



1.6.2010

3
ILMOITUSASIOITA

Terke 2010-577, 2008-2741

TJA Terveyslautakunta päättäneen merkitä tiedoksi esityslistalta ilmenevät ilmoitusasiat.

Lisätiedot:

Moisander Leena, hallintoläkimmies, puhelin 310 42220

Esittelijä

- 1 **TNJ/Superin pääluottamusmies Silja Paavolan** 25.5.2010 päivätty seuraava kannanotto terveysasemien työparimalliin:

Työparimalli terveysasemilla

Miten lähihoitajan työ jatkuu uudistuksen myötä terveysasemilla?

TNJ/Superin pääluottamusmiehenä olen kiinnittänyt huomion siihen, että vuoteen 2018 mennessä on suunniteltu monen ph/lh vakanssin muutamista sh/th vakanssiksi. Mielestäni näin suuren vakanssimuutokseen ei ole tarvetta.

Muutamilla terveysasemilla jo kokeilussa olleen työparimallin tulokset ovat osoittaneet, että se on ollut toimiva ja vaikuttanut työhön positiivisesti. Haasteeksi on joillakin alueilla noussut perus- ja lähihoitajien täydennyskouluttaminen, joskin monista eri paikoista on tullut myös hyvää palautetta. Onko tämä on ollut seurausta terveysasemilla muutamia vuosia hyvin tiukkarajaisesti tehdyistä toimenkuvista, jossa määriteltiin mitä eri ammattiryhmät ovat saaneet tehdä, jolloin lähi- ja perushoitajien luonnollinen laaja-alainen ammatillinen kehitys kaventui?

Terveysaseman organisaation ja työtapojen muutoksen syynä on ollut asiakaskeskeisyyttä ja hoidon saatavuuden parantamista. Miten siihen uudistukseen istuu lähihoitajan ammatti?

Yhtenä suurena kysymyksenä on miten vastataan kohta hyvin nopeasti suurenevan ikäihmisten hoidon tarpeeseen sekä miten pitkäaikaissairaat pääsevät nopeammin hoitoon, miten taataan



1.6.2010

hoidon taso, iäkkäät ja pitkäaikaissairaat kun ovat terveysasemien suurin potilasryhmä. Jo nyt on kehitetty erilaisia yhtenäisiä hoitomalleja mm. monisairaahan potilaan -hoitomallin juurruttaminen kansansairauksien hoidossa, muistisairaahan potilaan hoitoketjumallin käyttöönotto sekä mielenterveys- ja päihdepotilaiden palvelujen kehittäminen työmalliksi, jolloin tavoitteena on mm. potilaan itsehoitoa ja motivointia tukevaa toimintatapa. Tällaiset hoitomallit on koettu hyviksi ja hyödyllisiksi, mutta uusiutuviissa hoitomalleissa kaikki joutuvat käymään erilaisissa koulutuksissa, mikään ammattinimike ei ilman koulutusta pysy ajan tasalla hoitomuotojen muutoksissa.

Nyt suunnitellussa parityöskentelymallissa on tavoitteena että tällä hetkellä terveysasemilla olevat perus- ja lähihoitajat koulutetaan vastaamaan tähän haasteeseen. Haasteena on sekä omahoitajuus että toimistotyö. Omahoitajuus ja sähköinen asiointi ei sinällään poista toimistossa tapahtuvaa työtä. Ns. toimistotyö kun on eittämättä käyntikortti, saatavuus ja aseman toiminnallisuus ovat laadun mittareita joita ei kunnallisissa palveluissa voi ohittaa. On oleellista todeta että potilasvolyymiin luonnollisen kasvun myötä kaikkia ammattiryhmiä tarvitaan. Miten eritasoista hoitoa ja ohjattavuutta potilaat tarvitsevat ja tulevat tarvitsemaan. Lähihoitajan ammatti vastaa monilta osin sitä vaadetta jota tarvitaan jotta hoitoon pääsy sekä jatkuvuus saavutetaan. Lähihoitajan koulutuksella voi hyvin olla omahoitajana myös tulevaisuudessa.

Millainen on lähihoitaja koulutus

Koska perushoitajia ei vuoden -95 jälkeen ole enää valmistunut, niin puhun vain lähihoitajakoulutuksesta.

Lähihoitajien koulutus jo sinällään mahdollistaa terveysasemilla toimimisen monissa eri tehtävissä, niin toimistossa kuin omahoitajana.

Voidaan todeta, että koulutuksensa mukaisesti lähihoitaja toimii työssään kokonaisvaltaisesti, inhimillisesti ja suvaitsevaisesti. Lähihoitaja kunnioittaa asiakkaiden ja potilaiden vakaumusta, arvoja ja kokemuksia. Hän tunnistaa väkivallan uhkan ja sen erilaiset ilmenemismuodot ja voi osallistua väkivaltaa ja syrjäytymistä ehkäisevään työhön. Työskennellessään hän osaa ottaa huomioon asiakas- ja potilasturvallisuuden, ennaltaehkäistä tapaturmien syntymistä sekä toimia turvallisesti ja ergonomisesti.

Työssä korostuu asiakkaan terveydenedistäminen sekä hyvinvointia ja kokonaiskuntoutumista tukeva työote, hän kykenee itsenäiseen päätöksentekoon sekä määrittelemään hoidon tarpeen.

Koulutuksena perusteella hän kykenee osallistumaan terveyden

Postiosoite

PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
terveyskeskus@hel.fi

Käyntiosoite

Siltasaarenkatu 13
Helsinki 53
<http://www.hel.fi/terveyskeskus>

Puhelin

+358 9 310 5015

Faksi

+358 9 310 42504



1.6.2010

edistämiseen ja ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön sekä muiden kansansairauksien ehkäisyyn niin yksilöiden kuin yhteisöjenkin kohdalla. Samaten voidaan todeta, että koulutuksensa mukaisesti hän toteuttaa tavallisimpia sisätauti-kirurgisia, infektio, neurologisia, syöpä- ja ihotauteja sekä muistisairauksia sairastavien asiakkaiden tai potilaiden sairaanhoitoa ja huolenpitoa.

Lähihoitajan koulutuksessa painotetaan ikääntyvän ihmisen hoitoa, jolloin oman koulutuksensa myötä hän on ikäihmisten hoidon ammattiosaaja.

Vuonna 2010 koulutus muuttuu hyvin olennaisesti, tutkintoon voidaan yksilöllisesti sisällyttää enemmän tutkinnon osia silloin kun se on työelämän alakohdaksiin tai paikallisiin ammattitaitovaatimukseen vastaamisen ja tutkinnon suorittajan ammattitaidon syventämisen kannalta on tarpeellista.

10 ov. jää opiskelijalle valinnaiseksi, jolloin hän voi syventää haluamiaan osioitaan.

Joten on mielestäni tarpeetonta todeta, että luonnollisen poistuman myötä perus- ja lähihoitajista osa, joka näyttää tilasoina olevan yli 100 vuoteen 2018 mennessä, olisi vaihdettava th/sh.ksi, vaan on katsottava mihin on oikeasti tarvetta.

2 **Tekniikka ja Terveys KTN Helsingin paikallisyhdistys ry:n**
25.5.2010 päivätty kannanotto esitykseen terveysasemien työparimallista:

” Terveysasemaosasto esittää toiminnan kehittämisessään Työparimallin käyttöönottoa kaikilla terveysasemilla vuoden 2010 aikana. Suunnitellussa työparimallissa KTN ry haluaa tuoda esiin sen, etteivät kuntalaiset saa jatkossa yhdenvertaisia tai tasapuolista laatua palveluissaan johtuen työparimallissa olevien ammattiryhmien erilaisista perusopintojen tuomasta valmiudesta toimia ammatissaan.

1. Toimivan työparimallin omahoitajan osaamiseen liittyvät edellytykset

Työparimalli vaatii riittävän (1:1) ja hyvin toimiakseen koulutuksellisesti oikeinmitoitettun henkilöstön. Työparimallin pilotoinnissa on selvitetty että malli toteutuu parhaiten silloin kun työparin muodostavat lääkäri/terveydenhoitaja/ sairaanhoitaja. Joista terveydenhoitaja edustaa terveyden edistämisen asiantuntijaa koulutuksensa perusteella. Terveydenhoitajan koulutus sisältää sairaanhoitajan koulutuksen. Terveydenhoitajat ovat koulutuksessaan saaneet erityisvalmiudet väestön terveydenedistämiseen, ennaltaehkäisyyn ja



1.6.2010

kansansairauksien ehkäisemiseen ja hoitoon. Terveystenhoitajien työskentelyote perustuu laajaan terveydenedistämisen käsitykseen. Laaja-alainen ammattiosaaminen antaa hyvät ammatilliset valmiudet sekä itsenäinen työote takaavat toimivan työparimallin.

2. Työparimallin vaikutukset terveydenhoitajan työhön

Työparimallin ja uudistunut hoitomallien ja suositusten myötä terveydenhoitajien vastaanottoajat ovat pidentyneet esimerkiksi pitkäaikaissairaiden vuosikontrollien kohdalla (30–40 min). Työparimallissa lisääntyvä puhelintyön määrä (n.2,5 t/pvä/th) tulee vähentämään vastaanottoaikojen määrää ja pidentämään terveydenhoitajien vastaanoton jonoja.

Työparimallissa terveydenhoitajien työtehtävien vaativuus lisääntyy tehtäväsiirtojen myötä. Lisäksi osastonhoitajien tehtäväkuva laajeni organisaatiouudistuksen yhteydessä.

Terveydenhoitajien ja osastonhoitajien tehtävien vaativuuden arviointi on päivitettävä ja palkkaus tarkistettava vastaamaan muuttunutta työnkuvaa.

Terveysasemilla, joissa omahoitajina toimii monta lähi/ perushoitajaa kuormittaa terveydenhoitajia, näillä asemilla on henkilöstön vakanssirakenne ja mitoitus tarkistettava.

Henkilöstöressurit on mitoitettava niin, että toimintojen sujuvuus taataan. Lääkärien tai terveydenhoitajien vaje vaikuttaa työparimallissa heti negatiivisesti hoidon saatavuuteen ja kuormittaa erityisesti terveydenhoitajia.

Riittävien palvelujen takaamiseksi on oltava mahdollisuus sijaisten ja varahenkilöiden käyttöön. Työntekijöiden oikeus lyhennettyyn työaikaan ja yksilöllisiin työratkaisuihin on turvattava. Terveydenhoitajien erikoistehtävien hoitaminen on huomioitava mitoituslaskennassa mm. opioidikorvaushoitoja antavilla terveysasemilla.

3. Lähi- perushoitajien toimiminen omahoitajana

Mallissa 40 lähi- perushoitajaa siirtyy omahoitajiksi



1.6.2010

terveysasemaosastossa.

Siirryttäessä työparimalliin on huomioitava että Lähi/ perushoitaja ei voi tehdä peruskoulutuksensa, osaamisensa ja suunnitellun (5 päivän) täydennyskoulutuksen perusteella laajamuotoista terveysneuvontaa tai terveystarkastuksia. Lähi/perushoitajan työnkuva tulisi pitää selkeänä ja tehtäväkuva määritellä. Toimivassa työpari- tai nelikkomallissa työnjako on tehtävä koulutuksen ja ammatillisen osaamisen perusteella. Erityisesti on kiinnitettävä huomio perus/lähihoitajien osaamisen varmistamiseen ja arviointiin ennen työtehtävien laajentamista. Terveysasemilla tulee olla myös yhtenäiset toimintatavat.

On arvioitava niiden lähihoitajien toimiminen työparina joiden peruskoulutuksen sisältö (esim asiakaspalvelu ja tietohallinta tai lasten ja nuorten hoito ja kasvatus koulutusohjelman suuntautuminen) ei anna riittävästi sairaanhoidollisia tietoja ja taitoja työparimallin omahoitajana toimimiseen.

Mallissa on jokaiselle omahoitajaksi siirtyvälle lähi- perushoitajalle nimetty tutor- terveydenhoitaja. Tutor-terveydenhoitaja ei voi opettaa eikä vastata lähi- perushoitajien omahoitajan työssä vaadittavasta teoriaopetuksesta oman työnsä ohella.

4. Ammattinimikkeiden käyttö

Omahoitaja-nimike ei ole KVTES:n mukainen nimike. Ammattinimikkeet, (terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, perushoitaja, lähihoitaja) millä koulutuksella tehtävää tehdään pitää olla käytössä ja tiedossa kuntalaisilla, terveyskeskuksen tiedotteissa ja Internet-sivuilla.

5. Suunnitelmat vakanssirakenteiden muutoksiin

Työparimallin loppuraportissa henkilöstörakenteen muutos toteutetaan muuttamalla 50 perushoitajan vakanssia 42 terveyden/sairaanhoitajan vakanssiksi.

KTN kanta on että vakanssit tulee muuttaa terveydenhoitajien vakansseiksi. Näin taataan mahdollisimman osaava henkilökunta vastaamaan tulevaisuuden perusterveydenhuollon haasteisiin, joita ovat mm

- väestöryhmien väliset terveyserot
- työttömyyden lisääntyminen lisää terveyden ja toimintakyvyn



1.6.2010

heikkenemistä sekä huonojen terveystottumusten mahdollisuutta ja lisää julkisen perusterveydenhuollon kysyntää.

- lisääntyvä ikääntyvän väestön tuomat haasteet perusterveydenhuoltoon
- ulkomaalaistaustainen väestö

Lisäämällä terveydenhoitajien vakansseja perusterveydenhuoltoon varmistetaan terveyden ja hyvinvointia edistävä ja terveysongelmia ehkäisevä työote, joka säästää yhteiskunnan kustannuksia.

KTN esittää myös että terveysasemilla voidaan siirtyä laajemmin työparimallin käyttöönottoon vasta kun terveysasemilla on työparimalliin riittävän koulutuksen saanut henkilökunta ja työskentelyn edellyttämät tilat sen toteuttamiseen.

- 3 **Kaupunginhallituksen** pöytäkirjanote, 3.5.2010, 559 §, jonka mukaan kaupunginhallitus päätti antaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselle seuraavan lausunnon psykiatrian toimintasuunnitelmasta 2010 – 2020:

Yleistä suunnitelmasta

Suunnitelmassa sitoudutaan vahvasti toimintakäytäntöjen uudistamiseen. Suunnitelmaan perehtymistä vaikeuttaa se, ettei tavoitellusta toimintamallista ole voitu antaa konkreettisempaa kokonaiskuvausta. Suunnitelmassa viitataan vahvistuvaan ja uudistuvaan avohoitoon sekä uusiin välimuoto- ja välimaastoyksiköihin. Toiminnan uudistamista ja tehokkuutta painotetaan kertomatta kuitenkaan, mitä konkreettisesti on tarkoitus muuttaa.

Suunnitelman jatkovalmistelussa tulee selkeämmin esittää, mitkä ovat suunnitellut poliklinikoiden ja sairaalatoiminnan voimavarat, vastuualueet ja tehtävät.

Suunnitelmassa ei mainita Mieli 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa ja sen vaikutuksia psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Ns. kolmatta sektoria ja sen monipuolista ja merkittävää toimintaa julkisen palvelun täydentäjänä ei mainita lainkaan. Yhteistyötä järjestöjen kanssa tulisi tiivistää varsinkin, kun toimintasuunnitelmassa todetaan avohoidon korostuva merkitys.



1.6.2010

Mielenterveysongelmiin liittyvien päihdehäiriöiden tutkimus ja hoito saa potilaiden määrään nähden varsin vähän tilaa suunnitelmassa.

Suunnitelmassa esitetty palvelujen keskittämisen logiikka (mm. vanhuspsykiatrian palvelut, ruotsinkielinen psykiatria) edellyttää uudelleentarkastelua. Perustason psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja yliopistosairaalaan kuuluvan vaativan erikoissairaanhoidon ("tertiäärinen toiminta", erityisen vaativa psykiatrinen hoito, harvinaiset psykiatriset häiriöt, pienet potilasryhmät) välinen toiminnallinen työnjako HUS-alueella tulisi tarkistaa yhteistyössä kuntien kanssa.

Suunnitelmassa keskeisen roolin saavaa Kellokosken sairaalaa tulee Helsingin näkemyksen mukaan kehittää erityistason sairaalakuntoutuspaikkana, jonka vastualueena on vaikeaoireisten kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutus sekä käytösoireiden vuoksi vaikeahoitoisten psykiatristen potilaiden vaativa jatkohoito. Kellokoskelle ei ole tarkoituksenmukaista rakentaa sellaista kuntoutusvuodeosastokapasiteettia, joka voitaisiin korvata lähempänä avohoitoa olevalla psykiatrisella kuntoutuksella, jota toteuttavat kuntoutuskodit, palvelutalot ja päivätoimintakeskukset. Kellokosken sairaalan käyttöä suunniteltaessa tulee arvioida myös A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalan osuus päihdepsykiatristen potilaiden palvelukentässä.

Neuropsykiatriassa yliopistoklinikalta toivotaan ohjausta mm. autismspektrin häiriöistä kärsivien potilaiden perustason tutkimusohjeistojen rakentamisessa. Suunnitelmassa mainittu neuropsykiatristen palvelujen parantaminen tekemällä palvelusopimuksia ulkopuolisten rahoittajien kanssa jää epäselväksi.

Ikäihmisten määrän kasvun vuoksi ei ole perusteltua pitää vanhuspsykiatriaa erityisenä tai pienelle potilasryhmälle tarjottavana keskitetysti tuotettavana osaamisalueena. Vanhuspsykiatrian konsultaatiota luvataan alueille, joilla vanhuspsykiatriaa ei ole. Esitys on ongelmallinen potilaiden palvelutarveajattelun kanssa. Jatkoselvittelyssä tulisi kuvata, miten käytännössä turvataan konsultaatiopalvelut näiden alueiden potilaille ja miten akuuttihoito hoito järjestetään silloin, kun potilasta ei voida asianmukaisesti hoitaa konsultaatioiden turvin. Erityisen vaikeahoitoisten vanhusten psykiatrinen tutkimus ja hoito on tarkoituksenmukaista keskittää yliopistosairaalaan.

Suunnitelman taloudellisten vaikutusten arviointi jätetään kokonaan



1.6.2010

avoimeksi perustellen sitä tuntemattomien muuttujien suurella määrällä. Suunnitelman kehittämistä tuleekin jatkaa konkretisoinnein ja kustannustekijöitä tutkimalla huomioon ottaen valtakunnalliset linjaukset kuten Mieli 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.

Suuri osa suunnitelmassa esitetyistä aikuispsykiatrisen toiminnan kehittämistä, järjestämistä ja hoidon sisältöä koskevista ehdotuksista on Helsingissä jo toteutettu tai niitä ollaan toteuttamassa. Keskeisiä hoitoprosesseja (mielialahäiriöpotilaan hoito, psykoosipotilaan hoito) on kehitetty yhteistyössä HUSin kanssa ja siten on turvattu riittävän yhtenäisiä hoitokäytäntöjä ja on välttytty moninkertaiselta työltä.

Psykiatrian tuotteistushankkeen käynnistämistä valmistellaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa terveyskeskuksen muun tuotteistuskehittämisen mukaisesti. HUS-psykiatria on kutsuttu mukaan hankkeeseen.

HUS-psykiatrian suunnitelma ja Helsingin kaupungin psykiatrian palvelut

Suunnitelmassa kritisoidaan voimassa olevaa työnjakosopimusta ja esitetään tavoitteeksi organisaatioiden yhdistyminen.

Kalleushankkeen päätyttyä laadittiin vuonna 2006 Helsingin ja HUS-psykiatrian välinen yksi kirjallinen työnjakosopimus. Sen toteutumista on seurattu säännöllisesti ja yhteistyössä on valmisteltu tarvittavia tarkistuksia. Sopimuksen seuranta ei Helsingissä ole nähty työläänä eikä pitkäjänteistä suunnittelua vaikeuttavana, vaan tavanomaisena johtamisyhteistyönä. Esitettyä toiminnallisen yhteistyön kehittämistä ja yhteisen suunnittelun ja palveluseurannan jatkamista pidetään tärkeänä ja tarpeellisena.

Kaupunginhallitus ei kannata suunnitelmaan sisältyvää näkemystä organisaatioiden yhdistymisestä erityisesti seuraavista syistä:

- 1 Nykyaikaisessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokonaisuudessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon enenevästi tärkeimmät tai ensisijaiset yhteistyökumppanit ovat terveyskeskuksen perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimen päihdehuolto, joille psykiatrian konsultaatioiden varmistaminen voidaan taata parhaiten, jos psykiatria säilyy kunnan omana toimintana.
- 2 Tässä vaiheessa ei ole tarkoituksenmukaista ryhtyä mihinkään merkittäviin rakenteiden ja (tai) toimintojen muutoksiin, koska joka tapauksessa aivan lähivuosina saatetaan joutua muuttamaan koko



1.6.2010

terveyspalvelujärjestelmä ja sen rakenteet toisaalta valmisteilla olevan terveydenhuoltolain voimaan tulon myötä ja toisaalta selvitettävänä olevan Helsinki-Vantaan mahdollisen yhdistymishankkeen toteutuessa.

- 3 Nyt kaupunki voi itse päättää palvelun järjestämistavan; vaikeimmin sairaiden hoitosuhde psykiatriassa on yleensä pitkäkestoinen ja siksi palvelun fyysinen läheisyys (lähipalvelujen järjestäminen) on olennaisen tärkeää potilaalle. Jos avohoito tai koko psykiatria siirtyisi HUSin järjestämisvastuulle, kaupunki ei tosiasiaassa voisi enää estää helsinkiläisten psykiatrian palvelupisteiden – ei edes psykiatrian poliklinikkojen – siirtymistä HUSin niin päättäessä, Helsingin maantieteellisen alueen ulkopuolelle lähikuntiin.
- 4 Kaikissa aiemmissa lähivuosien selvityksissä (Brommels, 2005, Tuomola 2005, Aer 2009) on päädytty kannattamaan sairaanhoitopiiriin siirtämisen sijasta nykyjärjestelmän säilyttämistä sen paremmuuden perusteella. Helsingin terveyskeskuksen psykiatrisen avohoidon ulkopuolisessa arvioinnissa (Moring ym. 2009) annettiin suosituksia Helsingin ja HUSin työnjaon tarkistamiseen.

Ruotsinkieliset palvelut

Suunnitelmassa ruotsinkieliset palvelut ehdotetaan koottavaksi seudulliseen, väestövastuun kantavaan osaamiskeskukseen, ”moderniin välimuotoyksikköön”.

Ruotsinkielisyyttä ei voida pitää psykiatrista erityisosaamista edellyttävänä lähtökohtana, vaan palvelujen järjestämisperusta pitäisi olla sama kuin suomenkielisellä väestöllä. Ruotsinkielisten tulisi vastaavasti saada erityistason psykiatrian palveluja (esim. neuropsykiatriaa) omalla äidinkielellään. Ruotsinkielisten palvelujen erottaminen yliopistotason toiminnaksi voi eristää palvelun muusta väestövastuullisesta toiminnasta ja vaarantaa hoitoketjujen sujuvuutta. Nykyisin HYKSissä toimivalla ruotsinkielisellä osastolla hoidetaan n. 60 - 70 potilasta vuodessa, kun Auroran sairaalassa on vuosittain hoidossa noin 700 äidinkieleltään ruotsinkielistä henkilöä. Epäselväksi jää, tarkoittaako suunnitelman väestövastuullisuuden periaate sitä, että kaikki ruotsinkielistä sairaalahoitoa tarvitsevat helsinkiläiset hoidettaisiin HYKSissä.

Suunnitelmasta ei ilmene, miten suunniteltu yksikkö vahvistaisi muiden keskitettyjen palvelujen valmiuksia, miten se pienentäisi Jorvin suljettujen sairaansijojen tarvetta ja miten se tukisi Tammiharjun sairaalan toiminnan sopeuttamista. Suunnitelman yhdistäminen Jorvin



1.6.2010

sairaansijatarpeen korvaamiseen herättää huolta mahdollisesta osastokapasiteetin vähenemisestä.

Helsingin avohoidon arviointiraportissa (2009) esitetään, että ruotsinkielisten psykiatristen palvelujen tuottaminen tulisi selvittää HUSin kanssa lähtökohtanaan se, että laajempi väestöpohja tarjoaa mahdollisuuden monipuolisempien palvelujen tuottamiseen.

Aikaisemmissa alustavissa selvityksissä Jorvi ei ole tuonut esiin tarvetta lähettää ruotsinkielisiä potilaita keskitetylle osastolle.

Kaupunginhallitus esittää vielä vaihtoehtona selvitettäväksi, voitaisiinko ruotsinkieliset psykiatrian palvelut toteuttaa kaupungin toimintana yhdistämällä niihin ammatillinen ja yliopistollinen opetus. Tämä ratkaisu saattaisi lievittää nykyistä merkittävää ruotsinkielisen henkilöstön rekryointivaikeutta. HYKSille jäisi edelleen ruotsinkielisten potilaiden harvinaisten tai erityisen vaativien psykiatristen häiriöiden hoito.

HUSin suunnitelmaan sisältyvän ehdotuksen ja nyt esitetyn vaihtoehtoisen ehdotuksen etuja ja ongelmia tulisi vielä selvittää ja käydä asiasta keskustelua.

Vanhuspsykiatria

Aikaisempien selvitysten (mm. Tuomola, Moring) mukaisesti vanhuspsykiatria nähdään ensisijaisesti alueellisesti tuotettavana palvelumuotona. Vanhusikäisten määrän kasvun myötä tulevaan lisääntyvään mielenterveyspalvelutarpeeseen ei voida vastata vain vanhuspsykiatria lisäämällä. Vanhuksia hoitavien työntekijöiden mielenterveyshoito-osaamista tulee kehittää konsultaatioin ja täydennyskoulutuksen avulla. Helsingin psykiatria aloittaa keväällä 2010 vanhuspsykiatrian konsultaatiotoiminnan ja on lisäksi käynnistänyt terveyskeskuksen ja sosiaaliviraston työntekijöille suunnatun vanhuspsykiatrian moniammatillisen täydennyskoulutuksen tämän vuoden alussa.

Vanhuspsykiatrian hoitoketju tulisi määritellä yhteistyössä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen vanhustalujen, kaupunginsairaalan, terveyskeskuksen psykiatrian ja HUSin vanhuspsykiatrian kesken ja samalla tarkistaa nykyisen työnjakosopimuksen sisältö.

Päihdepsykiatria



1.6.2010

Päihdepsykiatrian osalta suunnitelma tulee täsmentymään. Opioidikorvaushoidon tarpeen arvioinnin vähitellen siirtyessä kaupungin tehtäväksi tulisi yhteisesti selvittää, miten HUSista tällöin vapautuvat voimavarat on tarkoituksenmukaista sijoittaa.

Lasten- ja nuorisopsykiatria

Ajankohtaista ja välttämätöntä on lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoidon (perus- ja erityistaso), perheneuvolan ja lastensuojelun hoitovastuiden nykyistä selkeämpi määrittely.

Myös nuorten päihde- ja mielenterveysoirehdinnassa korostuu yhteistyön merkitys. Nuorten päihdetyön ja päihdepsykiatrian sekä nuorisopsykiatrian hyvän toiminnallisen yhteistyön ja työmuotojen kehittämiseen on jatkuvaa tarvetta. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhdessä kehitettävä alue voisi olla uusien työmallien kehittäminen ns. käytöshäiriöisten nuorten hoitoon.

Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten palvelujen siirtäminen Tampereelta ja Kuopiosta Kellokoskelle on etäisyyksien lyhenemisen vuoksi kannatettavaa.

Opetusterveyskeskustoiminnan laajentaminen ja erikoislääkärikoulutus

Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on mahdollisuus suorittaa erikoislääkärikoulutukseen kuuluvia opintoja. Helsingin monipuolinen psykiatriakokonaisuus ja kiinteä yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa tarjoavat jatkossa uusia mahdollisuuksia laajentaa ja lisätä yliopistoyhteistyötä. Mieli 2009 – ohjelmaa vastaavan integroidun työmallin mukaiseen eri ammattiryhmien kouluttamiseen on hyvät edellytykset.

- 4 **Kaupunginhallituksen** pöytäkirjanote, jonka mukaan kaupunginhallitus päätti 24.5..2010, ettei se ota terveyslautakunnan 18.5.2010 tekemiä päätöksiä käsiteltäväkseen
- 5 **Toimitusjohtajan ja osastopäälliköiden sekä muiden viranhaltijoiden** terveyskeskuksen kirjaamoon 26.5.2010 mennessä saapuneiden päätösten osalta ei ole ilmoitettu otto-oikeuden käyttämisestä



1.6.2010

Postiosoite

PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
terveyskeskus@hel.fi

Käyntiosoite

Siltasaarekatu 13
Helsinki 53
<http://www.hel.fi/terveyskeskus>

Puhelin

+358 9 310 5015

Faksi

+358 9 310 42504