjausryhmän ohella tarvitaan myös seudullinen ohjausryhmä, jonka tehtävänä on käytännön työn ohjaus ja koordinointi. Mikäli sairaanhoitoalueet ovat organisoituneet terveydenhuoltoalueiksi, on ohjausryhmä luonnollisesti ao. terveydenhuoltoalueen mielenterveystyön ja psykiatrian johtoryhmä.
6. Seudullisen toiminnan organisointia varten ehdotetaan mielenterveystyö ja psykiatrisen terveydenhuolto sairaanhoito-alueilla/terveydenhuoltoalueilla jäsennettäväksi palvelulinjoihin. Palvelulinjat työskentelevät seudullisen ohjausryhmän alaisuudessa ja ne muodostetaan potilasryhmäkohtaisesti psykiatrian erikoisalaja/toimintoja varten (esim. lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria, aikuispsykiatria, vanhuspsykiatria). Kullakin palvelulinjalla tulee olla oma vastuuhenkilönsä ja johtoryhmänsä ja niiden toiminnan piiriin kuuluvat kaikki mielenterveystyön yksiköt kunnissa järjestettävine sosiaali- ja terveydenhuollon palveluineen, lähipalveluineen ja seudullisesti tuotettavine palveluineen. Lisäksi palvelulinjalla on koordinoitava sopimus pohjaista, yksityissektorin ja järjestöjen tuottamaa palvelua.
7. Toiminnallista koordinaatiota tarvitaan mielenterveystyön ja psykiatrian peruspalvelujen ohella myös nykyisin suurelta osin kunnissa järjestettävien päihdehuollon palveluiden sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tuottamisessa. Tästä syystä myös näiden palveluiden seudullista tuottamista tulisi perusteellisesti selvittää. Kummankin toiminnon osalta ehdotetaan,

että kullakin sairaanhoito-/terveydenhuoltoalueella laaditaan seudullinen kokonaissuunnitelma yhteistyössä kuntien sosiaali- ja terveystoimen ja erikoissairaanhoidon kanssa

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Koordinaation toteuttaminen ehdotetulla tavalla ei sinänsä johda marginaalisten hallintokustannusten lisäksi olennaisiin kustannusvaikutuksiin. Hyvin toimivan koordinaation avulla on kuitenkin mahdollista päästä ratkaisuihin, joiden avulla kustannuskehitystä voidaan hillitä (ks. toimintamallin toimeenpanoon liittyvät ehdotukset).

Integrointistrategian toimeenpano

Perustelut:

Aiemmin on todettu psykiatrisen ja muun terveydenhuollon integrointitarve. Se perustuu sekä lääketieteellisiin ja toiminnallisiin näkökohtiin diagnostiikassa, konsultoinnissa ja tukipalveluiden käytössä että kiinteistöjen käyttöön ja investointeihin liittyviin kysymyksiin.

Asiantuntijoiden näkemys on, että psykiatriassa diagnostiikan ja hoitokäytäntöjen kehitys on viemässä tilanteeseen, jossa pääosa palveluista järjestetään avohoitotoimintojen piirissä. Avohoitotoimintojen kattaman alueen ulkopuolelle jäävä, sairaalahoitoa tarvitsevien potilaiden tutkimus ja hoito tulisi sijoittaa somaattisten sairaaloiden yhteyteen. Perinteisiä psykiatrisia sairaaloita tarvittaneen vain rajattuja erityistehtäviä varten.

Edellä sanottu merkitsee HUS-piirinkin alueen osalta sitä, että varsinaista keskitettyä laitoshoidoa voidaan edelleenkin vähentää ja palveluja tuottaa avohoidossa, palvelu- ja kuntoutuskodeissa sekä erilaisten liikkuvien palvelujen avulla hajautetusti sijoitettuna, mutta seudullisesti tuotettuna.

Toimenpide-ehdotukset:

Psykiatrisen terveydenhuollon integroiminen tiiviisti muuhun terveydenhuoltoon edellyttää sitä, että

- mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon yksiköiden tilojen tulisi sijaita niin perusterveydenhuollon kuin myös erikoissairaanhoidon osalta terveyskeskusten ja somaattisten sairaaloiden kiinteässä yhteydessä. Siirtyminen integroituun toimintojen sijoittamiseen joudutaan toteuttamaan pitkän aikavälin (10 – 20 vuotta) kuluessa, mutta kaikkien tänä aikana tehtävien ratkaisujen tulisi tukea em. integrointitavoitetta. Seudullisesti toteutettavat psykiatrisen terveydenhuollon toiminnot tulee sijoittaa kiinteään yhteyteen po. seutujen (Hyvinkään, Jorvin, Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Peijaksen ja Porvoon) somaattisten sairaaloiden kanssa. Lähimmän kymmenen vuoden aikana tämä ehdotus koskee erityisesti Lohjan ja Peijaksen sairaanhoitoalueita, mutta myös muiden alueiden osalta psykiatrisen terveydenhuollon toimintoja tulee vielä pidemmällä tähtäimellä asteittain saattaa po. sairaalakeskusten yhteyteen. Tämä edellyttää sitä, että HUS-piirin ja po. sairaaloiden pitkän aikavälin investointi-ohjelmissa varaudutaan tähän ja että nykyisiä em. sairaaloista erillään toimivia psykiatrian sairaalakiinteistöjä ei enää nimenomaan seudullisten toimintojen osalta kalliiksi tulevin peruskorjaus- tai saneeraushankkein pysytetä

psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluntuottajina. Keskitettyjen erityistoimintojen osalta sen sijaan osaa entisten keskusmielisairaaloiden kapasiteetista tullaan edelleenkin tarvitsemaan ja po. sairaaloiden profiilia tulisikin kehittää em. suuntaan

9. Integrointitavoitetta tulisi toteuttaa myös avohoidon yksiköiden osalta sekä perinteisesti sosiaalitoimen tai perusterveydenhuollon puolelle kuuluvien yksiköiden ja erikoissairaanhoidon puolella järjestettävien toimintojen kesken. Tämän mukaisesti tavoitteena tulisi olla toiminnallinen ja mahdollisuuksien mukaan myös fyysinen integrointi siten, että entisistä mielenterveystoimistoista, A-klinikoista tai muista päihdetyön vastaavista yksiköistä ja useimmiten sosiaalitoimen puolella toimivista perheneuvoloista/perhetyöntekijöistä muodostetaan seudullisia mielenterveystyön ja psykiatrian poliklinikoita

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Integrointistrategian toteuttaminen edellyttää erityisesti sairaalatoiminnan osalta investointeja, mutta samalla myös entisten keskusmielisairaaloiden toiminnan ja tilojen käytön sopeuttamista. Tästä aiheutuvat taloudelliset vaikutukset käsitellään lähemmin sairaanhoitoalueita koskevien ehdotusten yhteydessä. Yhteenvetona voidaan kuitenkin todeta, että ehdotettava Lohjan sairaalan lisärakennushankkeen toteuttaminen merkitsee suunnitelmien mukaan noin 11 milj. euron investointikustannusta, mistä summasta kuitenkin psykiatria koskevien toimintojen osuus muodostaa vain osan.

Peijaksen sairaalan lisärakennushanke, PEILA 2, on arvioitu kokonaiskustannuksiltaan n. 40 milj. euron kokoiseksi ja myös tässä hankkeessa on mukana muidenkin kuin psykiatristen toimintojen kustannuksia.

Muiden alueiden osalta integrointistrategian aiheuttamia investointikustannuksia ei ole arvioitavissa, mutta on selvää, että tämän selvityksen tarkoittaman seudullisen toimintamallin toteuttaminen ideaalitulanteen mukaiseksi on pitkä prosessi ja edellyttäne vielä mainittujen Lohjan ja Peijaksen alueen hankkeiden lisäksi yli 50 milj. euron nousevaa investointirahoitusta. Tästä syystä ohjelma on laadittava riittävän pitkäaikaiseksi. Samalla on otettava huomioon, että po. investoinneilla voidaan korvata vanhojen sairaaloiden saneeraus- ja peruskourjaustarpeita.

Integrointistrategian toteuttaminen merkitsee seutukohtaisesti myös sitä, että sekä Tammiharjun että Kellokosken sairaalan nykyistä toimintaa ja tiloja supistetaan pitkällä aikavälillä. Samoin Paloniemen sairaalan käytöstä psykiatrisena sairaalana luovutaan. Vapautuvien tilojen realisointi alentaa HUSin ja kuntien kiinteistökustannuksia psykiatriassa. Onnistuneella kiinteistöjen realisoinnilla on mahdollista saada myös jonkin verran myyntituottoa. Asiaa käsitellään lähemmin jäljempänä.

Resurssien käytön tehostamis-strategian toimeenpano

Perustelut:

Mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon keskeinen resurssi on henkilöstö. HUS-piirin alueella sekä kunnissa että erikoissairaanhoidossa toimivat mielenterveystyöhön ja psykiatriseen terveydenhuoltoon erikoistuneet työntekijät eivät tällä hetkellä muodosta yhteensovitettua toimivaa kokonaisuutta eikä potilaiden hoitoprosesseja ole riittävässä määrin yhteisesti

määritely. Yhteistoiminnan määrä ja laatu vaihtelee sairaanhoitoalueittain varsin kiinteistä päivittäisistä yhteydenpitosuhteista tilanteisiin, jossa seudun henkilöstöllä ei juurikaan ole suunniteltua yhteistoimintaa.

Hyvin toimivan koordinaation avulla on saavutettavissa yhteistoimintajärjestelmä, jossa yksiköt voivat myös henkilöstöhallinnollisesti tukea toinen toistaan. Samoin koordinointi tuottaa resurssien käytön tehostumista, mikä puolestaan tekee mahdolliseksi sen, että määritellyn vision mukaisesti voidaan selviytyä kasvavan ja ikääntyvän väestön palvelutarpeista.

Tehostamistoimenpiteet kohdistuvat toimintaprosessien yhdenmukaistamiseen, henkilöstön ja osaamisen kehittämiseen, henkilöstöryhmien välisen työnjaon uudistamiseen ja työvoiman rationaaliseen käyttöön sekä tietohallintoedellytysten luomiseen.

Pääkaupunkiseudun kuntien osalta on jo käynnistetty depressiopotilaiden hoito-ohjelman valmistelua ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistamista koskeva työ. Työn tulisi laajentua koskemaan myös muita HUS-piirin alueita ja kuntia sekä muita potilasryhmiä.

Toimenpide-ehdotukset:

Toimintaprosessien osalta ehdotetaan, että

- 10. psykiatrisen terveydenhuollon perusprosessit on määriteltävä yhdenmukaisesti.** Psykiatrisessa terveydenhuollossa on kaikkien potilasryhmien joukossa kaksi keskeistä ja kustannuksiltaan merkittävää potilasryhmä-pohjaista hoitokokonaisuutta; (1) skitsofreniapotilaiden ja (2) masennus-potilaiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Hoitokäytännöt em. potilasryhmissä poikkeavat HUS-piirin alueella toisistaan. Po. potilasryhmien tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen tehostamiseksi tulisi ainakin skitsofrenian ja masennuksen hoidon tutkimus-, hoito- ja kuntoutusprosessit määritellä vaikuttavuudeltaan hyvän, mutta myös kustannus-tekokkaan, yhtenäisen toiminnan aikaansaamiseksi. Prosessimääritykset on tehtävä consensusperiaatteella yli organisaatorajojen aina sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon toimijoista erikoissairaanhoidon keskitettyihin toimintoihin asti.

Prosessien määrittely ei kuitenkaan sellaisenaan riitä, vaan prosessit on organisoitava ja vastuutettava. Tämä edellyttää eri organisaatio-tahojen välistä sopimusjärjestelmää siitä, mikä kunkin toimijan rooli prosessissa on ja miten se käytännössä toteutetaan. Tästä syystä prosessit tulisi organisoida jo aiemmin mainituiksi palvelulinjoiksi psykiatrisen terveydenhuollon sisällä. Palvelulinjoilla tulee olla määritelty toimenkuva, vastuutus ja yhteinen näkemys toiminnan kehittämiseksi. Prosessien määrittely kuuluu psykiatrian alueellisen ohjausryhmän tehtäviin, mutta niiden konkretisoiminen ja käytäntöön vieminen on tehtävä seudullisesti.

Osaamisen kehittämisen ja henkilöstöresurssien käytön osalta ehdotetaan, että

- 11. kaikki nykyresurssien piirissä käytettävissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveystyötä ja psykiatria koskeva osaaminen ja asiantuntemus on kanavoitava palveluiden piiriin kuuluvan väestön käyttöön tasapuolisesti väestöpohjaan suhteutetun mitoituksen mukaisesti riippumatta kunta- ja aluerajoista.** Kunnissa, terveyskeskuksissa ja HUS-piirissä on runsaasti eri tehtävissä ja

organisaatioissa, varsin usein myös kovin pienissä yksiköissä toimivia ammatillisesti hyvän osaamistason omaavia työntekijöitä. Kokonaisvaltaista tietoa heidän määrästään ja asiantuntemuksestaan ei ilman erillistä laajahkoa peruskartoitusta ole saatavissa. Po. työntekijöiden täydennyskoulutuksen tarvetta ei myöskään ole selvitetty, mutta on oletettavaa, että se yhteenlaskettuna muodostuu suureksi. Täydennyskoulutuksen hankkiminen jokaisen yksikön omin neuvoin on erittäin rajoitettua ja myös kallista. Näistä syistä osana HUS-piirin alueen psykiatrisen terveydenhuollon koordinaatiota tulisi kaikki mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon (1) henkilöstö- ja osaamisresurssit sekä (2) täydennys-koulutustilanne kartoittaa. Tämäkin tehtävä kuuluu luontevasti psykiatrian alueellisen ohjausryhmän tehtäviin.

Osaamisen ylläpitoon liittyvää täydennyskoulutusta tulee myös järjestää ja hankkia osaamisprofiilien edellyttämällä tavalla yhteisesti.

Osaamiskartoituksen pohjalta henkilöstöresurssien ohjaus suoritetaan seudullisesti. Henkilöstöresurssien tehokasta ja joustavaa käyttöä varten ehdotetaan muodostettavaksi seudullinen sijaistamis- ja varahenkilöjärjestelmä, ns. henkilöstöpankki.

12. HUS-piirin alueen yksiköissä on pulaa psykiatreista sekä jossain määrin myös eräistä muista koulutetuista erityistyöntekijöistä. Käytettävissä olevan työvoiman entistä tehokkaamman käytön edistämiseksi ehdotetaan, että lääkäreiden ja muun henkilöstön välistä työnjakoa uudistetaan siten, että erikseen määriteltäviä tehtäviä siirretään muun henkilöstön suoritettavaksi. Tällaisia tehtäviä ovat esim. potilaiden hoidontarpeen esiselvitykset, hoitosuunnitelman erikseen määriteltävien osuuksien toteuttaminen, B-lausuntojen ja muiden vastaavien todistusten esivalmistelu jne. Po. tehtävänsiirtoihin liittyvät järjestelyt on kuitenkin huolellisesti kullakin alueella erikseen suunniteltava.

Tietohallinnon osalta ehdotetaan, että

13. kunnissa ja sairaanhoitoalueilla kiirehditään terveydenhuollon aluetietojärjestelmän käyttöönottoa siten, että psykiatrisen terveydenhuollon kaikki tiedot saadaan palvelemaan kuntien, sairaanhoitoalueiden ja Helsingin sairaaloiden potilaiden tutkimus- ja hoitoprosesseja saumattomasti edellä kuvatun toimintamallin ja sitä toteuttavien palvelulinjojen vaatimukset (sekä tietosuoja- ja tietosuojakohdat) huomioon ottaen.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Hoitoketjujen ja prosessien kehittäminen on ollut pitkään päivän puheenaiheena terveydenhuollossa. Prosessiohjauksesta saatavat hyödyt voidaan kuitenkin realisoida vain, jos prosessit organisoitetaan, vastuutetaan ja niitä ohjataan. Siksi valmistelutyön jälkeen prosessit on organisoitava esim. palvelulinjoiksi aiemmin esitetyllä tavalla. Tämän jälkeen myös taloudellisten hyötyjen saamiseen on luotu riittävästi edellytyksiä. Prosessien määrittely sinänsä lisänee hallinnollisia kustannuksia projektiluontoisesti marginaalisesti, mutta niiden vastuullisella toteuttamisella on saatavissa potilaan koko hoitoketjusta aiheutuvia kustannuksia alennettua.

Osaamiskartoituksen ja täydennyskoulutuksen koordinoitu toteuttaminen yhteistyöllä mitä ilmeisimmin johtaa koulutettavakustannuksen alenemiseen ja

tekee samalla mahdolliseksi osaamisen ylläpidon nykyistä suuremmassa laajuudessa.

Seudullisilla työvoimapankeilla on saavutettavissa selkeitä kustannussäästöjä mm. sijaistamiskustannuksissa. Kyseessä on sijais- ja varahenkilöjärjestelmä, jonka piirissä olevat ovat kokoaikaisessa työsuhteessa ja jonka avulla ulkopuolisten sijaisten palkkaamista voidaan vähentää tai jopa kokonaan välttää.

Aluetietojärjestelmän luominen ei ole psykiatrian erilliskustannus, vaan HUS-piirin yleinen tietohallintokustannus. Psykiatrisessa terveydenhuollossa potilasasiakirjatietojen organisaatorajat ylittävä hyödyntäminen merkitsisi laajamittaista rationointia potilaita tutkivien ja hoitavien työajan käytössä.

510

SAIRAAHOITOALUEITA KOSKEVAT TOIMENPIDE-EHDOTUKSET STRATEGIAN TOIMEENPANEMISEKSI

Seuraavassa käsitellään sairaanhoitoalueita koskevat toimenpide-ehdotukset edellisissä luvuissa esiteltyjen strategisten näkemysten toteuttamiseksi. Aluksi esitetään ehdotusten pohjana käytetyt perustelut. Toiminnan volyymia, kustannuksia, laskutusta ym. tunnuslukuja koskevat havainnot perustuvat **liitteenä 8** esittävään erikoissairaanhoidon (avohoito ja sairaalahoito) DRG-ryhmäpohjaiseen aineistoon, jonka on laatinut Antti Hemmi vuoden 2003 tiedoista. Toimenpide-ehdotusten pohjana ovat **liitteessä 7** esittävät suuntaantavat mitoitussluvut, jotka perustuvat Juhani Solantauksen tietoaaineistoon.

Käsittelyjärjestys määräytyy sen perusteella, mitä ongelmakohtia ja yhteistyötarpeita/haasteita sairaanhoitoalueiden kesken on käytettävissä olevan aineiston perusteella ja haastatelukierroksella tullut esiin. Omat kokonaisuutensa tällöin muodostavat läntinen Uusimaa, Hyvinkää-Peijas -alue sekä erikseen Porvoon alue. Lisäksi toteutumassa olevaa pääkaupunkiseudun sairaanhoitoaluetta käsitellään vielä erikseen.

Toimenpiteet Lohjan sairaanhoitoalueella

Perustelut:

Lohjan sairaanhoitoalueen väestö kasvaa noin 10 000:lla vuoteen 2020 mennessä ollen vuonna 2020 yhteensä lähes 90 000 asukasta. Yli 64 vuotiaiden määrä melkein kaksinkertaistuu (kasvu yli 8 000) tuona aikana. Myös nuorempiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa hieman. Lisäksi Lohjan sairaalaa osittain käyttävän Siuntion väkiluku on kasvussa (lähes 1000:lla asukkaalla ollen tilastokeskuksen ennusteen mukaan vuonna 2020 noin 6 000 asukasta.

Lohjan sairaanhoitoalueen seuturakenteessa erottuu suurina kuntina Lohja ja Vihti muiden kuntien ollessa selkeästi pienempiä, jopa niin, että lähipalvelujenkin tuottaminen seudullisesti tai kuntien yhteistoimintana on pienten ja haavoittuvien yksiköiden välttämiseksi perusteltua. Lohjan seudulla eri toimijoiden välinen yhteistyö on varsin kiinteää ja enimmäkseen myönteiseksi koettua.

Psykiatrisen hoidon tarve STAKESin tarvekertoimen mukaan vaihtelee HUS-piirin keskiarvon alapuolelle sijoittuvista luvuista (Lohja, Vihti ja Siuntio) läntisen reuna-alueen kuntien yli keskiarvon sijoittuviin lukuihin, joissa niissäkin kuitenkin tarvekerroin on pienentynyt vuosien 1990 - 2002 välisenä aikana. Voimakkaan muuttoliikkeen kunnissa (Vihti, Siuntio) tarve on sensijaan hieman kasvanut (tiedot; Juhani Solantaus). Mikäli sairauksien insidenssi olisi tulevaisuudessa kasvavan väestön osalta 3 % (väestön ja tarvekehityksen muutoksen arvioitu vaikutus), olisi alueen palveluiden piirissä vuonna 2020 yhteensä n. 300 uutta psykiatrista potilasta. Vuoden 2020 absoluuttisten väestötietojen pohjalta laskien lapsi- ja nuorisopotilaita olisi 600 (kasvu 150) ja aikuispotilaita 2 400 (kasvu 300).

Psykiatristen palvelujen käytössä on tapahtunut merkittävä avohoidon käytön kasvu vuosien 1991 - 2003 välillä. Avohoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt kaikissa kunnissa yli 10% ja sairaanhoitoalueella keskimäärin yli 20 %. Muutos on tapahtunut sekä akuuttipotilaiden avohoidossa että erityisesti

pitkäaikaispotilaiden avohoidossa paria pienen kuntakoon aiheuttamaa poikkeusta lukuunottamatta. Vastaavasti laitoshoidon väestöön suhteutettu käyttö on olennaisesti alentunut (tiedot; Juhani Solantaus).

Toiminnan volyymin ja tunnusluvuista DRG-pohjaisten tietojen mukaan (luvut poikkeavat laskentaperusteiltaan jonkin verran mitoitusterusteina käytettävistä, nykyisten tilastoperusteiden mukaisista luvuista) voidaan todeta, että Lohjan alueen psykiatrisen erikoissairaahoidon potilaiden määrä on vuonna 2003 noin 2 300, omavaraisuusaste 85 %, avohoidon osuus 36 %, laskutusarvo n. 10,8 milj.euroa eli 137 euroa/asukas ja 4 600 euroa/potilas (tiedot; Antti Hemmi).

Palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta on todettava, että vanhan keskusmielisairaalarjestelmän ohjaama palvelujen käyttö (Kellokoskella) on muuttunut ilmeisesti varsin hallitulla tavalla kunnissa ja sairaanhoitoalueella annettaviksi, pääosin avohoidon ja sairaalahoidon välimuotoisiksi palveluiksi, kuten esim. kuntoutuskotipalveluiksi ja onnistuneella tavalla toteutetuksi intervallihoidoksi.

Lohjan sairaanhoitoalueen vaihteleva kuntakoko ja seuturakenne puoltaisi (mm. kansallisen terveysprojektin väestöpohjattavien noudattamiseksi) seudun terveydenhuoltoyksiköiden kokoamista terveydenhuoltoalueeksi, niin kuin Raimo Kekkonen valmistelemissä selvityksissä todetaan. Tämä merkitsee sitä, että toimintamallikuvauksessa luetellut lähipalvelut tuotettaisiin yhden, yhteisen toiminta-organisaation toimesta. On kuitenkin huomattava, että vaikka tuottamisvastuu määritellään seudulliselle toimijalle kuuluvaksi, tulee lähipalvelut tästä huolimatta sijoittaa fyysisesti kuntien nykyisten terveyskeskusten yhteyteen. Samoin tulee Lohjan lisäksi Vihdin kuntaan sijoittaa psykiatrisen avohoidon palveluita nykyiseen tapaan väestöpohjan tarjotessa sille hyvät edellytykset.

Toimintamallikuvauksessa nimetyt seudulliset palvelut tulee tuottaa Lohjan sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon toimesta tai mahdollisesti muodostettavan terveydenhuoltoalueen yhteisorganisaation toimesta. Tämä merkitsee useiden, nykyisin kunnissa tuotettavien palvelujen siirtämiseen seudullisesti tuotettaviksi, mutta se johtaa myös kustannustehokkaaseen ja henkilöstöpolitiikaltaan nykyistä hallitumpaan toimintaan. Seudullisten palvelujen tuottajina toimivat Lohjan sairaala, Paloniemen sairaala sekä sairaanhoitoalueen avohoidon piiriin kuuluvat toimintayksiköt.

Seudullisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon ja vastaavien muiden seudullisten palvelujen toimintamalliin kuuluvien yksiköiden palvelutuotannon tulee kuitenkin "jalkautua" kuntiin sijoitettavaksi sen mukaan, mitä asiasta kuntien kanssa sovitaan. Osa yksiköistä voi olla luonteeltaan "liikkuvia", jolloin seudullisten palvelujen tuottamisesta huolehtiva henkilöstö kiertää seudun kunnissa.

Lyhyen aikavälin toimenpiteet:

Lyhyen aikavälin (<5 vuotta) toimenpiteinä esitetään seuraavaa:

1. Konsultti katsoo, että Lohjan alueen toimintamallikuvauksen mukaisissa lähipalveluissa mitä ilmeisimmin tarvittaisiin väestönkehityksen johdosta sekä myös perusterveydenhuollon potilasvirrassa lisääntyneiden mielenterveysongelmien varhaistoteamisen ja aikaisen hoitonohjauksen varmistamiseksi lisää terveyskeskusten yhteydessä toimivia psykiatrisia mielenterveystyöntekijöitä. Aiemmin esitetyn mitoitusterusteen mukaan kokonaistarve olisi 5.

2. Konsultti katsoo, että Lohjan seudun kuntien perusterveydenhuolto ja sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon tulisi jatkossa koota yhteen seudulliseksi kokonaisuudeksi, terveydenhuoltoalueeksi. Tämä on erityisen perusteltua myös mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa koskevien järjestelyiden näkökulmasta. Järjestely tekee mahdolliseksi sosiaali- ja terveystoimen normaaleihin palveluihin kuuluvien, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaisten mielenterveystyön lähipalvelujenkin tuottamisen yhden seudullisen toimijan toimesta. Tästä huolimatta lähipalvelut tulee tuottaa fyysisesti kunnissa. Samalla on varmistettava terveyskeskuksissa toimivan mielenterveystyöntekijän (psykiatristen erikoissairaanhoitajan, depressiohoitajan tms. erikoistuneen työntekijän/työntekijöiden) resurssit. Terveyskeskuksissa on jo nykyisin po. erityistyöntekijöitä, mutta toimintamallikuvauksen mukaisesti po. työn koordinointi, muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa vaatii yhteistä seudullista ohjausta. Väestönkasvun ja ikärakenteen kehityksen mukaiseen lisäresurssointiin on myös varauduttava. Mitoitus tulee kuitenkin huolellisesti ja yhdenmukaisin perustein arvioida osana seudullista koordinaatioyhteistyötä.

Mikäli terveydenhuoltoaluetta tai muuta seudullista yhteisorganisaatiota ei muodostu, olisi pienten kuntien osalta tästä huolimatta tavoiteltava lähipalvelujen yhteistä tuottamisorganisaatiota kuntien välisin sopimuksin tai jollakin muulla tavoin (esim. liikelaitosmalli) yhteinen palvelutuotanto organisoimalla.

3. Seudullisesti tuotettavat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset palvelut kuuluvat sairaanhoitoalueen tai muodostettavan terveydenhuoltoalueen tuotettaviksi. Osa em. palveluista tuotetaan nykyisin kuntien toimesta. Tästä syystä ehdotetaan, että kaikki toimintamallin mukaiset seutupalvelut siirretään sairaanhoitoalueen organisaatioon tai terveydenhuolto-alueeseen. Vaikka po. palveluiden tuottajana toimii sairaanhoito-alue/terveydenhuoltoalue, tulee merkittävä osa palveluista edelleenkin tuottaa fyysisesti kuntiin sijoitettuna.

Seuraavat seudulliset palvelut tuotetaan Lohjan sairaanhoitoalueen/terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimesta:

- a. psykiatristen akuuttien kriisien päivystys- ja vastaanotto-osaston palvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen yksiköiden toimesta koko sairaanhoitoalueen väestölle sekä Siuntiolle sopimuksen mukaan,
- b. aikuispsykiatriset poliklinikkapalvelut, joita tuotetaan kuntiin sijoitetuilla poliklinikoilla. Poliklinikoiden tulisi olla integroituja, vastaanottojen (ent. mielenterveystoimistot), A-klinikoiden ja perheneuvoloiden/perhetyöntekijöiden muodostamia yksiköitä,
- c. lastenpsykiatrian poliklinikkapalveluista, jotka tuotetaan Lohjan sairaalassa; lastenpsykiatristen toiminnan tulee toimia kiinteässä yhteistyössä psykiatristen poliklinikoiden perheneuvolatoiminnan työntekijöiden kanssa
- d. nuorisopsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan Lohjan keskitetysti sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatrian poliklinikan

toimesta. Poliklinikan yhteistyö Tammiharjun sairaalan nuorisopsykiatrian yksikköön tulee olla kiinteä

- e. vanhuspsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan keskitetysti sairaanhoitoalueen po. poliklinikan toimesta,
- f. aikuis- ja vanhuspsykiatrian akuutin osastohoidon palvelut, jotka tuotetaan Paloniemen sairaalassa,
- g. pitkäaikaishoidon osastopalvelut, jotka tuotetaan Paloniemen sairaalassa lukuun ottamatta vaikeahoitoisten psykoottisten potilaiden pitkäaikaishoitoa ja kuntoutusta, jotka palvelut ehdotetaan tuotettaviksi sopimus pohjaisesti Tammiharjun sairaalassa. Näiden potilaiden määrä on vähäinen
- h. katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon piiriin kuuluvat erikoishoidon toiminnot, joiden organisointi keskitetyksi seudulliseksi palveluksi ja sijoittuminen seudulla on erikseen kokonaisvaltaisesti suunniteltava,
- i. psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen kuntoutuskodeissa. Erikseen on myös selvitettävä seudullisesti, tulisiko sekundaarikuntoutuksen piiriin kuuluvat, lähipalveluina järjestettävät mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut tuottaa seudullisen toimijan toimesta,
- j. muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut, jotka tuotetaan Lohjan sairaalasta.

Seudullisesti tuotettavien palveluiden tulee muodostaa selkeästi johdettu kokonaisuus, joka erityisesti avohoitoyksiköiden osalta myös varautuu joustavaan konsultaatioiden antamiseen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille sekä toimimaan liikkuvina palveluina. Samoin seutupalvelujen kokonaisuuden puitteissa on voitava joustavasti antaa tukitoimia tilapäisiin työvoima- ja sijaistamisongelmiin seudun hajautetuille pisteille ja tarvittaessa myös lähipalveluille.

- 4. Lohjan sairaanhoitoalueen seuraavat palvelut ehdotetaan tuotettavaksi Tammiharjun sairaalasta:
 - nuorisopsykiatriset päivystyspalvelut sekä vaikeahoitoisten nuorten ja lasten erityispalvelut sairaalahoidossa,
 - vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa,
 - vaikeahoitoisten aikuisten ja nuorten kaksois- (ja kolmois-) diagnoosipotilaiden hoito
- 5. Lohjan sairaanhoitoalueelta keskitetään nykyisen käytännön mukaan edelleenkin toimintamallin mukaiset koko HUS-piirissä keskitettävät palvelut Kellokosken sairaalaan ja HUSin psykiatrian tulosalueelle. Asiaan palataan jäljempänä.
- 6. Lohjan sairaanhoitoalueelle muodostetaan psykiatrisen terveydenhuollon ohjausryhmä, johon kuuluvat sairaanhoitoalueen kuntien

sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön edustus sekä sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen edustus, ja jonka tehtävänä on seudullisesti ohjata ja koordinoita seudun mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa. Ohjausryhmä on tarpeen myös siinä tilanteessa, että terveydenhuoltoalue muodostuu. Tällöin ohjausryhmä toimii terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimialan tai muuksi nimetyn vastaavan organisaatioyhtymän johtoryhmänä. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii sairaanhoitoalueen psykiatrian tuloyksikön/toimialan johtaja. Ohjausryhmän toiminnassa on kuitenkin otettava huomioon kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon piirissä järjestettävä mielenterveystyö.

Pitkän aikavälin toimenpiteet:

Pitkän aikavälin (5 – 20 vuotta) toimenpiteinä ehdotetaan seuraavaa:

7. Lohjan seudun psykiatrisen terveydenhuollon keskuksena tulee jatkossakin toimia nykyisen Lohjan sairaanhoitoalueen/terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimialan, jonka toiminnot sijaitsevat nykyisin varsin hajautettuina. Pitkällä aikavälillä on kuitenkin tähdittävä toimintamalliin, jossa psykiatria toimii nykyistä integroidummin Lohjan sairaalan yhteydessä. Tästä syystä ehdotetaan, että Lohjan sairaalan lisärakennussuunnitelmat toteutetaan siten, että ne mahdollistavat Paloniemen sairaalasta luopumisen psykiatrisena sairaalana. Tuleva sairaalapaikkatarve koko Lohjan alueen seudullista psykiatria varten tulee arvioida kriittisesti siten, että tehostetun avohoidon, kotiin tuotettavien palveluiden ja koko palveluverkon kapasiteetti otetaan huomioon sairaansijatarvetta korvaavana tekijänä. Sairaansijamäärän Lohjan sairaalaan sijoitettavan yksikön osalta tulisi olla nykyistä sairaansijamäärää pienempi. Tämäkin edellyttää kuitenkin 5 – 10 vuoden tähtäimellä rakentamista ja tilajärjestelyjä Lohjan sairaalan yhteydessä, mihin ei ehkä tämän päivän tilanteessa nähdä mahdollisuuksia, mutta jotka investointitarpeet on joka tapauksessa ratkaistava Paloniemen sairaalan tuleviin saneeraus- ja peruskorjaustarpeisiin suhteuttaen. Kysymys Tammiharjun sairaalan käyttämisestä Lohjan sairaanhoitoalueen sairaalana ei tue seudullista palvelukokonaisuutta. Seudullisen palvelukokonaisuuden toimivuudesta saatavat käyttökustannus-hyödyt mitä ilmeisimmin kattavat investointikustannukset. Erittäin tärkeänä näkökohtana on myös otettava huomioon nykyaikaisen integroidun toimintamallin hyödyt sekä potilaiden luonnolliset palvelunhakutottumukset.

Paloniemen sairaalan käytöstä psykiatrisessa terveydenhuollossa ehdotetaan luovuttavaksi. Kiinteistön käyttö on ratkaistava omistajakuntien tarpeiden pohjalta.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset

Toimintamallin mukaisen palvelujärjestelmän mitoitusta edellyttää vuoteen 2020 mennessä varautumista noin 300 aikuispotilaan ja noin 150 lapsi- ja nuorisopotilaan lisätarpeeseen. Laskennallisesti tämä edellyttää nykyisen 11,4 milj. euron käyttökustannuksen kohoamista 12,3 milj. euroon (vuoden 2003 rahanarvossa). Samalla kuitenkin toimintamallin mukaisten mitoituserusteiden mukaan potilaskohtainen kustannus alentuisi nykyisestä 4 500 eurosta 4 100 euroon vuonna 2020.

Lohjan sairaalan yhteyteen rakennettavan lisärakennuksen nykyinen kustannusarvio on 11 milj. euroa. Mikäli potilaskohtaisen yksikkökustannuksen alenemaan em. laskennan mukaan päästäisiin, olisi investointi katettu viidessä vuodessa. Mikäli Paloniemen sairaalasta luopuminen voitaisiin toteuttaa kiinteistö myymällä, saisivat omistajakunnat myyntituoton (euromääräisen arvion tekeminen on erittäin vaikeaa).

Toimenpiteet Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella

Perustelut:

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen väestö kasvaa tilastokeskuksen ennusteen mukaan n. 1 400:lla vuoteen 2020 mennessä ollen vuonna 2020 yhteensä n. 50 000 asukasta. Yli 64 -vuotiaiden määrä kasvaa runsaasti (lähes 5 000:lla) tuona aikana. Nuorempiin ikäluokkiin kuuluvien määrä vähenee jonkin verran. Lisäksi on otettava huomioon, että Lohjan sairaalaa osittain käyttävän Siuntion väkiluku on kasvussa (lähes 1000:lla asukkaalla ollen tilastokeskuksen ennusteen mukaan vuonna 2020 noin 6 000 asukasta. Siuntion em. luvut sisältyvät sairaanhoitoalueen väestötietoihin, vaikka merkittävä osa väestöä käyttää Lohjan sairaanhoitoalueen palveluja.

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen seuturakenteessa on merkille pantavaa se, että minkään kunnan väkiluku ei ylitä 15 000. Lisäksi voidaan todeta, että myöskään minkään kunnan asukasluku ei alita 5000 asukasta. Väestöpohjat merkitsevät kuitenkin sitä, että kansallisen terveysprojektin määrittelemiin väestöpohjiin ei yllätä missään kunnassa, joten lähipalvelujenkin tuottaminen seudullisesti tai kuntien yhteistoimintana on pienten ja haavoittuvien yksiköiden välttämiseksi perusteltua. Tästä syystä käynnissä oleva Raaseporin seudullisen terveyskeskuksen muodostaminen on kannatettavaa. Asiaan palataan jäljempänä.

Psykiatrisen hoidon tarve STAKESin tarvekertoimen mukaan on Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella selvästi (> 10 %) HUS-piirin keskiarvon yläpuolella (Siuntiota lukuunottamatta). Tarveluvut ovat kuitenkin alentuneet jonkin verran vuoden 1990 tasoon verrattuna. Tilanteeseen vaikuttanee alueen ikärakenne, jossa vanhusten osuus on selvästi suurempi kuin muilla sairaanhoitoalueilla (tiedot; Juhani Solantaus). Mikäli sairauksien insidenssi olisi tulevaisuudessa lisäväestön osalta 3 % (väestön ja tarvekehityksen muutoksen arvioitu vaikutus), olisi alueen palveluiden piirissä vuonna 2020 yhteensä n. 40 uutta psykiatrista potilasta (insidenssi). Absoluuttisista väestötiedoista vuonna 2020 laskien Länsi-Uudenmaan alueella tulisi varautua 180 aikuispotilaan lisääntymiseen, mutta samalla myös lapsi- ja nuorisopotilaiden määrän pienenemiseen noin 30:lla (prevalenssi).

Psykiatristen palvelujen käytössä tapahtunut kehitys poikkeaa muideen sairaanhoitoalueiden tilanteesta. Avohoidon osuus ei ole lisääntynyt, vaan päinvastoin vähentynyt. Syynä näyttäisi osittain olevan alueen väestön ikääntymiskehitys, mutta mitä ilmeisimmin avohoidon ja sairaalahoidon resurssien välisessä suhteessa ei ole tapahtunut sellaista muutosta kuin muilla alueilla (tiedot; Juhani Solantaus).

Toiminnan volyymin ja tunnuslukuista DRG-pohjaisesti laskettuina (luvut poikkeavat laskentaperusteiltaan jonkin verran mitoitusterusteena käytettävistä tilastoluvuista) voidaan todeta, että Länsi-Uudenmaan alueen psykiatrisen erikoissairaahoidon potilaiden määrä on vuonna 2003 noin 1 100, omavaraisuusaste 95 %, avohoidon osuus 26 %, laskutusarvo n. 7,7 milj.euroa eli 157 euroa/asukas ja 6 800 euroa/potilas (tiedot; Antti Hemmi).

Palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta on todettava, että palvelujen käyttö edelleen noudattaa vanhan keskusmielisairaalarjestelmän ohjaamaa linjaa. Tammiharjun sairaala on edelleen keskeinen palveluntuottaja.

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen suhteellisen pieni kuntakoko puoltaisi (mm. kansallisen terveysprojektin väestöpohjattavotteiden noudattamiseksi) seudun terveydenhuoltoyksiköiden kokoamista terveydenhuoltoalueeksi, mitä Raaseporin terveyskeskusta suunnittelevassa hankkeessa ilmeisesti tavoitellaankin. Tämä merkitsee sitä, että toimintamallikuvauksessa luetellut lähipalvelut voitaisiin jatkossa tuottaa yhden, yhteisen toiminta-organisaation toimesta. On kuitenkin huomattava, että vaikka tuottamisvastuu määrittää seudulliselle toimijalle kuuluvaksi, tulee lähipalvelut tästä huolimatta sijoittaa fyysisesti kuntien nykyisten terveyskeskusten yhteyteen. Sairaanhoitoalue on väestöpohjaltaan ja tarvetasoltaan siinä määrin suuri, että sairaanhoitoalueen liittäminen Lohjan sairaanhoitoalueeseen ei välttämättä tuottaisi seudullisten palvelujen osalta suurtakaan lisäarvoa.

Toimintamallikuvauksessa nimetyt seudulliset palvelut tulee tuottaa Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon toimesta tai mahdollisesti muodostettavan terveydenhuoltoalueen yhteisorganisaation toimesta. Tämä merkitsee useiden, nykyisin kunnissa tuotettavien palvelujen siirtämistä seudullisesti tuotettaviksi, mutta se johtaa myös kustannustehokkaaseen ja henkilöstöpolitiikaltaan nykyistä hallitumpaan toimintaan.

Seudullisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon ja vastaavien muiden seudullisten palvelujen toimintamalliin kuuluvien yksiköiden palvelutuotannon tulee kuitenkin "jalkautua" kuntiin sijoitettavaksi sen mukaan, mitä asiasta kuntien kanssa sovitaan. Osa yksiköistä voi olla luonteeltaan "liikkuvia", jolloin seudullisten palvelujen tuottamisesta huolehtiva henkilöstö kiertää seudun kunnissa.

Lyhyen aikavälin toimenpiteet:

Lyhyen aikavälin (<5 vuotta) toimenpiteinä esitetään seuraavaa:

1. Länsi-Uudenmaan alueen toimintamalli-kuvauksen mukaisissa lähipalveluissa mitä ilmeisimmin tarvittaisiin mielenterveysongelmien varhaistoteamisen ja aikaisen hoitoon-ohjaamisen varmistamiseksi terveyskeskuksissa/terveydenhuolto-alueen lähipalveluissa toimivia psykiatrisia mielenterveystyöntekijöitä aiemmin esitetyn mitoitusperusteen mukaan yhteensä 3,
2. Länsi-Uudenmaan seudun kuntien perusterveydenhuolto ja sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoido tulisi jatkossa koota terveydenhuoltoalueeksi. Tämä johtaisi siihen, että myös sosiaali- ja terveystoimen normaaleihin palveluihin kuuluvat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset mielenterveystyön lähipalvelut tuotettaisiin em. seudullisen toimijan toimesta. Tästä huolimatta lähipalvelut tulee tuottaa fyysisesti kunnissa. Samalla on varmistettava terveyskeskuksissa toimivan mielenterveyshoitajan (psykiatrisen erikoissairaanhoidajan, depressiohoitajan tms. erikoistuneen työntekijän/työntekijöiden) resurssit. Terveyskeskuksissa on jo nykyisin po. erityistyöntekijöitä, mutta toimintamallikuvauksen mukaisesti po. työn koordinointi, muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa vaatii yhteistä seudullista ohjausta. Varsinaista lisäresurssoinnin tarvetta ei seudulla ole, mikäli yhteistoimintaverkosto saadaan toimimaan ja sairaalahoidon

sopeutuksen (mm. Espoon käytön vähenemisestä johtuen) mahdollistamat resurssit uudelleen suunnataan.

Mikäli terveydenhuoltoaluetta tai muuta seudullista yhteisorganisaatiota ei muodostu, olisi pienten kuntien osalta tästä huolimatta tavoiteltava lähipalvelujen yhteistä tuottamisorganisaatiota kuntien välisin sopimuksin tai jollakin muulla tavoin (esim. liikelaitosmalli) yhteinen palvelutuotanto organisoimalla.

3. Seudullisesti tuotettavat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset palvelut kuuluvat sairaanhoitoalueen/terveydenhuoltoalueen tuotettaviksi. Osa em. palveluista tuotetaan nykyisin kuntien toimesta. Tästä syystä ehdotetaan, että kaikki toimintamallin mukaiset seutupalvelut siirretään sairaanhoitoalueen organisaatioon tai terveydenhuolto-alueeseen. Vaikka po. palveluiden tuottajana toimii sairaanhoito-alue/terveydenhuoltoalue, tulee merkittävä osa palveluista edelleenkin tuottaa fyysisesti kuntiin sijoitettuna.

Seudullisten palvelujen tuottaminen koostuu psykiatristen palvelujen osalta:

- a. psykiatristen akuuttien kriisien päivystys- ja vastaanotto-osaston palveluista, jotka tuotetaan Tammiharjun sairaalan toimesta koko sairaanhoitoalueen väestölle sekä Siuntiolle sopimuksen mukaan,
- b. aikuispsykiatrisista poliklinikkapalveluista, joita tuotetaan sairaanhoitoalueen psykiatrisilla poliklinikoilla. Poliklinikoiden tulisi olla integroituja vastaanottojen (ent. mielenterveys-toimistot), A-klinikoiden ja perheneuvoloiden/perhetyöntekijöiden muodostamia yksiköitä. Väestöpohja huomioon ottaen po. poliklinikoita tarvittaisiin alueelle kaksi. Nämä voivat kuitenkin niin sovittaessa jalkautua kunnissa järjestettäväksi vastaanottotoiminnaksi,
- c. lastenpsykiatrian poliklinikkapalveluista, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen lastenpsykiatrian yksikössä. Toiminta tulisi järjestää tiiviissä yhteistyössä perheneuvoltatoiminnan piiriin kuuluvien erityistyöntekijöiden kanssa,
- d. nuorisopsykiatrian poliklinikkapalveluista, jotka tuotetaan nuorisopsykiatrisen yksikön toimesta,
- e. vanhuspsykiatrian poliklinikkapalveluista, jotka tuotetaan alueen vanhuspsykiatrisen poliklinikan toimesta,
- f. aikuis- ja vanhuspsykiatrian akuutin osastohoidon palveluista, jotka tuotetaan Tammiharjun sairaalassa,
- g. pitkäaikaishoidon osastopalvelut, jotka tuotetaan Tammiharjun sairaalassa,
- h. katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon piiriin kuuluvat erikoishoidon toiminnot, joiden organisointi ja sijoittuminen seudulla on erikseen kokonaisvaltaisesti suunniteltava,

518

- i. psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen kuntoutuskodeissa. Erikseen tulisi selvittää, voitaisiinko sekundaarikuntoutuksen piiriin kuuluvat lähipalveluina järjestettävät mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut tuottaa seudullisesti,
- j. muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut, jotka tuotetaan Länsi-Uudenmaan sairaalasta.

Seudullisesti tuotettavien palveluiden tulee muodostaa selkeästi johdettu kokonaisuus, joka erityisesti avohoitoyksiköiden osalta myös varautuu joustavaan konsultaatioiden antamiseen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille sekä toimimaan liikkuvina palveluina. Samoin seutupalvelujen kokonaisuuden puitteissa on voitava joustavasti antaa tukitoimia tilapäisiin työvoima- ja sijaistamisongelmiin seudun hajautetuille pisteille ja tarvittaessa myös lähipalveluille.

4. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelta, Tammiharjun sairaalasta tuotetaan myös keskitettyjä palveluja Länsi-Uudenmaan oman väestön lisäksi myös muille sairaanhoitoalueille. Tällaisia palveluja ovat:

- nuorisopsykiatriset päivystyspalvelut sekä vaikeahoitoisten nuorten ja lasten erityispalvelut sairaalahoidossa, joita tuotetaan Lohjan sairaanhoitoalueelle
- vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa, joita tuotetaan sekä Lohjan että Jorvin sairaanhoitoalueille
- ruotsinkielisten potilaiden palvelut koko HUS-piirille silloin, kun em. ruotsinkielisten palvelujen toteuttaminen omalta alueelta ei ole mahdollista
- vaikeahoitoisten aikuisten ja nuorten kaksois- (ja kolmois-) diagnoosipotilaiden hoito, joita tuotetaan sopimusperusteisesti kaikille HUS-piirin sairaanhoitoalueille. Tämä edellyttää osittain jo perustetun yksikön toiminnan käynnistämistä ja sen toimintamallin ja resurssoinnin yhteistä suunnittelua alueellisessa psykiatrian ohjausryhmässä. Virkatarve voitaneen ilmeisesti toteuttaa nykyisen virkapohjan puitteissa Espoon vähentäessä Tammiharjun sairaalan käyttöä
- Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelta keskitetään nykyisen käytännön mukaan edelleenkin toimintamallin mukaiset koko HUS-piirissä keskitettävät palvelut Kellokosken sairaalaan (kriminaalipotilaat) ja HUSin psykiatrian tulosalueelle (ks. lähemmin toimintamallin, HUSin psykiatrian toimialalle keskitettävät palvelut).

5. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelle muodostetaan psykiatrisen terveydenhuollon ohjausryhmä, johon kuuluvat sairaanhoitoalueen kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön edustus sekä sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen edustus, ja jonka tehtävänä on seudullisesti ohjata ja koordinoita seudun mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa. Ohjausryhmä on tarpeen myös siinä tilanteessa, että terveydenhuoltoalue muodostuu.

Tällöin ohjausryhmä toimii terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimialan tai muuksi nimetyn vastaavan organisaatioyksikön johtoryhmänä. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön/toimialan johtaja. Ohjausryhmän toiminnassa on kuitenkin otettava huomioon kuntien sosiaali- ja perus-terveydenhuollon piirissä järjestettävä mielenterveystyö.

Pitkän aikavälin toimenpiteet:

Pitkän aikavälin (5 – 20 vuotta) toimenpiteinä ehdotetaan seuraavaa:

6. Länsi-Uudenmaan seudun psykiatrisen terveydenhuollon keskuksena tulee jatkossakin toimia nykyisen sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön ja Tammiharjun sairaalan. Pitkällä aikavälillä on kuitenkin tähdättävä toimintamalliin, jossa psykiatrisia toimintoja toimii nykyistä integroidummin Länsi-Uudenmaan sairaalan yhteydessä. Tästä syystä ehdotetaan, että jatkossa selvitetään perusteellisesti, mitä psykiatrisen terveydenhuollon, resurssien käytön kannalta luontevasti Länsi-Uudenmaan sairaalaan sijoitettavaksi soveltuvia toimintoja järjestetään Länsi-Uudenmaan sairaalassa, etenkin jos sairaalan tiloja vapautuu HUS-piiriin suunnitelmien mukaan toimintasiirtojen myötä. Järjestely johtaisi siihen, että osasta Tammiharjun sairaalan nykyisiä tiloja voitaisiin luopua. Tilojen tarvetta vähentää myös Espoon suunnitelma Tammiharjun sairaalan käytön pienentämiseksi. Tärkeätä olisi realisoida vapautuvat tilat tilakokonaisuuksina, jotka tulisi saattaa muuhun kuin HUS-piiriin erikoissairaanhoidon käyttöön.

Espoon käytön vähentämisestä, seudullisista järjestelyistä sekä avohoidon kehittämisestä johtuva, tuleva sairaansijatarve Tammiharjussa on olennaisesti nykyistä pienempi. Vapautuvien tilojen suunnittelu on tarkoituksenmukaista liittää Raaseporin terveydenhuoltoalueen muodostamista koskevaan suunnitteluun.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Toimintamallin mukaisen palvelujärjestelmän mitoitus edellyttää vuoteen 2020 mennessä varautumista noin 180 aikuispotilaan lisätarpeeseen, mutta samalla noin 30 lapsi- ja nuorisopotilaan vähenemiseen. Laskennallisesti tämä johtaa ehdotetun toimintamallin mitoitusperusteiden mukaisesti toimittaessa nykyisen 8,5 milj. euron käyttökustannuksen (sisältää Hangon psykiatrian avohoitoyksikön) alenemista noin 7 milj.euroon (vuoden 2003 rahanarvossa). Samalla myös toimintamallin mukaisten mitoitusperusteiden mukaan potilaskohtainen kustannus alentuisi nykyisestä 5 670 eurosta 4 260 euroon vuonna 2020. Huomattakoon, että po. luvut koskevat Länsi-Uudenmaan alueen omalle väestölle tuotettavia palveluita. Keskitettyjen palvelujen kustannukset ja niiden laskutus on neutraali Länsi-Uudenmaan alueen omien kuntien osalta.

Espoon käytön väheneminen ja toimintamallin mukainen palveluprofiili johtavat siihen, että Tammiharjun sairaalan sairaansijamäärä pienenee. Tämä edellyttää sekä tiloista luopumista että henkilöstöresurssien sopeuttamista ottaen kuitenkin huomioon keskitettyjen toimintojen (esim. kaksoisdiagnoosipotilaat) tarve. Tilojen osalta on suoritettu alustavaa suunnittelua ja sen pohjalta näyttäisi perustellulta, että Tammiharjun sairaala-alueen Dragsvikin puoleinen osa siirtyisi pois HUS-piiriin omistuksesta. Samoin alueen etelälaidan maa-aluetta rakennuskantaa voidaan myydä ulkopuolisille. Sairaalan toiminta uudessa toimintamallissa

keskittyisi alueen keskiosaan ja siinä varsinaiseen päärakennukseen. Em. muutosten euromääräinen arviointi on erittäin vaikeaa, mutta johtaa kuitenkin pääoman realisointiin ja myyntituloihin (tiedot; Anne Priha, Harriet Lind).

Mitä tulee henkilöstömitoituksen tarkistamiseen, on Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella tehty laskelmia ja alustavia suunnitelmia sopeuttamistoimenpiteistä. Po. sopeutus suunnitelmat on kuitenkin tarkasteltava Raaseporin terveydenhuoltoalueen muodostamista koskevan suunnittelutyön yhteydessä, jotta suunniteltavat ratkaisut olisivat sopusoinnussa muiden seudullisten suunnitelmien kanssa.

Hyvinkään sairaanhoitoaluetta koskevat toimenpide-ehdotukset

Perustelut:

Hyvinkään sairaanhoitoalueen väestö kasvaa noin 30 000:lla vuoteen 2020 mennessä ollen vuonna 2020 yhteensä lähes 200 000 asukasta. Yli 64 vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu tuona aikana. Myös nuorempiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen seuturakenne poikkeaa kuntakokonsa puolesta muista sairaanhoitoalueista siinä, että sairaanhoitoalueen kaikki kunnat ovat jo tällä hetkellä väestöpohjaltaan keskisuuria/suurehkoja suomalaisia kuntia. Pienimmän kunnan (Mäntsälä) väestöpohja on n. 17 000 asukasta ja kaikkien muiden kuntien väestöpohja on selkeästi yli 30 000. Todettakoon, että sairaanhoitoalueen seutu poikkeaa jonkun verran Kuuma-seuturakenteesta, mutta sairaanhoitoalueen seuturakennetta mitä ilmeisimmin noudatettaneen terveyspalvelujen osalta.

Psykiatrisen hoidon tarve STAKESin tarvekertoimen mukaan on keskimäärin hieman alle HUS-piirin keskiarvon eikä siinä ole tapahtunut merkittäviä muutoksia vuosien 1990 – 2002 välillä. Mikäli sairauksien insidenssi alueelle tulevan lisäväestön osalta olisi tulevaisuudessa 3 % (väestön ja tarvekehityksen muutoksen arvioitu vaikutus), olisi alueen palveluiden piirissä vuonna 2020 yhteensä n. 900 uutta psykiatrista potilasta. Vuoden 2020 absoluuttisten väestötietojen pohjalta laskien (prevalenssi) lapsi- ja nuorisopotilaita olisi 1 400 (kasvu 550) ja aikuispotilaita 5 250 (kasvu 1 000) (tiedot; Juhani Solantaus).

Psykiatristen palvelujen käytössä on tapahtunut merkittäviä rakenteellisia muutoksia vuosien 1991 – 2003 välillä. Avohoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt 4 – 63 %:n välillä kunnasta riippuen. Muutos on tapahtunut sekä akuuttipotilaiden avohoidossa että erityisesti pitkäaikaipotilaiden avohoidossa. Vastaavasti laitoshoidon väestöön suhteutettu käyttö on olennaisesti alentunut (tiedot; Juhani Solantaus).

Toiminnan volyymin ja tunnusluvusta DRG-pohjaisesti laskettuna (tiedot poikkeavat jonkin verran mitoitustilastustiedoista; mm. Hyvinkään mielenterveystoimisto ei DRG-luvuissa ole mukana) voidaan todeta, että Hyvinkään alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on vuonna 2003 noin 4 400, omavaraisuusaste 92 %, avohoidon osuus 32 %, laskutusarvo n. 19,3 milj.euroa eli 115 euroa/asukas ja 4 400 euroa/potilas (tiedot; Antti Hemmi).

Palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta on todettava, että Kellokosken sairaalalla on perinteisesti ollut keskeinen rooli palvelujen tuottajana. Avohoidon ja kuntien palveluita on kuitenkin kehitetty myös voimakkaasti. Nytemmin

kuitenkin alueen avohoitoverkoston tiivistäminen ja koordinaatio on muodostunut selkeäksi kehittämiskohteeksi.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen suuri kuntakoko merkitsee sitä, että kaikki toimintamallikuvauksessa luetellut lähipalvelut voitaisiin kaikissa sairaanhoitoalueen kunnissa tuottaa kuntien asianomaisten terveyskeskusten toimesta. Mikäli seudun kunnat jatkossa muodostaisivat seudullisen terveyskeskuksen tai yhdessä Hyvinkään sairaalan kanssa terveydenhuoltoalueen, olisi järjestelystä mitä ilmeisimmin kuitenkin saatavissa vielä enemmän lisäarvoa. Jos tähän suuntaan edetään, tuotettaisiin lähipalvelutkin seudullisen organisaation toimesta. Palvelujen tulisi kuitenkin fyysisesti sijoittua po. kuntiin nykyiseen tapaan.

Suuresta kuntakoosta huolimatta toimintamallikuvauksessa nimetyt seudulliset palvelut voitaisiin tuottaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon tai muodostettavan terveydenhuoltoalueen toimesta. Tämä johtaisi myös kustannustehokkaaseen ja henkilöstöpolitiikaltaan nykyistä hallitumpaan toimintaan. Seudullisten palvelujen tuottajina toimivat Hyvinkään sairaala, Kellokosken sairaala sekä näiden avohoidon piiriin kuuluvat toimintayksiköt. Lisäksi Kellokosken sairaalalla on HUS-piirin keskitettyjen palvelujen tuottamistehtäviä jäljempänä todetun mukaisesti.

Seudullisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon ja vastaavien muiden seudullisten palvelujen toimintamalliin kuuluvien yksiköiden palvelutuotannon tulee kuitenkin "jalkautua" kuntiin sijoitettavaksi sen mukaan, mitä asiasta kuntien kanssa sovitaan. Osa yksiköistä voi olla luonteeltaan "liikkuvia", jolloin seudullisten palvelujen tuottamisesta huolehtiva henkilöstö kiertää seudun kunnissa.

Kellokosken sairaala tuottaa paitsi keskitettyjä palveluja sairaanhoitoalueensa ulkopuolisille kunnille, myös seudullisiksi palveluiksi luokiteltavia palveluita Peijaksen alueelle. Aiemmin esitetyn periaatteen mukaan myös nämä palvelut tulisi pitkällä aikavälillä tuottaa Peijaksen sairaalan seudullisten palvelujen piirissä. Asiaan palataan jäljempänä.

Lyhyen aikavälin toimenpiteet:

Lyhyen aikavälin (<5 vuotta) toimenpiteinä esitetään seuraavaa:

1. Hyvinkään alueen toimintamallikuvauksen mukaisissa lähipalveluissa mitä ilmeisimmin tarvittaisiin mielenterveysongelmien varhais-toteamisen ja aikaisen hoitoon ohjaamisen varmistamiseksi terveyskeskuksissa/terveydenhuolto-alueen lähipalveluissa toimivia psykiatrisia mielenterveystyöntekijöitä aiemmin esitetyn mitoitus-perusteen mukaan yhteensä 10,
2. Hyvinkään seudun kuntien perusterveydenhuolto ja sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoido tulisi jatkossa koota yhteen seudulliseksi kokonaisuudeksi, terveydenhuoltoalueeksi. Tämä on erityisen perusteltua myös mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa koskevien järjestelyiden näkökulmasta. Järjestely tekee mahdolliseksi sosiaali- ja terveystoimen normaaleihin palveluihin kuuluvien, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaisten mielenterveystyön lähipalvelujenkin tuottamisen yhden seudullisen toimijan toimesta. Tästä huolimatta lähipalvelut tulee tuottaa fyysisesti kunnissa. Samalla on varmistettava terveyskeskuksissa toimivien mielenterveystyöntekijöiden (psykiatrisen erikoissairaanhoidajan, depressiohoitajan tms. erikoistuneen työntekijän) resurssit. Väestön-

kasvun ja ikärakenteen kehityksen mukaiseen lisäresurssointiin on myös varauduttava. Mitoitus tulee kuitenkin huolellisesti ja yhdenmukaisin perustein arvioida osana seudullista koordinaatioyhteistyötä.

3. Mikäli terveydenhuoltoaluetta tai muuta seudullista yhteisorganisaatiota ei muodostu, olisi tästä huolimatta tavoiteltava lähipalvelujen yhteistä tuottamisorganisaatiota kuntien välisin sopimuksin tai jollakin muulla tavoin (esim. liikelaitosmalli) yhteinen palvelutuotanto organisoimalla. Toimintamallikuvauksen mukaisesti po. työn koordinointi, muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa vaatii yhteistä seudullista ohjausta.
4. Seudullisesti tuotettavat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset palvelut kuuluvat sairaanhoitoalueen tuotettaviksi. Osa em. palveluista tuotetaan nykyisin kuntien toimesta. Tästä syystä ehdotetaan, että kaikki toimintamallin mukaiset seutupalvelut siirretään sairaanhoitoalueen organisaatioon.

Seudullisten palvelujen tuottaminen koostuu psykiatristen palvelujen osalta:

- a. psykiatristen akuuttien kriisien päivystys- ja vastaanotto-osaston palveluista, jotka tuotetaan Kellokosken sairaalassa,
- b. aikuispsykiatrisista poliklinikkapalveluista, joita tuotetaan kuntiin sijoitetuilla poliklinikoilla. Poliklinikoiden tulisi olla integroituja vastaanottojen (ent. mielenterveystoimistot), A-klinikoiden ja perheneuvoloiden/perhetyöntekijöiden muodostamia yksiköitä,
- c. lastenpsykiatrian poliklinikka- ja osastopalveluista, jotka tuotetaan Hyvinkään sairaalassa; psykiatristen poliklinikoiden perheneuvola/perhetyöntekijöiden toiminnan tulisi tapahtua kiinteässä yhteistyössä lastenpsykiatrisen yksikön kanssa,
- d. nuorisopsykiatrian poliklinikkapalveluista, jotka tuotetaan Kellokosken sairaalassa,
- e. vanhuspsykiatrian poliklinikkapalveluista, jotka tuotetaan Kellokosken sairaalassa,
- f. aikuis-, nuoriso- ja vanhuspsykiatrian akuutin osastohoidon palveluista, jotka tuotetaan Kellokosken sairaalassa,
- g. pitkäaikaishoidon osastopalveluista, jotka tuotetaan Kellokosken sairaalassa,
- h. katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon erikoishoidon toiminnot, joiden organisointi ja sijoittuminen seudulla on erikseen kokonaisvaltaisesti suunniteltava,
- i. psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalveluista, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen kuntoutuskodeissa. Lisäksi ehdotetaan harkittavaksi sekundaarikuntoutuksen piiriin kuuluvien mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen tuottamista seudullisesti, vaikka po. palvelut sijoitetaankin kuntiin,

j. muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut, jotka tuotetaan Hyvinkään sairaalasta.

Seudullisesti tuotettavien palveluiden tulee muodostaa selkeästi johdettu kokonaisuus, joka erityisesti avohoitoyksiköiden osalta myös varautuu joustavaan konsultaatioiden antamiseen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille sekä toimimaan liikkuvina palveluina. Samoin seutupalvelujen kokonaisuuden puitteissa on voitava joustavasti antaa tukitoimia tilapäisiin työvoima- ja sijaistamisongelmiin seudun hajautetuille pisteille ja tarvittaessa myös lähipalveluille.

5. Hyvinkään sairaanhoitoalueelle muodostetaan psykiatrisen terveydenhuollon ohjausryhmä, johon kuuluvat sairaanhoitoalueen kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön edustus sekä sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen edustus, ja jonka tehtävänä on seudullisesti ohjata ja koordinoida seudun mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa. Mikäli seudulle muodostuu terveydenhuoltoalue, ohjausryhmä korvautuu alueen psykiatrian johtoryhmällä. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii sairaanhoitoalueen psykiatrian tuloosyksikön johtaja. Ohjausryhmän toiminnassa on kuitenkin otettava huomioon kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon piirissä järjestettävä mielenterveystyö
6. Kellokosken sairaala toimii em. seudullisten tehtävien ohella myös HUS-piirin keskitettyjen palvelujen tuottajana. Näitä palveluita ovat:
 - nuorisopsykiatriset päivystyspalvelut sekä vaikeahoitoisten nuorten erityispalvelut sairaalahoidossa, joita Kellokosken sairaala tuottaa Hyvinkään, Peijaksen ja Porvoon sairaanhoitoalueille
 - vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa, joita Kellokosken sairaala tuottaa Hyvinkään, Peijaksen ja Porvoon sairaanhoitoalueille
 - vaikeahoitoisten kriminaalipotilaiden sairaala-, poliklinikka- ja kuntoutuspalvelut, joita Kellokosken sairaala tuottaa HUS-piirin kaikille sairaanhoitoalueille
7. Tavoitteena on, että Peijaksen sairaanhoitoalueen nykyistä varsin suurta Kellokosken sairaalan seudullisten palvelujen käyttöä vähennetään pitkällä aikavälillä siirtämällä toimintaa Peijaksen sairaalan yhteyteen rakennettaviin tiloihin. Hyvinkään ja Peijaksen alueiden yhteistoiminta po. tavoitteen toteuttamiseksi edellyttää tehostettuja toimenpiteitä. Tätä varten ehdotetaan kahta vaihtoehtoista ratkaisumallia:
 - Kellokosken sairaalan ja Peijaksen alueen psykiatrian toimijoiden kesken suoritetaan perusteellinen yhteistoimintaprosessin arviointi systemaattista prosessien arviointimenetelmää käyttämällä lähtien potilaiden hoitoon tulosta/ ohjaamisesta, varsinaisesta tutkimus- ja hoitoprosessista, avo- ja jatkohoidon piiriin ohjauksesta, kuntoutusvaiheista sekä em. kokonaisuuden tukitoimenpiteistä ja taloudellisista vaikutuksista. Arvioinnin perusteella yhteistoimintaprosessia

parannetaan konkreettisesti ja sen toteutumista seurataan huolellisesti

- Hyvinkään sairaanhoitoalue vuokraa erikseen määriteltävät osastot sekä siirtää näille tarvittavan henkilöstön Peijaksen sairaanhoitoalueelle. Järjestelyn yksityiskohtainen suunnittelu on suoritettava erikseen siten, että osastojen toimintaprofiili ja henkilöstömitoitus vastaa Peijaksen sairaanhoitoalueen tarpeita.

Ensin mainitun vaihtoehdon toteuttaminen edellyttää ulkopuolista ohjausta ja saattaa johtaa siihen, että tarvittavat muutokset toteutuvat suhteellisen hitaasti. Mitä ilmeisimmin tällä vaihtoehdolla ei voitaisi kuitenkaan toteuttaa avo- ja sairaalahoidon välistä rakennemuutosta riittävän nopeasti, vaan Peijaksen alueen avohoitoa olisi resurssoitava erikseen runsaasti. Tässäkin vaihtoehdossa kuitenkin Kellokosken sairaalan resursseja on pienennettävä, kun Peijaksen alue siirtää potilaita korvaaviin hoitomuotoihin (vrt. Espoon ja Tammiharjun välinen muutos).

Vuokrausvaihtoehto olisi periaatteessa toteutettavissa nopeastikin, mutta senkin onnistumisen edellytys on, että järjestelyn puitteissa sairaansijoilla annettavaa hoitoa kyetään korvaamaan muilla hoitomuodoilla. Vaihtoehto teke kuitenkin mahdolliseksi sen, että potilaiden hoitoprosesseja sairaalahoidon ja avohoitotoimintojen kesken voidaan Peijaksen alueen omin toimin ohjata tehokkaasti. Järjestely johtaa muutoksiin Kellokosken sairaalan osastojärjestelyissä.

Arvioitaessa em. vaihtoehtoja on otettava huomioon, että kyse on rakennemuutoksesta; Peijaksen alue käyttää muihin alueisiin verrattuna varsin paljon rahaa kaiken kaikkiaan psykiatriaan, mutta sen avohoidon osuus on kovin alhainen ja laitoshoidon puolestaan huomattavan korkea. Käytettävää kokonaispanostusta ei tarvitsisi olennaisesti lisätä, mikäli nyt sairaalahoitoon sidotut resurssit voitaisiin hyödyntää avohoitajärjestelmän kehittämisessä. Tällainen muutos onnistuisi parhaiten vuokrausvaihtoehdon toteuttamisella, koska tällöin myös muodostuisivat organisatoriset edellytykset sekä avo- ja sairaalahoidosta muodostuvan kokonaisuuden johtamiseen Peijaksen seudullisessa palvelujärjestelmässä.

8. Hyvinkään sairaanhoitoalueelta keskitetään nykyisen käytännön mukaan edelleenkin toimintamallin mukaiset koko HUS-piirissä keskitettävät palvelut (Kellokosken sairaalaan) ja HUSin psykiatrian toimialalle (ks. lähemmin HUSin psykiatrian toimialaa koskevat ehdotukset)

Pitkän aikavälin toimenpiteet:

Pitkän aikavälin (5 – 20 vuotta) toimenpiteinä ehdotetaan seuraavaa:

9. Peijaksen alueen seudullisen psykiatrian piiriin kuuluvat toiminnot siirretään pitkällä aikavälillä Peijaksen sairaalan yhteyteen. Tämä merkitsee Kellokosken sairaalan toimintavolyymien pienenemistä ja siirtyvää toimintaa vastaavaa henkilöstösiirtoa Peijakseen pitkällä (> 5 vuotta) aikavälillä sekä järjestelyn edellyttämiä muita sopeuttamis-

toimenpiteitä. Samoin järjestely merkitsee Peijaksen lisärakentamista, mihin asiaan palataan jäljempänä

10. Hyvinkään seudun psykiatrisen terveydenhuollon keskuksena tulee jatkossakin toimia nykyisen Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen. Pitkällä aikavälillä on kuitenkin tähdittävä toimintamalliin, jonka mukaan psykiatrian seudullista palvelua on vähitellen saatettava nykyistä lähempään yhteyteen Hyvinkään sairaalan kanssa. Tämä edellyttää pitkällä tähtäimellä (> 10 vuotta) rakentamista ja tilajärjestelyjä Hyvinkäällä, johon ei ehkä tämän päivän tilanteessa nähdä mahdollisuuksia, mutta jotka investointitarpeet on joka tapauksessa ratkaistava Kellokosken ja Ohkolan sairaaloiden tuleviin saneeraus- ja peruskorjaustarpeisiin suhteuttaen. Kellokosken sairaala jäisi pääasiassa useammille sairaanhoitoalueille keskitetysti tuotettavien erityispalvelujen tuottajan rooliin, jolloin sairaalan tila-, henkilöstö- ja muut resurssit on tämän mukaisesti mitoitettava. Pitkällä aikavälillä myös osasta nykyisiä tiloja Kellokosken/Ohkolan kiinteistöissä voidaan luopua

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset

Toimintamallin mukaisen palvelujärjestelmän mitoitus edellyttää vuoteen 2020 mennessä varautumista noin 1 000 aikuispotilaan ja noin 550 lapsi- ja nuorisopotilaan lisätarpeeseen. Laskennallisesti tämä edellyttää nykyisen 21,3 milj. euron käyttökustannuksen kohoamista 27,2 milj.euroon (vuoden 2003 rahanarvossa). Samalla kuitenkin toimintamallin mukaisten mitoituserusteiden mukaan potilaskohtainen kustannus alentuisi nykyisestä 4 180 eurosta 4 100 euroon vuonna 2020. Huomattakoon, että po. luvut koskevat Hyvinkään alueen omalle väestölle tuotettavia palveluita. Keskitettyjen palvelujen kustannukset ja niiden laskutus on neutraali Hyvinkään alueen omien kuntien osalta.

Peijaksen alueen potilaiden siirtyminen pitkällä aikavälillä Peijaksen sairaalan toiminnan piiriin merkitsee Kellokosken sairaalan toiminnan, tilojen ja henkilöstöresurssien sopeuttamista. Järjestely tulee tuolloin erikseen suunnitella. Henkilöstön osalta Kellokosken sairaalan virkapohjasta siirtyä toimintojen siirtymisen edellyttämät virat Peijaksen sairaalaan.

Kellokosken sairaalan tilajärjestelyt on erikseen suunniteltava pitkän aikavälin järjestelyinä siten, että huomioon otetaan myös mahdolliset toimintasiirrot Hyvinkään sairaalan yhteyteen. Tämä suunnittelu ei ole vielä ajankohtaista, mutta merkitsee kuitenkin sitä, että Kellokosken ja Ohkolan sairaaloiden saneeraus- ja peruskorjaustarpeita arvioidaan em. pitkän aikavälin tavoitteen kannalta.

Toimenpiteet Porvoon sairaanhoitoalueella

Perustelut:

Porvoon sairaanhoitoalueen väestö kasvaa noin 8 500:lla vuoteen 2020 mennessä ollen vuonna 2020 yhteensä lähes 100 000 asukasta. Yli 64 vuotiaiden määrä kasvaa yli 8 000:lla tuona aikana. Nuorempiin ikäluokkiin kuuluvien määrä vähenee jonkin verran.

Porvoon sairaanhoitoalueen seuturakenteessa erottuvat suurina kuntina Porvoon kaupunki ja kasvava Sipoo. Muut seudun kunnat ovat verrattain pieniä, joskin niissäkin tapahtuu selkeää kasvukehitystä. Kuntakoko ja seuturakenne viittaavat siihen, että lähipalvelujenkin tuottaminen seudullisesti tai kuntien

yhteistoimintana on pienten ja haavoittuvien yksiköiden välttämiseksi perusteltua. Porvoon seudulla eri toimijoiden välistä yhteistyötä onkin kehitetty myönteisellä tavalla.

Psykiatrisen hoidon tarve STAKESin tarvekertoimen mukaan vaihtelee HUS-piirin keskiarvon alapuolelle sijoittuvista luvuista (Sipoo, Pornainen, Askola) itäisen reuna-alueen kuntien yli keskiarvon sijoittuviin lukuihin, joissa kuitenkin tarvekerroin on pienentynyt vuosien 1990 - 2002 välisenä aikana. Porvoon tarvekerroin on HUS-piirin keskitasoa, mutta hieman kasvanut vuodesta 1990. Mikäli psykiatristen ongelmien esiintyvyys ennustetussa lisäväestössä (insidenssi) olisi nykyistä tasoa, merkitsisi se väestöennustetietojen mukaan n. 250 uuden psykiatrisen potilaan tulemistä hoitojärjestelmään vuoteen 2020 mennessä. Prevalenssilukujen kehitys merkitsisi sitä, että vuoden 2020 absoluuttisten väestötietojen pohjalta laskien lapsi- ja nuorisopotilaita olisi 650 eli nykyinen määrä ja aikuispotilaita 2 700 (kasvu 550) (tiedot; Juhani Solantaus).

Psykiatristen palvelujen käytössä on tapahtunut merkittävä avohoidon käytön kasvu vuosien 1991 - 2003 välillä. Avohoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt suurimmassa osassa kuntia todella merkittävästi, jopa moninkertaistunut. Porvoon kaupungin osalta lisääntynyt on lähinnä pitkäaikaispotilaiden avohoidon käyttö. Muissa kunnissa muutos on tapahtunut enimmäkseen akuuttipotilaiden avohoidossa. Vastaavasti laitoshoidon väestöön suhteutettu käyttö on alentunut (tiedot; Juhani Solantaus).

Toiminnan volyymin ja tunnusluvusta DRG-pohjaisen laskennan pohjalta (tiedot poikkeavat nykyisestä tilastoaineistosta, jota käytetään tässä selvityksessä mitoituksen pohjana) voidaan todeta, että Porvoon alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on vuonna 2003 noin 2 850, omavaraisuusaste 76 %, avohoidon osuus 41 %, laskutusarvo n. 10,5 milj.euroa eli 115 euroa/asukas ja 3 700 euroa/potilas (tiedot; Antti Hemmi).

Palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta on todettava, että vanhan keskusmielisairaalahjärjestelmän ohjaama palvelujen käyttö (Tammiharjun sairaalassa) on muuttunut ilmeisesti varsin hallitulla tavalla kunnissa ja sairaanhoitoalueella annettaviksi, pääosin avohoidon ja kuntien perusterveydenhuollon palveluiksi. Porvoon alue on yhdessä Jorvin alueen kanssa avohoitovaltaisain HUS-piirin alueista. Porvoon alueen sairaalahoidon mitoitus on myös varsin pieni.

Porvoon sairaanhoitoalueen vaihteleva kuntakoko ja seuturakenne puoltaisi (mm. kansallisen terveysprojektin väestöpohjatavoitteiden noudattamiseksi) seudun terveydenhuoltoyksiköiden kokoamista terveydenhuoltoalueeksi, niin kuin on suunniteltu Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitopiirien osalta. Tämä merkitsisi sitä, että toimintamallikuvauksessa luetellut lähipalvelut tuotettaisiin yhden, yhteisen toiminta-organisaation toimesta. On kuitenkin huomattava, että vaikka tuottamisvastuu määritellään seudulliselle toimijalle kuuluvaksi, tulee lähipalvelut tästä huolimatta sijoittaa fyysisesti kuntien nykyisten terveyskeskysyksiköiden yhteyteen. Samoin tulee Porvoon lisäksi Sipoon kuntaan sijoittaa psykiatrisen avohoidon palveluita nykyiseen tapaan väestöpohjan tarjotessa sille hyvät edellytykset.

Toimintamallikuvauksessa nimetyt seudulliset palvelut tulee tuottaa Porvoon sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon toimesta tai mahdollisesti muodostettavan terveydenhuoltoalueen yhteisorganisaation toimesta. Tämä merkitsee joidenkin, nykyisin kunnissa tuotettavien palvelujen siirtämiseen

seudullisesti tuotettaviksi, mutta se johtaa myös kustannustehokkaaseen ja henkilöstöpolitiikaltaan nykyistä hallitumpaan toimintaan.

Seudullisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon ja vastaavien muiden seudullisten palvelujen toimintamalliin kuuluvien yksiköiden palvelutuotannon tulee kuitenkin "jalkautua" kuntiin sijoitettavaksi sen mukaan, mitä asiasta kuntien kanssa sovitaan. Osa yksiköistä voi olla luonteeltaan "liikkuvia", jolloin seudullisten palvelujen tuottamisesta huolehtiva henkilöstö kiertää seudun kunnissa.

Lyhyen aikavälin toimenpiteet:

Lyhyen aikavälin (<5 vuotta) toimenpiteinä esitetään seuraavaa:

1. Porvoon alueen toimintamallikuvauksen mukaisissa lähipalveluissa mitä ilmeisimmin tarvittaisiin mielenterveysongelmien varhais-toteamisen ja aikaisen hoitoon ohjaamisen varmistamiseksi terveyskeskuksissa/terveydenhuoltoalueen lähipalveluissa toimivia psykiatrisia mielenterveystyöntekijöitä aiemmin esitetyn mitoitus-perusteen mukaan yhteensä 5,
 2. Porvoon seudun kuntien perusterveydenhuolto ja sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon tulisi jatkossa koota yhteen seudulliseksi kokonaisuudeksi, terveydenhuoltoalueeksi. Tämä on erityisen perusteltua myös mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa koskevien järjestelyiden näkökulmasta. Järjestely tekee mahdolliseksi sosiaali- ja terveystoimen normaaleihin palveluihin kuuluvien, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaisten mielenterveystyön lähipalvelujenkin tuottamisen yhden seudullisen toimijan toimesta. Tästä huolimatta lähipalvelut tulee tuottaa fyysisesti kunnissa. Samalla on varmistettava terveyskeskuksissa toimintamallin mukaisten mielenterveystyöntekijöiden resurssit. Terveyskeskuksissa on nykyisin muitakin erityistyöntekijöitä, mutta toimintamallikuvauksen mukaisesti po. työn koordinointi, muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa vaatii yhteistä seudullista ohjausta. Mitoitus tulee huolellisesti ja yhdenmukaisin perustein arvioida osana seudullista koordinaatioyhteistyötä.
- Mikäli terveydenhuoltoaluetta tai muuta seudullista yhteisorganisaatiota ei muodostu, olisi pienten kuntien osalta tästä huolimatta tavoiteltava lähipalvelujen yhteistä tuottamisorganisaatiota kuntien välisin sopimuksin tai jollakin muulla tavoin yhteinen palvelutuotanto organisoimalla.
3. Seudullisesti tuotettavat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset palvelut kuuluvat sairaanhoitoalueen tai muodostettavan terveydenhuoltoalueen tuotettaviksi. Osa em. palveluista tuotetaan nykyisin kuntien toimesta. Tästä syystä ehdotetaan, että kaikki toimintamallin mukaiset seutupalvelut siirretään sairaanhoitoalueen organisaatioon tai terveydenhuoltoalueeseen. Vaikka po. palveluiden tuottajana toimii sairaanhoitoalue/terveydenhuoltoalue, tulee merkittävä osa palveluista edelleenkin tuottaa fyysisesti kuntiin sijoitettuna.

Seuraavat seudulliset palvelut tuotetaan Porvoon sairaanhoitoalueen/terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimialan (tulosalueen) toimesta:

- a. psykiatristen akuuttien kriisien päivystys- ja vastaanotto-osaston palvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen yksiköiden (Porvoon sairaala/Kevätkummun sairaala) toimesta koko sairaanhoitoalueen väestölle,
- b. aikuispsykiatriset poliklinikkapalvelut, joita tuotetaan psykiatrian poliklinikoilla. Poliklinikoiden tulisi olla integroituja vastaanottojen (ent. mielenterveystoimistot), A-klinikoiden ja perheneuvoloiden/perhetyöntekijöiden muodostamia yksiköitä,
- c. lastenpsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan Porvoon sairaalassa; lastenpsykiatrisen toiminnan tulee toimia kiinteässä yhteistyössä psykiatristen poliklinikoiden perheneuvoltatoiminnan työntekijöiden kanssa,
- d. nuorisopsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan keskitetysti Porvoon sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatrian poliklinikan toimesta. Poliklinikan yhteistyö Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatrian yksikköön tulee olla kiinteä,
- e. vanhuspsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan keskitetysti sairaanhoitoalueen po. poliklinikan toimesta,
- f. aikuis- ja vanhuspsykiatrian akuutin osastohoidon palvelut, jotka tuotetaan Porvoon sairaalassa,
- g. pitkäaikaishoidon osastopalvelut, jotka tuotetaan Kevätkummun sairaalassa lukuunottamatta, vaikeahoitoisten psykoottisten potilaiden pitkäaikaishoitoa ja kuntoutusta, joka ehdotetaan tuotettavaksi sopimus pohjaisesti Kellokosken sairaalassa,
- h. katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon piiriin kuuluvat erikoishoidon toiminnot, joiden organisointi keskitetyksi seudulliseksi palveluksi ja sijoittuminen seudulla on erikseen kokonaisvaltaisesti suunniteltava,
- i. psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen kuntoutuskodeissa. Samoin suositellaan harkittavaksi sekundaarikuntoutuksen piiriin kuuluvien, lähipalveluina järjestettävien mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen tuottamista kuntien yhteistyönä/terveydenhuoltoalueen/ sairaanhoitoalueen seudullisena palveluna,
- j. muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut, jotka tuotetaan Porvoon sairaalasta.

Seudullisesti tuotettavien palveluiden tulee muodostaa selkeästi johdettu kokonaisuus, joka erityisesti avohoitoyksiköiden osalta myös varautuu joustavaan konsultaatioiden antamiseen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille sekä toimimaan liikkuvina palveluina. Samoin seutupalvelujen kokonaisuuden puitteissa on voitava joustavasti antaa tukitoimia tilapäisiin työvoima- ja sijaistamisongelmiin seudun hajautetuille pisteille ja tarvittaessa myös lähipalveluille.

4. Porvoon sairaanhoitoalueen seuraavat palvelut ehdotetaan tuotettavaksi Kellokosken sairaalasta:
 - nuorisopsykiatriset päivystyspalvelut sekä vaikeahoitoisten nuorten erityispalvelut sairaalahoidossa,
 - vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa,
 - kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut
5. Porvoon sairaanhoitoalueen seuraavat palvelut ehdotetaan tuotettavaksi Tammiharjun sairaalasta
 - vaikeahoitoisten aikuisten ja nuorten kaksois- (ja kolmois-) diagnoosipotilaiden hoito sopimus pohjaisesti,
 - ruotsinkielisten vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa
6. Porvoon sairaanhoitoalueelta keskitetään nykyisen käytännön mukaan edelleenkin toimintamallin mukaiset koko HUS-piirissä keskitettävät palvelut HUSin psykiatrian toimialalle/Lasten ja nuorten sairaalaan. Asiaan palataan jäljempänä.
7. Porvoon sairaanhoitoalueelle muodostetaan psykiatrisen terveydenhuollon ohjausryhmä, johon kuuluvat sairaanhoitoalueen kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön edustus sekä sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen edustus, ja jonka tehtävänä on seudullisesti ohjata ja koordinoida seudun mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa. Ohjausryhmä on tarpeen myös siinä tilanteessa, että terveydenhuoltoalue muodostuu. Tällöin ohjausryhmä toimii terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimialan tai muuksi nimetyn vastaavan organisaatioyksikön johtoryhmänä. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön johtaja. Ohjausryhmän toiminnassa on kuitenkin otettava huomioon kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon piirissä järjestettävä mielenterveystyö.

Pitkän aikavälin toimenpiteet:

Pitkän aikavälin (5 – 20 vuotta) toimenpiteinä ehdotetaan seuraavaa:

8. Porvoon seudun psykiatrisen terveydenhuollon keskuksena tulee jatkossakin toimia nykyisen Porvoon sairaanhoitoalueen/terveydenhuoltoalueen psykiatrian toimialan. Porvoon alueella tulee varautua erityisesti kasvavan vanhusväestön tarpeisiin. Sairaalahoitoon mitoitus on nykyiselläänkin varsin tiukka (vastaanotto-osasto + kuntoutusosasto, yht. 40 hoitopaikkaa). Osastoilla hoidetaan kovin heterogeenistä potilaskuntaa, jonka diagnoosit kattavat psykiatrian erikoisan "laidasta laitaan". Varsinaista vanhuspsykiatrista yksikköä ei ole. Pitkällä aikavälillä olisikin harkittava järjestelyä, jonka puitteissa Porvoon sairaalan tiloihin luotaisiin mahdollisuuksia erikseen määriteltävien, sinne hyvin soveltuvien potilaiden hoitoon. Järjestelyt tulisi toteuttaa siten, että tällä tavoin Kevätkummun sairaalan ja Porvoon sairaalan yhteinen kapasiteetti saataisiin riittämään kasvavan vanhuspsykiatrian tarpeisiin.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset

Toimintamallin mukaisen palvelujärjestelmän mitoitus edellyttää vuoteen 2020 mennessä varautumista noin 550 aikuispotilaan lisätarpeeseen. Laskennallisesti tämä edellyttää nykyisen 11,1 milj. euron käyttökustannuksen kohoamista 13,7 milj. euroon (vuoden 2003 rahanarvossa). Samalla kuitenkin toimintamallin mukaisten mitoitusperusteiden mukaan potilaskohtainen kustannus alentuisi nykyisestä 4 320 eurosta 4 100 euroon vuonna 2020.

Porvoon alueella tulee varautua vanhjuspotilaiden määrän kasvuun ja yhteistyössä alueen terveyskeskusten, Kevätkummun sairaalan ja Porvoon sairaalan kanssa luoda edellytykset hoitotarpeesta selviytymiseen. Järjestely tulee erikseen suunnitella.

Muodostuvaa pääkaupunkiseudun sairaanhoitoaluetta koskevat toimenpiteet

Perustelut:

Käynnissä on keskustelu ja valmistelutyö HUS-piirin säännösten muuttamiseksi tarkoituksena muodostaa HUSin Helsingin sairaaloista, Jorvin sairaalasta ja Peijaksen sairaalasta pääkaupunkiseudun HYKS-sairaanhoitoalue. Uuden sairaanhoitoalueen toimintaa, organisaatiota eikä strategista kehittämistä ei tätä selvitystä laadittaessa ole vielä ehditty linjata. Kun tämän selvityksen piiriin kuitenkin kuuluvat nykyiset Jorvin ja Peijaksen tulosalueet, on selvityksen tekijän mielestä välttämätöntä ottaa kantaa myös HYKS-sairaanhoitoalueen järjestelyihin psykiatrian osalta.

HYKS-sairaanhoitoalueeseen kuuluvien kuntien väestö muodostaa pääosan (73 %) eli 1,04 milj. asukasta HUS-piirin asukasluvusta. Väestön ennustetaan kasvavan vuoteen 2020 mennessä vielä yli 100 000:lla. On ilmeistä, että näin suurta väestöaluetta koskevan organisaation muodostamisessa on ajateltu lähinnä palvelujen tuottajaorganisaatioiden tuotannollis-taloudellista rationaliteettia ja sen johtamista: pääkaupunkiseudun kolmen sairaalan kesken arvellaan saatavan synergiaetuja.

Muutoksen yhteydessä tulee selvitettäväksi, miten väestön palvelujen käyttöä eri yksiköiden kesken ohjataan. Sitä, onko tarkoituksena, että sairaalat yhdennetään divisioonittain johdetuksi yhteisorganisaatioksi vai profiloituvatko ne eri tehtäviin vai tarjotaanko väestölle valintansa mukaisia samoja palveluja kaikissa sairaaloissa vai noudatetaanko sairaaloiden kesken perinteistä porrastusta, ei liene toistaiseksi suunniteltu.

Psykiatrisen terveydenhuollon näkökulmasta sekä kansallisen terveystoiminnan tavoitteena on muodostaa toiminnallisesti ja taloudellisesti sopivan kokoista väestöpohjista seudullisia kokonaisuuksia, joilla toiminta ja resurssien käyttö koordinoidaan. Tätä tarkoitusta ajatellen pääkaupunkiseutu on liian suuri kokonaisuus. Sekä prosessien hallinnan (aina lähipalveluista sairaalahoitoon) että seudullisen palvelukokonaisuuden koordinoimisen näkökulmasta erityisesti psykiatrisessa terveydenhuollossa tarvitaan aluejäsennystä, mihin Jorvin ja Peijaksen alueiden voidaan edelleen katsoa muodostavan sopivat seutukokonaisuudet.

Sairaalahoidonkin osalta seudullisen toiminnan keskittäminen rikkoisi kummallakin alueella hyvin jo kehittyneitä seudullisten palvelujen kokonaisuutta. Mikäli pääkaupunkiseudun osalta tavoitellaan keskittämiskäytäntöjä, on niiden luonnollisesti kohdistuttava myös Helsingin kaupungin

psykiatriseen terveydenhuoltoon, mikä kuitenkin ei kuulu tämän selvityksen piiriin.

Toimenpide-ehdotus:

Pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueen tulevaa toiminnallisen ja hallinnollisen järjestelyn suunnittelua varten ehdotetaan, että

Jorvin ja Peijaksen alueet kumpikin muodostavat pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueella omat seudullisten palvelujen tuottajayksikkönsä nykyisiä Jorvin ja Peijaksen alueita varten. Yksiköillä on oma johtonsa, jonka johtosuhteet uuden HYKS-sairaanhoitoalueen organisaatioon on määriteltävä erikseen sen perusteella, mihin organisaatiomalliin pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueen osalta myöhemmin päädytään. Psykiatriset palvelut tulisi suuren väestöpohjan johdosta myös pääkaupunkiseudulla edelleenkin jäsentää toimintamallikuvauksen mukaisesti lähipalveluihin, seutupohjaisiin palveluihin, joiden tuottamiseen Jorvin ja Peijaksen alueiden nykyinen seuturakenne antaa hyvät mahdollisuudet sekä keskitettyihin palveluihin. Tämä on toteutettavissa niin ns. divisioonamallissa kuin myös useissa muissakin organisaatiomalleissa

Ehdotuksen taloudelliset vaikutukset:

Ehdotuksella ei ole välittömiä taloudellisia vaikutuksia. Kyse on enimmäkseen siitä, että pääkaupunkiseudun organisatorinen järjestely suunnitellaan ja siitä päätetään.

Toimenpiteet Jorvin alueella

Perustelut:

Jorvin alueen väestö kasvaa noin 48 000:lla vuoteen 2020 mennessä ollen vuonna 2020 yhteensä n. 312 000 asukasta. Yli 74-vuotiaiden määrä kasvaa enemmän kuin kaksinkertaiseksi (kasvu lähes 10 000) tuona aikana. Myös nuorempiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa edelleen selkeästi.

Jorvin alueen seuturakenteessa erottuu suurena kaupunkina luonnollisesti Espoo, mutta myös Kirkkonummen asukasluku kasvaa lähes 40 000:een vuoteen 2020 mennessä. Alueella järjestettävien lähipalvelujen sekä seudullisten psykiatristen poliklinikoiden kuin myös muidenkin seudullisten palveluyksiköiden väestöpohjista muodostuu kaikissa tapauksissa varsin suuria. Siuntio ei kuulu Jorvin alueeseen, mutta maantieteellisesti on perusteltua, että osalle Siuntion väestöstä voidaan tuottaa erikseen määriteltäviä palveluja sopimus pohjaisesti Jorvin alueen yksiköistä.

Psykiatrisen hoidon tarve STAKESin tarvekertoimen mukaan on Jorvin alueen kunnissa HUS-piirin pienin, mutta se on Kauniaisten muodostamaa poikkeusta lukuunottamatta kasvanut vuodesta 1990 Tarpeen kasvun voidaan odottaa jatkuvan merkittävän ikärakennemuutoksen johdosta. Mikäli hoidon tarpeen esiintyminen noudattaa lisäväestön (insidenssi) osalta 3 %:n esiintymistä vastaavaa tasoa, merkitsisi Jorvin alueen väestönkasvu n. 1 400 uutta psykiatrista potilasta vuoteen 2020 mennessä. Yhteenlaskettuna vuoden 2020 absoluuttisista väestöennusteluvuista päädytään kokonaispotilasmäärään (prevalenssi), joka merkitsee 2 150 lapsi- ja nuorisopotilasta (kasvua 350) ja 8 150 aikuispotilasta (kasvua peräti 2 450) (tiedot; Juhani Solantaus).

Psykiatristen palvelujen käytössä on tapahtunut merkittävä avohoidon käytön kasvu vuosien 1991 – 2003 välillä. Avohoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt erityisesti akuuttiavohoidossa huomattavasti (yli 30 %). Vastaavasti laitoshoidon väestöön suhteutettu käyttö on olennaisesti alentunut (tiedot; Juhani Solantaus). Todettakoon, että puolet Jorvin alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon henkilöstöstä toimii avohoidossa. Vastaavaa tilannetta ei juuri löydy muualta maastamme.

Toiminnan volyyminista ja tunnusluvuista DRG-pohjaisesti laskettuna (tiedot poikkeavat nykyisestä tilastointitavasta, jota tässä käytetään mitoituskaskelmien pohjana) voidaan todeta, että Jorvin alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on vuonna 2003 noin 7 400, omavaraisuusaste 69 %, avohoidon osuus 41 %, laskutusarvo n. 33,2 milj.euroa eli 126 euroa/asukas ja 4 500 euroa/potilas (tiedot; Antti Hemmi).

Palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta on todettava, että perinteisen keskusmielisairaalarajärjestelmän ohjaama palvelujen käyttö (Tammiharjussa) on muuttunut todella vaikuttavalla tavalla (alueen huomattava väestönkasvu huomioiden) kunnissa ja sairaanhoitoalueella annettaviksi, pääosin avohoidon palveluiksi. Jorvin alueen avohoitajärjestelmää onkin pidettävä kehittyneimpänä HUS-piirin alueella.

Alueen kuntiin on myös kehitetty runsaasti mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon palveluita. Vaikka yhteistyö Jorvin alueen erikoissairaanhoidon kanssa näyttää toimivan hyvin (verkostoprojekti, vauva-perheprojekti, kouluterveydenhuollon varhaistoteamisen ja hyvän depressiohoidon mallin hankkeet yms.) on monitoimijaisessa järjestelmässä edelleenkin koordinoitintarpeita.

Espoon kaupungin päätös vähentää olennaisesti Tammiharjun sairaalan käyttöä on oikeansuuntainen tavoite Jorvin alueen seudullisen koordinaation kannalta, mutta on tärkeätä, että korvaava hoito suunnitellaan perusteellisesti.

Vaikka väestöpohja Jorvin alueella on suuri, olisi tässä selvityksessä kaikille sairaanhoitoalueille määriteltyjen tavoitteiden mukaista, myös Jorvin alueella pyrkiä kokoamaan kaikki mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa toteuttavat resurssit seudullisesti yhteen noudattaen aiemmin esitettyä toimintamallikuvauksista. Tämä merkitsee sitä, että toimintamallikuvauksessa luetellut lähipalvelut tuotettaisiin ns. normaalisuusperiaatteen (tavanomaiset perusterveydenhuollon ja kunnan sosiaalitoimen palvelut) mukaisesti kussakin kunnassa, mutta kuntiin kehitetyt useat erityistyöntekijöiden palvelut keskitettäisiin Jorvin alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tuotetavaksi.

On kuitenkin huomattava, että vaikka tuottamisvastuu määritellään seudulliselle toimijalle kuuluvaksi, tulee palvelut tästä huolimatta sijoittaa fyysisesti kuntien ja niiden osa-alueiden (Espoossa) nykyisten yksiköiden yhteyteen. Samoin seudun yksiköiden tulisi joustavasti jalkautua alueen eri osiin kulloistenkin tarpeiden mukaan. Näin ollen osa palveluista voi olla luonteeltaan ”liikkuvia”, jolloin seudullisten palvelujen tuottamisesta huolehtiva henkilöstö kiertää seudun eri alueilla.

Jorvin alueen keskeinen haaste on ikääntyvän väestön palvelutarpeeseen varautuminen. Muutos tapahtuu kymmenen vuoden sisällä poikkeuksellisen voimakkaana.

Seuraavassa esitettäviä toimenpiteitä tarkasteltaessa konsultti haluaa kiinnittää huomiota siihen, että Jorvin alueella jo tällä hetkellä toimii nykyaikainen, erittäin monipuolinen sekä avohoidon toiminnot että sairaalahoidon

integroiva palvelujärjestelmä, jonka muuttamiseen ei ole olennaisia perusteita. Kehittämisen haasteet liittyvät enemmänkin kasvavaan ja ikääntyvään väestöön sekä palvelujen koordinaation edelleen kehittämiseen.

Lyhyen aikavälin toimenpiteet:

Lyhyen aikavälin (<5 vuotta) toimenpiteinä esitetään seuraavaa:

1. Jorvin alueen palvelujärjestelmä toimii tällä hetkellä varsin hyvin. Toimintamallikuvauksen mukaisissa lähipalveluissa mitä ilmeisimmin tarvittaisiin väestönkehityksen johdosta sekä myös perusterveydenhuollon potilasvirrassa lisääntyneiden mielenterveysongelmien varhaistoteamisen ja aikaisen hoitoonohjaamisen varmistamiseksi lisää terveyskeskusten yhteydessä toimivia psykiatrisia mielen-terveystyöntekijöitä (erikois-sairaanhoitajia/ mielenterveyshoitajia /depressio-hoitajia). Kokonaistarve aiemmin esitetyn mitoituksen mukaan Jorvin alueella on 16,
2. Seudullisesti tuotettavat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset palvelut kuuluvat Jorvin alueen erikoissairaanhoidon tuotettaviksi. Eräitä em. palveluita tuotetaan nykyisin kuntien toimesta. Tästä syystä ehdotetaan, että kaikki toimintamallin mukaiset seutupalvelut siirretään Jorvin alueen organisaatioon. Vaikka po. palveluiden tuottajina toimivat Jorvin erikoissairaanhoidon yksiköt, tulee merkittävä osa palveluista edelleenkin tuottaa fyysisesti kuntiin sijoitettuna joko paikan päällä tuotettuina tai liikkuvina palveluina.

Seuraavat seudulliset palvelut tuotetaan Jorvin alueen psykiatrian toimialan (tulosalueen) toimesta:

- a. psykiatristen akuuttien kriisien päivystys- ja vastaanottoyksikön palvelut, jotka tuotetaan alueen yksiköiden toimesta kaikkien kuntien väestölle sekä Siuntiolle sopimuksen mukaan,
- b. aikuispsykiatriset poliklinikkapalvelut, joita tuotetaan nykyisen sijoitusmallin (Kirkkonummi, Espoon keskus ja Kauniainen sekä neljä muuta osa-aluepoliikklinikkaa Espoossa sekä keskitetyt poliklinikkatoiminnot Jorvin sairaalassa). Poli-klinikoihin ehdotetaan integroitaviksi varsinaiset vastaanotot (ent. mielenterveystoimistot), A-klinikat ja perheneuvolat/ perhetyöntekijät
- c. lastenpsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan Jorvin sairaalassa; lastenpsykiatrisen toiminnan tulee toimia kiinteässä yhteistyössä psykiatristen poliklinikoiden perheneuvoltatoiminnan työntekijöiden kanssa
- d. nuorisopsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan Jorvin sairaalassa keskitetysti koko alueelle ja sopimuksen mukaan Siuntiolle
- e. vanhuspsykiatrian poliklinikkapalvelut, joihin Jorvin alueella tulee varautua tulevinä vuosina nykyistä olennaisesti suuremmalla erillisellä kapasiteetilla tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa,
- f. lastenpsykiatrisen osastohoito Jorvin sairaalassa kaikille alueen kunnille sekä Siuntiolle sopimus pohjaisesti

- g. nuorisopsykiatrisen osastohoito Jorvin sairaalassa kaikille alueen kunnille sekä Siuntiolle sopimuspohjaisesti
- h. aikuis- ja vanhuspsykiatrian akuutin osastohoidon palvelut, joihin Jorvin alueella niinkään tulee varautua tulevina vuosina nykyistä olennaisesti suuremmalla erillisellä kapasiteetilla tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa,
- i. pitkäaikaishoidon osastopalvelut, joiden tarve mitä ilmeisimmin ikärakennemuutoksen myötä tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Erittäin tärkeää on työnjako perusterveydenhuollon laitoshoidon kanssa, mutta pitkällä aikavälillä tarpeeseen on varauduttava seudullisella yksiköllä ottaen huomioon myös Tammiharjun käytön vähentäminen. Vaikeahoitoisten psykoottisten potilaiden pitkäaikaishoitoa ja kuntoutusta ehdotetaan edelleenkin hankittavaksi sopimuspohjaisesti Tammiharjun sairaalasta. Näiden potilaiden määrä ei liene kovin suuri, mutta vastannee noin yhden osaston volyyymia,
- j. katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon piiriin kuuluvat erikoishoidon toiminnot, joiden organisointi keskitetyksi seudulliseksi palveluksi ja sijoittuminen seudulla on erikseen kokonaisvaltaisesti suunniteltava,
- k. psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen kuntoutuskodeissa. Harkittava on myös sitä, että tulisiko sekundaarikuntoutuksen piiriin kuuluvien, lähipalveluina tuotettavien mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut koota seudulliseen organisaatioon
- l. muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut, jotka tuotetaan Jorvin sairaalasta.

Seudullisesti tuotettavien palveluiden tulee muodostaa selkeästi johdettu kokonaisuus, joka erityisesti avohoitoyksiköiden osalta myös varautuu joustavaan konsultaatioiden antamiseen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille sekä toimimaan liikkuvina palveluina. Samoin seutupalvelujen kokonaisuuden puitteissa on voitava joustavasti antaa tukitoimia tilapäisiin työvoima- ja sijaistamisongelmiin seudun hajautetuille pisteille ja tarvittaessa myös lähipalveluille.

3. Jorvin alueen seuraavat palvelut ehdotetaan tuotettavaksi Tammiharjun sairaalasta:
 - vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa,
 - vaikeahoitoisten aikuisten ja nuorten kaksois- (ja kolmois-) diagnoosipotilaiden hoito
4. Jorvin alueelta keskitetään nykyisen käytännön mukaan edelleenkin toimintamallin mukaiset koko HUS-piirissä keskitettävät palvelut Kellokosken sairaalaan ja HUSin psykiatrian toimialalle. Asiaan palataan jäljempänä.

5. Jorvin alueelle muodostetaan psykiatrisen terveydenhuollon ohjausryhmä, johon kuuluvat alueen kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön edustus sekä alueen psykiatrian tulosalueen edustus, ja jonka tehtävänä on seudullisesti ohjata ja koordinoita seudun mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii Jorvin sairaalan psykiatrian tulosyksikön johtaja. Ohjausryhmän toiminnassa on otettava huomioon kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon piirissä järjestettävä mielenterveystyö.

Pitkän aikavälin toimenpiteet:

Pitkän aikavälin (5 – 20 vuotta) toimenpiteinä ehdotetaan seuraavaa:

6. Jorvin alueen psykiatrisessa terveydenhuollossa tulee pitkällä aikavälillä varautua väestönkehityksen ja erityisesti ikärakennemuutoksen aiheuttamaan tarpeen kasvuun. Vanhuspsykiatristen toimintojen kehittämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Mitä ilmeisimmin kymmenen vuoden kuluttua tilanne muuttuu jo ongelmalliseksi.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Toimintamallin mukaisen palvelujärjestelmän mitoitus edellyttää vuoteen 2020 mennessä varautumista noin 2 450 aikuispotilaan sekä 350 lapsi- ja nuorisopsykiatrisen potilaan lisätarpeeseen. Laskennallisesti tämä edellyttää nykyisen 35,2 (+ 2,0 ostopalveluihin) milj. euron käyttökustannuksen kohoamista 42,2 milj.euroon (vuoden 2003 rahanarvossa). Samalla kuitenkin toimintamallin mukaisten mitoituserusteiden mukaan potilaskohtainen kustannus alentuisi nykyisestä 4 960 eurosta 4 100 euroon vuonna 2020.

Jorvin alueella tulee varautua vanhuspotilaiden määrän kasvuun ja yhteistyössä alueen terveystieteiden ja Jorvin sairaalan kanssa luoda edellytykset hoitotarpeesta selviytymiseen. Järjestely tulee erikseen suunnitella.

Toimenpiteet Peijaksen alueella

Perustelut:

Peijaksen alueen väestö kasvaa noin 28 000:lla vuoteen 2020 mennessä ollen vuonna 2020 yhteensä n. 243 000 asukasta. Yli 74-vuotiaiden määrä kasvaa enemmän kuin kaksinkertaiseksi (kasvu yli 10 000) tuona aikana. Myös nuorempiin ikäluokkiin, etenkin nuoriin työikäisiin kuuluvien määrä kasvaa edelleen jonkun verran.

Peijaksen alueen seuturakenne muodostuu noin 190 000 asukkaan Vantaasta ja yli 30 000 asukkaan Keravasta. Näin ollen väestöpohja alueella järjestettävien lähipalvelujen sekä seudullisten psykiatristen poliklinikoiden kuin myös muidenkin seudullisten palveluyksiköiden näkökulmasta muodostuu Vantaan osalta varsin suureksi. Keravankin osalta väestöpohja riittää kansallisen terveysprojektin suositteluksi väestöpohjaksi samoin kuin psykiatrisen poliklinikan toiminta-alueeksi. Seuturakenteesta on todettava, että Vantaa suuntautuu useimmilla aloilla selkeästi pääkaupunkiseutuyhteistyöhön Keravan ollessa mukana myös Kuuma-yhteistyössä. Terveystieteidenhuollon osalta kuitenkin Keravan ja Vantaan kytkeytyminen Peijaksen toimintoihin on muodostunut varsin kiinteäksi.

Psykiatrisen hoidon tarve STAKESin tarvekertoimen mukaan on sekä Vantaalla että Keravalla HUS-piirin keskitasoa, mutta kummankin kaupungin osalta tarpeen kasvua vuoden 1990 tilanteesta on tapahtunut selkeästi. Tarpeen kasvun voidaan odottaa jatkuvan mm. merkittävän ikärakennemuutoksen johdosta. Mikäli hoidon tarpeen esiintyminen noudattaa nykyistä tasoa, merkitsisi Peijaksen alueen väestönkasvu yli 800 uutta psykiatrista potilasta (insidenssi) vuoteen 2020 mennessä. Psykiatristen potilaiden kokonaismäärä (prevalenssi) vuonna 2020 on lapsi- ja nuorisopotilaiden osalta 1 700 (kasvu 600) ja aikuispotilaiden osalta 6 400 (kasvu peräti 1 500) vuoden 2020 absoluuttisista väestöluvusta laskettuna (tiedot; Juhani Solantaus).

Psykiatristen palvelujen käytössä on tapahtunut merkittävä avohoidon käytön kasvu vuosien 1991 – 2003 välillä nimenomaan akuttissa avohoidossa, joskin avohoidon osuus kaiken kaikkiaan ei ole kovin suuresti muuttunut (tiedot; Juhani Solantaus). Väestönkasvu ja tarvetason nousu huomioon ottaen Peijaksen alueen avohoitopalvelut ovat mitoitukseltaan edelleen vähäiset, osin jopa kriittiset. Samoin akuuttien sairaalapalvelujen käyttö Peijaksessa on resursseihin nähden kriittisellä polulla. Kellokosken sairaalan osuus Peijaksen alueen palvelujen tuottajana on edelleen suuri ja nimenomaan pitkäaikaispotilaiden hoidossa näiden sairaalapalvelujen osuus on merkittävä ja kustannuksiltaan kasvanut. Palvelujen käytön rakenteessa on mitä ilmeisimmin vinoutumaa, mitä voitaisiin mm. pitkäaikaispotilaiden hoitojärjestelyillä korjata, mikäli siihen voitaisiin osoittaa resursseja.

Toiminnan volyymin ja tunnusluvusta DRG-pohjaisten tietojen pohjalta (luvut poikkeavat perusteiltaan tässä selvityksessä käytettävästä tilastoaineistosta) voidaan todeta, että Peijaksen alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on vuonna 2003 noin 6 000, omavaraisuusaste 59 %, avohoidon osuus 27 %, laskutusarvo n. 31,3 milj.euroa eli 146 euroa/asukas ja 5 300 euroa/potilas (tiedot; Antti Hemmi).

Palvelujärjestelmän kehittämisen näkökulmasta on todettava, että merkittävä osa perinteisen keskusmielisairaalarjestelmän ohjaamasta palvelujen käytöstä (Kellokoskella) on etenkin akuutti-toiminnan osalta siirtynyt Vantaalla, Keravalla ja Peijaksen sairaalassa annettavaksi, pääosin avohoidon palveluiksi. Samalla kuitenkin on todettava, että huomattavan suuri osa palveluista tuotetaan edelleenkin Kellokosken sairaalasta.

Alueen kuntiin on myös kehitetty runsaasti mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon palveluita. Vaikka kuntien ja Peijaksen alueen erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö näyttää toimivan hyvin, on monitoimijaisessa järjestelmässä edelleenkin koordinoitaitarpeita ja erityisesti Kellokosken sairaalan ja Peijaksen alueen yhteistyötä on tarvetta edelleen kehittää.

Vaikka väestöpohja Peijaksen alueella on suuri, olisi tässä selvityksessä kaikille sairaanhoitoalueille määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti perusteltua myös Peijaksen alueella pyrkiä kokoamaan kaikki mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa toteuttavat resurssit seudullisesti yhteen noudattaen aiemmin esitettyä toimintamallikuvausta. Tämä merkitsee sitä, että toimintamallikuvauksessa luetellut lähipalvelut tuotettaisiin ns. normaalisuusperiaatteen (tavanomaiset perusterveydenhuollon ja kunnan sosiaalitoimen palvelut) mukaisesti kussakin kunnassa, mutta kuntiin kehitetyt erityistyöntekijöiden palvelut keskitettäisiin alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tuotettavaksi.

On kuitenkin huomattava, että vaikka tuottamisvastuu määritellään seudulliselle toimijalle kuuluvaksi, tulee palvelut tästä huolimatta sijoittaa fyysisesti Keravan ja Vantaan osa-alueiden yksiköiden yhteyteen. Samoin seudun yksiköiden

tulisi joustavasti jalkautua alueen eri osiin kulloistenkin tarpeiden mukaan. Näin ollen osa palveluista voi olla luonteeltaan "liikkuvia".

Todettakoon, että Peijaksen alueen väestön ikärakennemuutos on huomattavan voimakas jo seuraavan kymmenen vuoden aikana. Kun väestön kasvukin on edelleen voimakasta, edellyttävät em. väestötekijät myös psykiatristen palveluiden lisäresurssointia. Erityisesti avohoidon henkilöstöä tulisi voida lisätä (Peijaksen alueen avohoidon osuus on pienimpiä HUS-piirin alueella). Samoin alueen vanhuspsykiatrian järjestelyihin tulee kiinnittää keskeistä huomiota.

Lyhyen aikavälin toimenpiteet:

Lyhyen aikavälin (<5 vuotta) toimenpiteinä esitetään seuraavaa:

1. Peijaksen alueen toimintamallikuvauksen mukaisissa lähipalveluissa mitä ilmeisimmin tarvittaisiin väestönkehityksen johdosta sekä myös perusterveydenhuollon potilasvirrassa lisääntyneiden mielenterveysongelmien varhaistoteamisen ja aikaisen hoitoonohjaamisen varmistamiseksi lisää terveyskeskusten yhteydessä toimivia psykiatrisia mielenterveystyöntekijöitä. Aiemmin esitetyn mitoitusperusteen mukaan kokonaistarve olisi 12.
2. Seudullisesti tuotettavat, aiemmin esitetyn toimintamallin mukaiset palvelut kuuluvat Peijaksen alueen erikoissairaanhoidon tuotettaviksi. Eräitä em. palveluita tuotetaan nykyisin kuntien toimesta. Tästä syystä ehdotetaan, että kaikki toimintamallin mukaiset seutupalvelut siirretään Peijaksen alueen erikoissairaanhoidon organisaatioon. Vaikka po. palveluiden tuottajina toimivat Peijaksen erikoissairaanhoidon yksiköt, tulee merkittävä osa palveluista edelleenkin tuottaa fyysisesti kuntiin sijoitettuna joko paikan päällä tuotettuina tai liikkuvina palveluina.

Seuraavat seudulliset palvelut tuotetaan Peijaksen alueen psykiatrian toimesta:

- a. psykiatristen akuuttien kriisien päivystys- ja vastaanottoyksikön palvelut, jotka tuotetaan Peijaksen sairaalan yksiköiden toimesta Keravan ja Vantaan väestölle
- b. aikuispsykiatriset poliklinikkapalvelut, joita tuotetaan nykyisen sijoitusmallin mukaan Vantaan osa-alueille ja Keravalle. Poliklinikoihin ehdotetaan integroitaviksi varsinaiset vastaanotot (ent. mielenterveystoimistot), A-klinikat ja perheneuvolat/perhetyöntekijät
- c. lastenpsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan nykyisen sijoitusmallin mukaan; lastenpsykiatrisen toiminnan tulee toimia kiinteässä yhteistyössä psykiatristen poliklinikoiden perheneuvoltatoiminnan työntekijöiden kanssa
- d. nuorisopsykiatrian poliklinikkapalvelut, jotka tuotetaan nykyisen sijoitusmallin mukaan sekä Vantaalle että Keravalle
- e. vanhuspsykiatrian poliklinikkapalvelut, joihin Peijaksen alueella tulee varautua tulevana vuosina nykyistä olennaisesti suuremmalla erillisellä kapasiteetilla tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa,

- f. lastenpsykiatrinen osastohoito Peijaksen sairaalaan kuuluvassa yksikössä Vantaalle ja Keravalle
- g. nuorisopsykiatrinen osastohoito Peijaksen sairaalan yksiköissä molemmille alueen kunnille
- h. aikuis- ja vanhuspsykiatrian akuutin osastohoidon palvelut, joihin Peijaksen alueella niinkään tulee varautua tulevina vuosina nykyistä olennaisesti suuremmalla erillisellä kapasiteetilla tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa,
- i. pitkäaikaishoidon osastopalvelut, joiden tarve mitä ilmeisimmin ikärakennemuutoksen myötä tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Erityisen tärkeää on työnjako perusterveydenhuollon laitoshoidon kanssa, mutta pitkällä aikavälillä tarpeeseen on varauduttava seudullisella yksiköllä. Pitkäaikaishoidon pääosa tuotetaan nykyisin Kellokosken sairaalassa eikä po. palvelujen sijoittaminen Peijaksen alueelle ole mahdollista aivan lähivuosina. Pitkällä aikavälillä tavoitteena on Kellokoskella järjestettävien seudullisten palvelujen siirtäminen Peijaksen sairaalan yhteyteen. Siihen asti, kun tämä on mahdollista esitetään jäljempänä väliaikaisia toimenpiteitä Peijaksen alueen seudullisen koordinaation ja avohoitoyhteyksien parantamiseksi.
- j. vaikeahoitoisten psykoottisten potilaiden pitkäaikaishoitoa ja kuntoutusta ehdotetaan kuitenkin edelleenkin hankittavaksi sopimus pohjaisesti Kellokosken sairaalasta nykyiseen tapaan,
- k. katkaisuhoidon sekä päihde- ja riippuvuushoidon piiriin kuuluvat erikoishoidon toiminnot, joiden organisointi keskitetyksi seudulliseksi palveluksi ja sijoittuminen seudulla on erikseen kokonaisvaltaisesti suunniteltava,
- l. psykiatrisen primäärikuntoutuksen sairaala- ja kuntoutuskotipalvelut, jotka tuotetaan sairaanhoitoalueen kuntoutuskodeissa. Harkittava on myös sitä, että tulisiko sekundaarikuntoutuksen piiriin kuuluvien, lähipalveluina tuotettavien mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut koota seudulliseen organisaatioon
- m. muilta erikoisaloilta saatavat konsultaatiopalvelut, jotka tuotetaan Peijaksen sairaalasta.

Seudullisesti tuotettavien palveluiden tulee muodostaa selkeästi johdettu kokonaisuus, joka erityisesti avohoitoyksiköiden osalta myös varautuu joustavaan konsultaatioiden antamiseen lähipalveluita ja muita seudullisia palveluita tuottaville yksiköille sekä toimimaan liikkuvina palveluina. Samoin seutupalvelujen kokonaisuuden puitteissa on voitava joustavasti antaa tukitoimia tilapäisiin työvoima- ja sijaistamisongelmiin seudun hajautetuille pisteille ja tarvittaessa myös lähipalveluille.

3. Peijaksen alueen seuraavat palvelut ehdotetaan tuotettavaksi Kellokosken sairaalasta:

- vaikeahoitoisten, psykoottisten pitkäaikaispotilaiden kuntoutuspalvelut sairaalahoidossa,
 - kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut,
4. Peijaksen alueelta keskitetään nykyisen käytännön mukaan edelleenkin toimintamallin mukaiset koko HUS-piirissä keskitettävät palvelut HUSin psykiatrian tulosalueelle. Asiaan palataan jäljempänä.
5. Tavoitteena on, että Peijaksen sairaanhoitoalueen nykyistä varsin suurta Kellokosken sairaalan seudullisten palvelujen käyttöä vähennetään pitkällä aikavälillä siirtämällä toimintaa Peijaksen sairaalan yhteyteen rakennettaviin tiloihin. Hyvinkään ja Peijaksen alueiden yhteistoiminta po. tavoitteen toteuttamiseksi edellyttää tehostettuja toimenpiteitä. Tätä varten ehdotetaan kahta vaihtoehtoista ratkaisumallia:
- Kellokosken sairaalan ja Peijaksen alueen psykiatrian toimijoiden kesken suoritetaan perusteellinen yhteistoimintaprosessin arviointi systemaattista prosessien arviointimenetelmää käyttämällä lähtien potilaiden hoitoon tulosta/ohjaamisesta, varsinaisesta tutkimus- ja hoitoprosessista, avo- ja jatkohoidon piiriin ohjauksesta, kuntoutusvaiheista sekä em. kokonaisuuden tukitoimenpiteistä ja taloudellisista vaikutuksista. Arvioinnin perusteella yhteistoimintaprosessia parannetaan konkreettisesti ja sen toteutumista seurataan huolellisesti
 - Hyvinkään sairaanhoitoalue vuokraa erikseen määriteltävät osastot sekä siirtää näille tarvittavan henkilöstön Peijaksen sairaanhoitoalueelle. Järjestelyn yksityiskohtainen suunnittelu on suoritettava erikseen siten, että osastojen toiminta-profiili ja henkilöstömitoitus vastaa Peijaksen sairaanhoito-alueen tarpeita.

Ensin mainitun vaihtoehdon toteuttaminen edellyttää ulkopuolista ohjausta ja saattaa johtaa siihen, että tarvittavat muutokset toteutuvat suhteellisen hitaasti. Mitä ilmeisimmin tällä vaihtoehdolla ei voitaisi kuitenkaan toteuttaa avo- ja sairaalahoidon välistä rakennemuutosta riittävän nopeasti, vaan Peijaksen alueen avohoittoa olisi resurssoitava erikseen runsaasti. Tässäkin vaihtoehdossa kuitenkin Kellokosken sairaalan resursseja on pienennettävä, kun Peijaksen alue siirtää potilaita korvaaviin hoitomuotoihin (vrt. Espoon ja Tammiharjun välinen muutos).

Vuokrausvaihtoehto olisi periaatteessa toteutettavissa nopeastikin, mutta senkin onnistumisen edellytys on, että järjestelyn puitteissa sairaansijoilla annettavaa hoitoa kyetään korvaamaan muilla hoitomuodoilla. Vaihtoehto teke kuitenkin mahdolliseksi sen, että potilaiden hoitoprosesseja sairaalahoidon ja avohoitotoimintojen kesken voidaan Peijaksen alueen omin toimin ohjata tehokkaasti. Järjestely johtaa muutoksiin Kellokosken sairaalan osastojärjestelyissä.

Arvioitaessa em. vaihtoehtoja on otettava huomioon, että kyse on rakennemuutoksesta; Peijaksen alue käyttää muihin alueisiin verrattuna varsin paljon rahaa kaiken kaikkiaan psykiatriaan, mutta sen avohoidon osuus on kovin alhainen ja laitoshoidon puolestaan

huomattavan korkea. Käytettävää kokonaispanostusta ei tarvitsisi olennaisesti lisätä, mikäli nyt sairaalahoitoon sidotut resurssit voitaisiin hyödyntää avohoitojärjestelmän kehittämisessä. Tällainen muutos onnistuisi parhaiten vuokrausvaihtoehdon toteuttamisella, koska tällöin myös muodostuisivat organisatoriset edellytykset sekä avo- ja sairaalahoidosta muodostuvan kokonaisuuden johtamiseen Peijaksen seudullisessa palvelujärjestelmässä.

6. Peijaksen alueelle muodostetaan psykiatrisen terveydenhuollon ohjausryhmä, johon kuuluvat alueen kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön edustus sekä alueen psykiatrian tulosalueen edustus, ja jonka tehtävänä on seudullisesti ohjata ja koordinoita seudun mielenterveystyötä ja psykiatrista terveydenhuoltoa. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii Peijaksen sairaalan psykiatrian tulosyksikön johtaja. Ohjausryhmän toiminnassa on otettava huomioon kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollon piirissä järjestettävä mielenterveystyö.

Pitkän aikavälin toimenpiteet:

Pitkän aikavälin (5 – 20 vuotta) toimenpiteinä ehdotetaan seuraavaa:

7. Peijaksen alueen psykiatrisessa terveydenhuollossa tulee pitkällä aikavälillä varautua väestönkehityksen ja erityisesti ikärakennemuutoksen aiheuttamaan tarpeen kasvuun. Vanhuspsykiatristen toimintojen kehittämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Mitä ilmeisimmin kymmenen vuoden kuluttua tilanne muuttuu jo ongelmalliseksi. Tästä syystä vanhuspsykiatrian järjestämisestä on valmisteltava Peijaksen alueen kokonaisvaltainen kehittämissuunnitelma.
8. Peijaksen sairaalan yhteyteen on rakennettava lisätiloja, joihin sijoitetaan myös psykiatrian toimintoja. Tilojen lisääminen on mitä ilmeisimmin toteutettava kahdessa vaiheessa siten, että Peijaksen laajennuksen toisessa vaiheessa (Peila II) toteutetaan osa psykiatrian tarvitsemista tiloista. Hanke on tarpeellinen sekä vanhuspsykiatrian hoitokapasiteetin lisäämiseksi myös osittain Kellokosken käytön korvaamiseksi. Myöhemmin on erikseen toteutettava Peila III, missä yhteydessä loppuosa psykiatrian seudullisista järjestelyistä toteutetaan.

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset

Toimintamallin mukaisen palvelujärjestelmän mitoitus edellyttää vuoteen 2020 mennessä varautumista noin 1 500 aikuispotilaan sekä 600 lapsi- ja nuorisopsykiatrisen potilaan lisätarpeeseen. Laskennallisesti tämä merkitsee jatkakuinkin samaa kustannustasoa kuin nykyinenkin (33,2 milj.euroa + 1,0 milj. euroa ostopalveluihin) kustannustaso on, mutta edellyttää toteutuakseen todella merkittävää palvelurakennemuutosta eli edellä esitettyjen ehdotusten toteuttamista Kellokosken käytön korvaamiseksi Peijaksen sairaalan ja sen avohoitoyksiköiden vahvistamisella. Tällä hetkellä Peijaksen alueen sekä väestöön että potilasmääriin suhteutetut kustannukset ovat korkeimmasta päästä vinon palvelurakenteen johdosta. Toimintamallin mukaisten mitoitusperusteiden mukaan potilaskohtainen kustannus alentuisikin nykyisestä 4 960 eurosta 4 100 euroon vuonna 2020.

Peijaksen alueen potilaiden siirtyminen Kellokoskelta pitkällä aikavälillä Peijaksen sairaalan toiminnan piiriin merkitsee Kellokosken sairaalan

toiminnan, tilojen ja henkilöstöresurssien sopeuttamista. Henkilöstön osalta Kellokosken sairaalan virkapohjasta siirtyy toimintojen siirtymisen edellyttämät virat Peijaksen sairaalaan.

Peijaksen laajennushanketta (Peila 2) koskevassa suunnitelmassa on varauduttu psykiatrian lisätiloihin. Hankkeen kustannusarvioksi on esitetty noin 40 milj. euroa, joka summa sisältää muidenkin kuin psykiatrian käyttöön tulevien tilojen toteuttamisen. Möhemmin toteutettavan, psykiatrisia toimintoja koskevan laajennusvaiheen (Peila 3) toteutuskustannuksia on vaikea arvioida, mutta mitä ilmeisimmin kyse lienee 10 milj.euron suuruusluokasta. Käyttökustannusten osalta on otettava huomioon, että toiminnan siirto Kellokoskelta alentaa vastaavasti siellä aiheutuvia Peijaksen alueen kustannuksia.

Toimenpiteet HUSin Helsingin sairaaloissa

Perustelut:

HUS-piirin psykiatria on perinteisesti pääosin järjestetty vanhan mielisairaanhoidonjärjestelmän toimesta. Mielisairaanhoidonpiirit kattoivat kaikki HUS-piirin alueen kunnat. Nyttemmin mielisairaanhoidonpiirien sijasta po. palvelut tuotetaan yhä suuremmissa määrin seudullisesti sairaanhoitoalueiden toimesta.

HUS-piiriä muodostettaessa yksi keskeinen ajatus oli yhdistää entinen Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon ja HYKSin vastaavat toiminnot muiden sairaanhoitoalueiden kaltaiseksi erikoissairaanhoidon kokonaisuudeksi. Lisäksi oli tarkoitus, että HYKS edelleen aiempaan tapaan toimii porrastuksen mukaisesti keskitettynä palveluntuottajana niin Helsingille kuin myös muille sairaanhoitoalueille. Tällä järjestelyllä katsottiin myös yliopistosairaalalle kuuluvat tutkimuksen ja opetuksen edellytysten tulevan huolehdituksi.

Yllä todettu järjestely ei ole kuitenkaan toteutunut psykiatrian osalta, vaan Helsingin kaupungin organisaatiossa toimii edelleen pääosa Helsingin tarvitsemista psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluista. Näin ollen on selvää, että HUSin psykiatrian toimialaa koskevat ehdotukset ovat erittäin suuressa määrin riippuvaisia Helsingin kaupungin ja HUSin välisestä työnjaosta. Tämän selvityksen toimeksiantoon ei kuulu Helsingin psykiatria, joten Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimialaa koskevien ehdotusten tekeminen tässä selvityksessä on kovin rajoitettua. Tästä syystä näissä ehdotuksissa joudutaan pitäytymään vain muun HUS-piirin ja Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimialan työnjakoon liittyvissä ehdotuksissa.

Toimenpide-ehdotukset:

1. Työnjako HUS-piirin sairaanhoitoalueiden sekä Jorvin ja Peijaksen alueen ja Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimialan kesken toimii hyvin eikä sen olennaiseen muuttamiseen nähdä perusteita. Sen sijaan psykiatrian toimialan tulisi ottaa aktiivisempi rooli HUS-piirin alueen koko mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon toiminnallisessa koordinoinnissa. Asiasta on tehty ehdotus aiemmin (ks. psykiatrisen terveydenhuollon alueellinen ohjausryhmä).

542

2. Helsingin sairaaloihin keskitettyjä toimintoja ovat aiemmin mainitut seuraavat palvelut:

- lastenpsykiatriset palvelut Helsingin kaupungille sekä lastenpsykiatrian sairaalapalvelut ja vaikeahoitoisten lasten psykiatriset erityispalvelut koko HUS-piirin alueelle,
- nuorisopsykiatrian palvelut Helsingin kaupungille,
- vaikeahoitoisten kriminaalipotilaiden sairaala- ja avohoitopalvelut lähinnä Helsingin kaupungille,
- kaksois- (ja kolmois-) diagnoosipotilaiden sairaalapalvelut lähinnä Helsingin kaupungille,
- syömishäiriöpotilaiden avo- ja sairaalahoitopalvelut koko HUS-piirille,
- neuropsykiatriset erityispalvelut koko HUS-piirille,
- kuurojen psykiatriset palvelut koko HUS-piirille,
- seksuaalirikosepäilyjen selvitystyö ja tähän liittyvä oikeuspsykiatria koko HUS-piirille,
- sukupuolen muutokseen liittyvät selvitys- ja arviointipalvelut koko HUS-piirille, erityisen kulttuuritaustan omaavien maahanmuuttajien sekä maahanmuutaneiden kidutettujen potilaiden palvelut koko HUS-piirille
- katastrofivalmiuden ylläpitoon ja katastrofitilanteiden jälkihoitoon kuuluvien mielenterveyspalveluiden osaamisen kehittäminen ja palveluiden koordinointi sekä
- HUS-piirin terveydenhuoltohenkilöstön psykiatriset avo- ja sairaalahoidon palvelut

3. Em. keskitettyjen palvelujen tuottamisen ohella Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimilalle tulee kuulua myös muiden keskitettyjen palvelujen (Tammiharjun ja Kellokosken sairaaloissa) ohjaus ja koordinointi

Ehdotusten taloudelliset vaikutukset:

Yllä kuvatut toiminnot kuuluvat jo nykyäänkin Helsingin sairaaloiden toimintaan eikä niistä ole arvioitavissa aiheutuvan olennaista kustannustason muutosta. Kustannuksiin vaikuttaisivat luonnollisesti muutokset Helsingin kaupungin ja HUSin välisessä työnjaossa. Sen selvittäminen ei kuitenkaan kuulunut tämän selvitystyön toimeksiannon piiriin.

VII TOIMENPIDE-EHDOTUSTEN TOIMEENPANOLLE ASETETTAVAT TAVOITTEET

Selvitystyössä noudatettavan strategialähtöisen suunnittelumallin (liite 2) mukaisesti strategiaan valintoihin liittyvillä toimenpiteillä tulee olla mitattavia tavoitteita.

Tavoitteita voidaan asettaa esim. HUSissa käytettävän Balanced Score Cardin (BSC) mukaista jäsentelyä noudattaen. Tämä merkitsee sitä, että ehdotusten toimeenpanon vaikutuksia tarkastellaan po. neljästä näkökulmasta mitattavin suurein. Näkökulmat ovat: (1) asiakkaiden, (2) sisäisen kehityksen eli prosessien, (3) osaamisen kehittämisen eli henkilöstön sekä (4) talouden ja resurssien näkökulmat.

Asiakkaisiin kohdistuvat tavoitteet

Asiakkailla tässä yhteydessä tarkoitetaan mielenterveys- ja psykiatrisia potilaita.

Aiemmin esitetyillä palvelujäsenystä eli palveluiden alueellista ja seudullista toimintamallia, toiminnan koordinoitua, integroitua sekä resurssien käytön tehostamista koskevilla toimenpide-ehdotuksilla tavoitellaan asiakkaiden näkökulmasta sitä, että

- potilas saa palvelunsa entistä useammin asuinalueensa läheltä samalta hoitotiimiltä,
- potilaan odotusajat palveluihin lyhentyvät sekä
- potilaan ja hänen hoitotietojensa kulku tarvittaessa palveluyksiköstä toiseen muodostuu sujuvammaksi ja nykyistä nopeammaksi.

Toimintaprosesseihin kohdistuvat tavoitteet

Esitetyillä toimenpide-ehdotuksilla tavoitellaan HUS-piirin sisäisen kehittämisen eli toimintaprosessien suhteen sitä, että

- HUS-piirillä on vuoden 2006 loppuun mennessä määriteltynä, koko HUS-piiriä koskevat skitsofreniapotilaiden ja depressiopotilaiden hoitoprosessien kuvaukset,
- em. prosessikuvauksia noudatetaan vuodesta 2007 lukien seudullisesti työnjako, vastuutukset, organisointi ja päivittäistoiminta ns. palvelu-linjojen avulla toteuttaen

Osaamiseen ja henkilöstöön kohdistuvat tavoitteet

Toimenpide-ehdotuksilla tavoitellaan osaamis- ja henkilöstönäkökulmasta sitä, että

- kaikista HUS-piirin alueen mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon työntekijöistä on vuoden 2006 loppuun mennessä laadittu ns. osaamiskartoitus ja tähän perustuva täydennys-koulutus suunnitelma, jonka edellyttämää, yhteistä täydennyskoulutusta ryhdytään järjestämään koordinoitusti vuodesta 2007 lähtien,

- HUS-piirin alueella toimii vuoden 2008 alusta lukien seudullisia, mielenterveystyön ja psykiatrisen terveydenhuollon työvoimapankkeja, joiden avulla huolehditaan työvoiman hankinnasta, seudullisista sijaistamisjärjestelyistä sekä tasapuolisesta ja koordinoidusta työvoimaresurssien kohdentamisesta eri yksiköihin poikkeustilanteissa

Talouteen ja resursseihin kohdistuvat tavoitteet

Toimenpide-ehdotuksilla tavoitellaan talouden ja resurssien käytön näkökulmasta seuraavaa:

- kokonaiskustannukset: palvelut kyetään tuottamaan vuonna 2020 enintään puolella väestönkasvun, ikääntymiskehityksen ja tästä sekä muista tekijöistä aiheutuvan tarveindeksin nousun edellyttämästä lineaarisesta kustannus-kasvupaineesta. Vuonna 2003 psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat lasten ja nuorten osalta noin 29 milj.euroa ja aikuisten osalta noin 95 milj. euroa eli yhteensä 124 milj.euroa. Toimintamallin mukainen tavoitetaso merkitsee sitä, että vuonna 2020 lasten ja nuorten kustannukset olisivat 29,4 milj. euroa ja aikuisten kustannukset 105,7 milj.euroa eli yhteensä 135,1 milj.euroa. Kasvuksi muodostuisi tällöin n. 11 milj.euroa (vuoden 2003 rahanarvossa).
- väestöpohjaiset kustannukset: em. laskelman mukaan aikuisten väestöön suhteutettu kustannus alenee nykyisestä (144 euroa/asukas) 137 euroon/asukas; lasten ja nuorten väestöön suhteutettu kustannus alenee nykyisestä (138 euroa/asukas) 128 euroon/asukas.
- sopeutustoimet: toimenpide-ehdotusten toimeenpano lyhyellä ja pitkällä aikavälillä merkitsee sitä, että Tammiharjun sairaalassa Jorvin alueen vähentyvää käyttöä vastaavasti suoritetaan henkilöstön, tilojen ja toimintakulujen vähentämiseen johtavaa sopeuttamista. Samalla kuitenkin on huolehdittava tässä selvityksessä aiemmin esitettyjen keskitettyjen tehtävien organisoimiseen liittyvistä järjestelyistä, jotka on toteutettavissa Tammiharjun sairaalan nykyisen virkapohjan puitteissa.

Peijaksen sairaalan käytön vähentäminen Kellokosken sairaalassa merkitsee henkilöstön, tilojen ja toimintakulujen vähentämiseen johtavaa sopeuttamista.

Pitkällä tähtäimellä suoritettavien investointien keskeinen edellytys on, että seudullisten sairaaloiden yhteyteen sijoitettavat psykiatrian yksiköt toimivat sekä mitoitukseltaan että toimintamalliltaan nykyisestä poikkeavalla tavalla siten, että käyttökustannustasoa hoidettavaa potilasta kohden kyetään alentamaan.

- pääomatalous: tilojen ja kiinteistöjen käyttöä koskevat tavoitteelliset vaikutukset ovat seuraavat:

Lyhyellä aikavälillä (< 5 v.):

- Tammiharjun sairaalasta vähenee 1 – 2 osastoa vastaava kapasiteetti Jorvin alueen pitkäaikais-psykiatristen potilaiden siirtyessä (vuonna 2006) pois Tammiharjun sairaalasta
- Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon jo varatut tilat otetaan käyttöön

- Kellokosken sairaala vuokraa Peijaksen sairaalalle 3 – 4 osastoa Peijaksen alueen pitkäaikaispsykiatrian vuodeosastotoimintaa varten

Pitkällä aikavälillä (> 5 v.):

- Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan tilat Lohjan sairaanhoitoalueen/terveydenhuoltoalueen seudullista psykiatriaa varten.
- Peijaksen sairaalan yhteyteen rakennetaan kahdessa eri vaiheessa tiloja Peijaksen alueen seudullista psykiatriaa varten. Ensimmäinen vaihe toteutetaan Peila 2-laajennuksen yhteydessä, toinen myöhemmin
- Muiden integrointitavoitteiden mukaisten investointien ajoitus mitä ilmeisimmin on niin kaukana tulevaisuudessa, että niistä ei ole tässä vaiheessa tarkoituksenmukaista esittää arvioita

546

**TYÖSUUNNITELMA HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAAHOITOPIIRIN HYVINKÄÄN, JORVIN, LOH-
JAN, LÄNSI-UUDENMAAN JA PEJAKSEN SAI-
RAANHOITOALUEIDEN MIELENTERVEYSTYÖN JA
AIKUISPSYKIATRIAN ERIKOISALOJEN TOIMINNAN
JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAN SELVITYSTEHTÄVÄN
SUORITTAMISEKSI**

”Psykiatrian kokonaisselvitys – PSYKO”

Seppo Tuomola / 15.11.2004

TYÖSUUNNITELMA HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN HYVINKÄÄN, JORVIN, LOHJAN, LÄNSI-UUDENMAAN JA PEIJAKSEN SAIRAANHOITOALUEIDEN MIELENTERVEYSTYÖN JA AIKUISPSYKIATRIAN ERIKOISALOJEN TOIMINNAN JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAN SELVITYSTEHTÄVÄN SUORITTAMISESTA

Tämä työsuunnitelman koskee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatioon kuuluvien Hyvinkään, Jorvin, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Peijaksen sairaanhoitoalueiden mielenterveystyön ja aikuispsykiatrian erikoisalojen (jäljempänä "selvityksen kohde") toiminnan järjestämistä koskevan selvitystehtävän suorittamista.

Työsuunnitelma perustuu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimeksiantoon 15.11.2004 VIA Consulting YVG Oy:lle

1. SELVITYSTEHTÄVÄN TARKOITUS

Selvitystehtävän tarkoituksena on muodostaa perusteltu näkemys Hyvinkään, Jorvin, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Peijaksen sairaanhoitoalueiden mielenterveystyön ja aikuispsykiatrian erikoisalojen toiminnan järjestämiseksi toiminnan ja sen kustannusten kannalta tehokkaalla ja hyvän palvelutason turvaavalla tavalla.

Kyseessä on HUS-piirin strategisen päätöksenteon pohjaksi valmisteltava ehdotus, jossa ottaen huomioon HUS-piirin toiminnan ja talouden kokonaisuus käsitellään po. sairaanhoitoalueiden mielenterveystyön ja aikuispsykiatrian erikoisalojen toiminnan järjestelyt, niiden liittyminen sairaanhoitoalueiden muuhun palvelujärjestelmään, järjestelyiden aiheuttamat resurssi- ja kustannusvaikutukset sekä vaikutukset sairaanhoitoalueiden sairaalakiinteistöjen käyttöön ja investointitarpeisiin.

2. SELVITYSTEHTÄVÄN SISÄLTÖTAVOITTEET

Selvitystehtävä sisältää viisi pääosiota, joiden kunkin tavoitteena on auttaa selvitystyön lopputulokseen päättymistä seuraavasti:

1. Mielenterveystyön ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon tavoitteellisen toiminta-mallin muodostaminen
 - kansallisten tavoitteiden vaikutusten arviointi
 - HUS-piirin asiaa koskevien, vahvistettujen tavoitteiden arviointi
 - HUS-piirin eri toimijoiden asiaa koskevien näkemysten arviointi
 - toimintamallia koskevien johtopäätösten tekeminen

Osion tavoitteena on muodostaa mahdollisen harmoninen kuvaus *selvityksen kohteen* yleisiä tavoitteita toteuttavasta toimintamallista. Toimintamalli kuvataan ns. ideaalimallina, jossa eivät vielä alueelliset, paikalliset, poliittiset tai ammattiryhmäkohtaiset intressit ole mukana.

2. HUS-piirin *selvityksen kohteen* lähtötilanteen arviointi

- nykytilanteen ja sen ongelmien kartoitus valmiiden aineistojen ja tietojen sekä eri intressipiireiltä strukturoidusti koottavan haastatteluaineiston perusteella
- johtopäätösten teko siitä, miten kaukana/lähellä nykyinen toimintamalli on tavoiteltavasta

Osion tavoitteena on muodostaa kuva siitä, mitä muutos- ja kehittämistarpeita tavoiteltavan toimintamallin saavuttaminen aiheuttaisi.

3. *Selvityksen kohteen* alueellisten, paikallisten ja taloudellisten reuna-
ehtojen määrittely ja arviointi

- valmiiden aineistojen ja strukturoitujen haastattelujen hyödyntäminen toimintamallin mahdollisuuksien, reunaehtojen ja rajoitteiden määrittelemiseksi ja arvioimiseksi
- johtopäätösten teko selvityksen kohteen toimintamallin muodostamiseksi

Osion tavoitteena on saada selville realistiset toimeenpanon edellytykset toimenpide-ehdotusten määrittelyä varten

4. Toimenpide-ehdotusten valmistelu

- konsultin johtopäätökset ja ehdotukset em. kolmen edeltävän osion selvitysten perusteella
- mikäli selvitystyö siihen johtaa, konsultti tekee myös vaihtoehtoisia toimenpide-ehdotuksia

Osion tavoitteena on tuottaa konkreettinen esitys tarvittavista toimenpiteistä päätöksentekoprosessia varten

5. Toimenpide-ehdotusten toimeenpanovaikutusten arviointi

- ehdotusten edut ja haitat
- toimeenpanon edellyttämät hankkeet / toimeenpano- prosessit
- ehdotusten resurssi- ja kustannusvaikutukset
- ehdotusten vaikutukset kiinteistöjen käyttöön ja investointeihin

Osion tavoitteena on antaa päätöksentekoa varten riittävät perusteet päätösten toimeenpanon ja sen kustannusvaikutusten arviointiin.

Selvitystyön edellä mainitut sisältökohdat esitetään tiivisluotoisesti konsultin loppuraportissa.

3. SELVITYSTYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTTAMISTAPA

Selvitystyö on strategiavalmistelun luontoinen ja siihen sovelletaan VIA Groupin strategiatyön viitekehystä ja työmenetelmiä. Tämä merkitsee mm. sitä, että työtä prosessoidaan eteenpäin haastattelujen ja kuulemistilaisuuksien avulla konsultin valmistelun pohjalta.

Selvitystyön piiriin liittyvää perustietoa ja muuta aineistoa on valmiina varsin runsaasti, joten kokonaan uuden tiedon hankkimiseen ei ole juuriakaan tarvetta. Osioiden 1 – 3 toteuttamisessa keskeinen tehtävä onkin olemassa olevan aineiston ja aiempien asiaa koskevien selvitysten hyödyntäminen strukturoidusti. Tällaista aineistoa on mm.:

- HUS-piirin hallituksen ja *selvityksen kohteen* päätöksentekuelinten asiaan liittyvä käsittely
- *selvityksen kohteen* strategiasuunnitelmat sekä toiminta- ja taloussuunnitelmat
- Hiiden alueen yhteistyö terveydenhuollossa –selvitys (Raimo Kekkonen 2004)
- Hyvin suunniteltu – puoliksi tehty –selvitys (Juhani Rinne 2002)
- Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian selvitys (Jouko Lönnqvist 2002)
- Länsi-Uudenmaan erikoissairaanhoidon vaihtoehdot (HAUS kehittämiskeskus 2004)
- Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen tulevaisuusstrategia (Tulevaisuusstrategiatyöryhmä 2004)
- Länsi-Uudenmaan tulevaisuusstrategiaan liittyviä laskelmia (Mikko Rotonen 2004)
- Linjaukset Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen synnytysten, päivystyksen, lastentautien, kirurgian, erityisesti lyhki-kirurgian ja psykiatrisen toiminnan järjestämisestä
- Useat *selvityksen kohteen* viranhaltijoiden kirjalliset kannanotot ja kirjelmät

Haastattelukierros tehdään siten, että sen avulla kartoitetaan sekä HUS-kuntayhtymän ja *selvityksen kohteen* päättäjien ja viranhaltijoiden näkemykset asiaan. Haastattelu suoritetaan kaikille samaa struktuuria noudattaen. Ajan säästämiseksi haastatteluaineisto toimitetaan etukäteen haastateltaville, joiden vastaukset konsultti käy keskustellen lävitse. Haastattelutiedot voidaan antaa myös johtoryhmien tai muuten johdon edustajien kollektiivisen valmistelun pohjalta.

Haastattelu- ja kuulemismenettelyn kohteita ovat:

- HUS-kuntayhtymän hallituksen ja johdon edustajat
- Sairaanhoitoalueiden ja niiden psykiatrisen toiminnan johdon edustajat
- Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimialan johdon edustajat
- Keskeisten kuntien ja niiden terveydenhuollon johdon edustajat

Kuulemistilaisuudet järjestetään sairaanhoitoalueittain ja erikseen HUS-kuntayhtymän johdolle Helsingin sairaaloiden psykiatrian toimialalle.

Selvitystyötä ohjaa johtajaylilääkäri Jaakko Karvonen.

4. SELVITYSTYÖN VAIHEISTUS, AIKATAULU JA TYÖMÄÄRÄARVIO

Selvitystyö suoritetaan edellä kohdassa 2 kuvatun jäsentelyn mukaisesti vaiheistettuna. Työsuunnitelma käy ilmi seuraavasti:

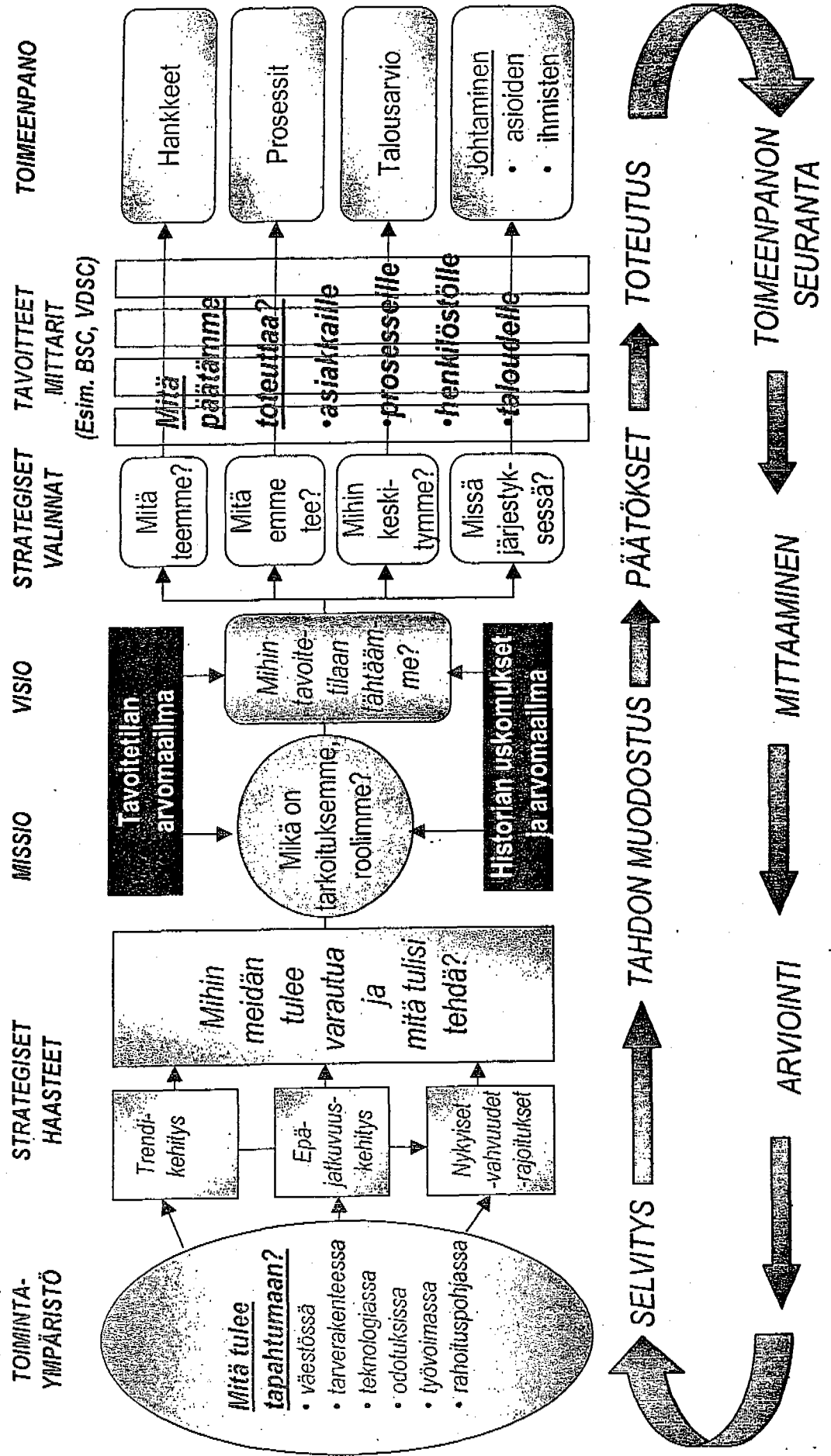
Vaihe/osio	Valmistumisajankohta	Työmäärä (päiviä)
1. Toimintamalli	15.12.2004	8
2. Lähtötaso	31.12.2004	4
3. Reunaehdot	14.01.2005	6
4. Toimenpide-ehdotus	04.02.2005	8
5. Toimeenpanovaikutukset	25.02.2005	4

Em. tavoiteaikoihin ja työmääriin sisältyvät aineiston hankinta, perehtyminen ja analysointi, haastattelut, raportin kirjoittaminen, kuulemistilaisuudet sekä loppuraportin esittely toimeksiantajalle.

Konsulttiraportti tulostetaan viitenä kappaleena toimeksiantajalle/*selvitystyön kohteille*.

Selvitystyön vastuuhenkilönä VIA Groupin taholla toimii johtava konsultti Seppo Tuomola.

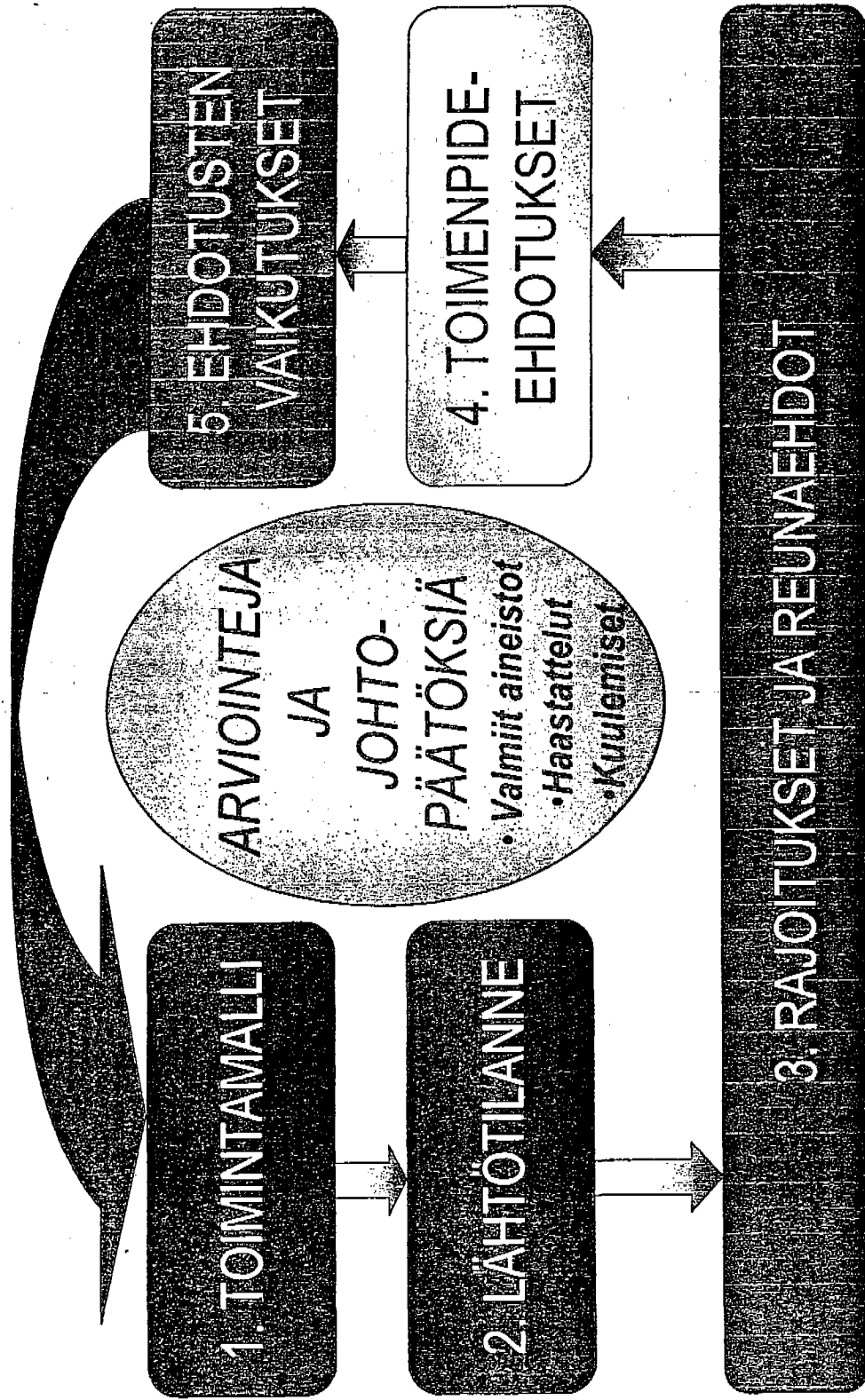
STRATEGIALÄHTÖISEN OHJAUKSEN KOKONAISUUS



SELVITYSTYÖN AINEISTO

- DRG-laskelmat HUS-piirin psykiatriasta (Antti Hemmi 2005)
- Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon uudistaminen tavoitteena palvelutuotannon tehostaminen ja kustannusten alentaminen; Kalleushankkeen loppuraportti (2005)
- Hiiden alueen yhteistyö terveydenhuollossa –selvitys (Raimo Kekkonen 2004)
- Hyvin suunniteltu – puoliaksi tehty –selvitys (Juhani Rinne 2002)
- Imatran kaupungin mielenterveyspalvelujen vastuualueen esite (2001)
- Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian selvitys (Jouko Lönnqvist 2002)
- Lohjan sairaalan laajennus ja perusterveydenhuollon tilat; Hankesuunnitelma (HUS-kiinteistöt Oy 2003)
- Länsi-Uudenmaan erikoissairaanhoidon vaihtoehdot (HAUS kehittämiskeskus 2004)
- Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen tulevaisuusstrategia (Tulevaisuusstrategiatyöryhmä 2004)
- Länsi-Uudenmaan tulevaisuusstrategiaan liittyviä laskelmia (Mikko Rotonen 2004)
- Linjaukset Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen synnytysten, päivystyksen, lastentautien, kirurgian, erityisesti lyhki-kirurgian ja psykiatrisen toiminnan järjestämisestä (HUS 2004)
- Psykkisen sairastamisen riskitekijät Uudenmaan sairaanhoitopiirin kunnissa v. 1990 (Juhani Solantaus 1993)
- Tilastoaineisto HUS-piirin psykiatriasta 1990-2003 (toim. Juhani Solantaus)

SELVITYSTYÖN VAIHEET



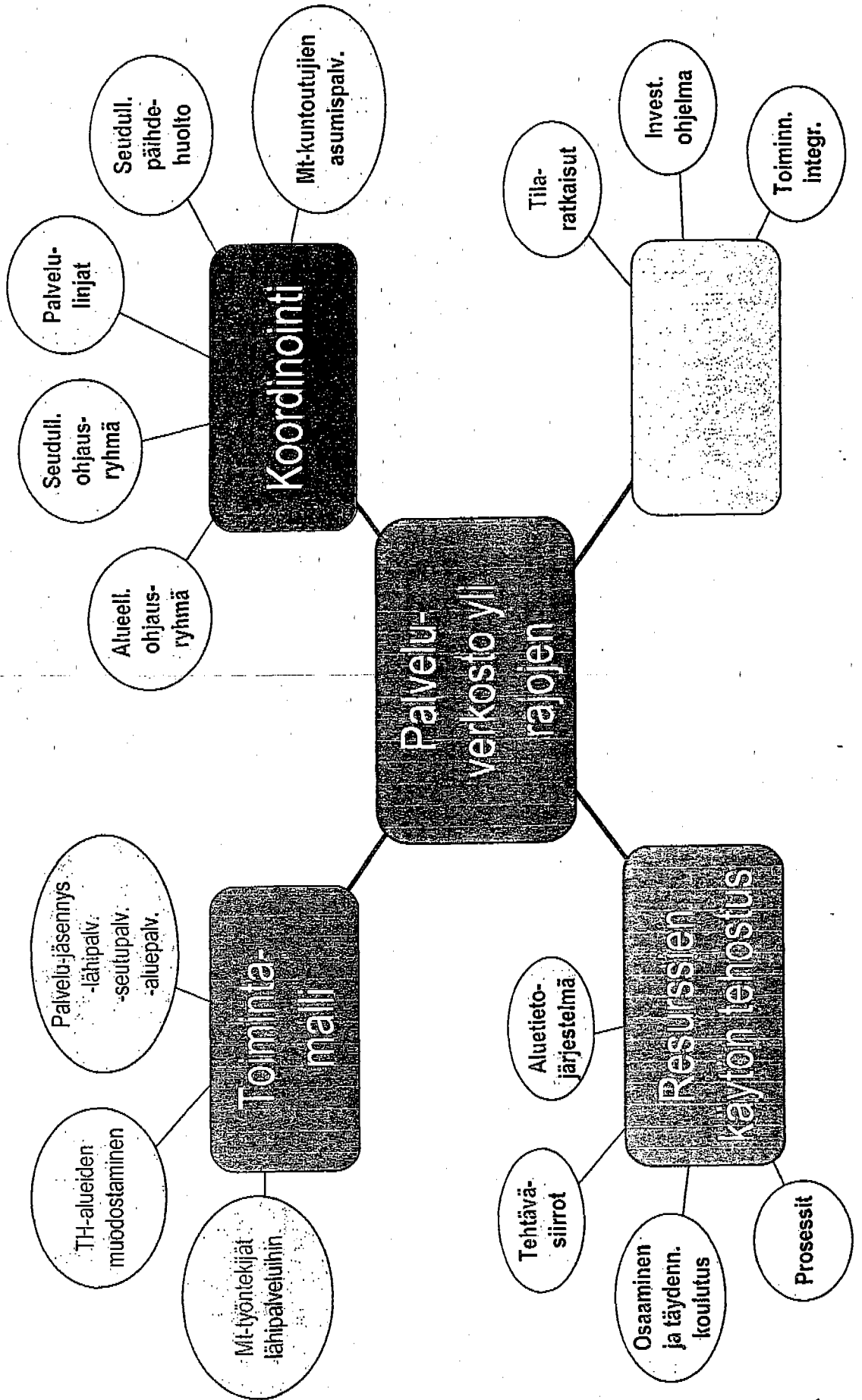
**HELSINGIN JA UUDENMAAN SHP:N VÄESTÖ IÄN MUKAAN
TULOSALUEITTAIN JA KUNNITTAIN**

* Väestö 31.12.2003

Kunta- koodi	Tulosalue/ Kunta	Ikäluokat					Yhteensä	osuus HUSin väestöstä
		0 - 14	15 - 44	45 - 64	65 - 74	75 -		
091	Helsinki	82 322	255 744	145 336	40 007	35 921	559 330	39,3 %
Hyvinkään sha		36 648	66 571	46 270	10 750	7 391	167 630	11,8 %
106	Hyvinkää	8 123	16 671	12 266	3 372	2 737	43 169	3,0 %
186	Järvenpää	7 656	15 803	10 203	2 092	1 360	37 114	2,6 %
505	Mäntsälä	3 979	6 514	4 804	1 264	912	17 473	1,2 %
543	Nurmijärvi	8 943	14 158	9 530	2 072	1 219	35 922	2,5 %
858	Tuusula	7 947	13 425	9 467	1 950	1 163	33 952	2,4 %
Jorvin sairaala		55 790	116 519	67 944	14 695	9 600	264 548	18,6 %
049	Espoo	46 547	100 467	56 885	12 284	8 048	224 231	15,7 %
235	Kauniainen	1 882	3 150	2 297	711	582	8 622	0,6 %
257	Kirkkonummi	7 361	12 902	8 762	1 700	970	31 695	2,2 %
Lohjan sha		15 643	29 517	22 637	5 970	4 625	78 392	5,5 %
223	Karjalohja	311	434	438	163	148	1 494	0,1 %
224	Karkkila	1 534	3 053	2 630	784	763	8 764	0,6 %
444	Lohja	7 045	13 830	10 366	2 749	2 014	36 004	2,5 %
540	Nummi-Pusula	1 124	2 003	1 709	614	487	5 937	0,4 %
737	Sammatti	222	390	416	117	94	1 239	0,1 %
927	Vihti	5 407	9 807	7 078	1 543	1 119	24 954	1,8 %
Länsi-Uudenmaan sha		8 677	16 939	14 484	4 507	4 031	48 638	3,4 %
078	Hanko	1 603	3 345	3 327	879	764	9 918	0,7 %
149	Inkoo	983	1 707	1 550	466	374	5 080	0,4 %
220	Karjaa	1 605	3 271	2 485	827	802	8 990	0,6 %
606	Pohja	923	1 654	1 479	496	452	5 004	0,4 %
755	Siuntio	1 112	1 903	1 570	331	242	5 158	0,4 %
835	Tammisaari	2 451	5 059	4 073	1 508	1 397	14 488	1,0 %
Peijaksen sairaala		42 215	93 692	59 327	12 973	7 002	215 209	15,1 %
245	Kerava	5 830	12 977	9 259	1 882	1 222	31 170	2,2 %
092	Vantaa	36 385	80 715	50 068	11 091	5 780	184 039	12,9 %
Porvoon sha		18 589	33 807	25 983	7 043	5 796	91 218	6,4 %
018	Askola	952	1 672	1 269	308	273	4 474	0,3 %
407	Lapinjärvi	507	898	916	325	331	2 977	0,2 %
424	Liljendal	263	498	418	137	150	1 466	0,1 %
434	Loviisa	1 100	2 389	2 402	753	727	7 371	0,5 %
504	Myrskylä	374	633	600	218	187	2 012	0,1 %
585	Pernaja	753	1 340	1 082	374	322	3 871	0,3 %
611	Pornainen	1 240	1 675	1 103	242	173	4 433	0,3 %
638	Porvoo	9 001	17 817	13 323	3 379	2 697	46 217	3,2 %
753	Sipoo	4 399	6 885	4 870	1 307	936	18 397	1,3 %
HUS yhteensä		259 884	612 789	381 981	95 945	74 366	1 424 965	100,0 %

Lähde: Tilastokeskuksen väestötilastot 31.12.2003

HUS-PSYKIATRIAN STRATEGIAKARTTA



PSYKIATRISEN TOIMINNAN MITOITUKSEEN LIITTYVIÄ LASKENNALLISIA PERUSTEITA

Tiedot perustuvat Juhani Solantauksen kokoamaan tilastoaineistoon

Taulukko 1:
Suuntaa-antavia mitoituserusteita

	Aikuispsykiatria	Lasten ja nuorten psykiatria
Hoitopaikat (hp)	0,7 hp/1000 as. 0,9 hp/1000 >18 v.	0.4 hp/1000 0-17 v.
Avohoitohenkilöstö	7 hlöä/1000 as. 9 hlöä/1000 >18 v.	11 hlöä/1000 0-17v.
Sairaalahenkilöstö	1,6 hlöä/hp	2,8 hlöä/hp
Henkilöstökustannukset vyörytyserineen	50 000 €/hlö	50 000 €/hlö

HUOM!

Hoitopaikkamitoitusta on pidettävä ns. enimmäisnormina. Tulevalla palvelurakenteella ja seudullisella toimintamallilla selviydytään mitä ilmeisimmin pienemmällä väestöön suhteutetulla hoitopaikkamäärällä

Taulukko 2:
Suuntaa-antava laskelma potilasmääristä toiminnoittain

	Potilasmäärät 2004	2020
Erikoissairaanhoido	25 750	33 000
Perheneuvolat	7 000	8 000
A-klinikat	10 000	12 000
Terveyskeskukset	45 000	55 000
Yhteensä	87 750	108 000

HUOM!

Laskelma perustuu Tilastokeskuksen väestöennusteeseen v. 2004

Taulukko 3:**Psykiatrisen erikoissairaanhoidon suuntaa-antava mitoitus alueittain HUS-piirissä**

Alue/vuosi	Potilasmäärä		Kustannukset	
	Aikuiset	Lapset/nuoret	Milj.euroa	euroa/potilas
Lohja				
2003	2 100	450	11,4	4 500
2020	2 400	600	12,3	4 100
Länsi-Uusimaa				
2003	1 150	350	8,5	5 670
2020	1 330	320	6,9	4 260
Hyvinkää				
2003	4 250	850	21,3	4 180
2020	5 250	1 400	27,2	4 100
Porvoo				
2003	2 150	650	11,1	4 320
2020	2 700	650	13,7	4 100
Jorvi				
2003	5 700	1 800	35,2	4 960
2020	8 150	2 150	42,2	4 100
Peijas				
2003	4 900	1 100	33,2	5 100
2020	6 400	1 700	33,2	4 100

HUOM!

Laskelma perustuu Tilastokeskuksen väestöennusteeseen v. 2004

HUS-PIIRIN SAIRAANHOITOALUEIDEN PSYKIATRIAN PERUSTIETOJA; Antti Hemmin DRG-selvitysaineisto

LIITE 8

	Hyvinkään sha	Jorvin	Lohjan sha	Länsi-Uudenm. sha	Peijaksen	Porvoon sha
Väestö	167 630	264 548	78 392	48 638	215 209	91 218
Laskutus	19 286 486,00 •	33 282 607,00 •	10 751 769,00 •	7 658 114,00 •	31 331 814,00 •	10 527 020,00 •
Omaraisuus	92,27 %	68,62 %	84,57 %	95,35 %	58,67 %	75,67 %
Avoprosentti	31,68 %	40,50 %	35,78 %	25,46 %	26,65 %	41,19 %
avo% korjaus	32,93 %			28,81 %		
Pot lkm	4371	7386	2325	1130	5962	2851
Skitsofrenia	614	891	296	115	699	305
Psykoottiset mielialahäiriöt	116	171	121	39	238	64
Muut psykoosit	364	427	144	60	636	169
Ei psykoottiset mielialahäiriöt	1515	2650	892	207	2343	1077
Pot/väestö	2,61 %	2,79 %	2,97 %	2,32 %	2,77 %	3,13 %
Sch/väestö	0,37 %	0,34 %	0,38 %	0,24 %	0,32 %	0,33 %
Ps ma/väestö	0,07 %	0,06 %	0,15 %	0,08 %	0,11 %	0,07 %
Muut ps/väestö	0,22 %	0,16 %	0,18 %	0,12 %	0,30 %	0,19 %
Ma.h./väestö	0,90 %	1,00 %	1,14 %	0,43 %	1,09 %	1,18 %
Laskutus/asukas	115,05 •	125,81 •	137,15 •	157,45 •	145,59 •	115,41 •
Laskutus/Pot	4 412,37 •	4 506,17 •	4 624,42 •	6 777,09 •	5 255,25 •	3 692,40 •
Lask/asukas korj	117,20 •			164,85 •		