Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA

Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toimikaudelle 1.4.2007–30.12.2008.

Työryhmän tehtävänä oli

1. valmistella sosiaali- ja terveysministeriölle ministeriön strategia 2015:n mukainen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma
2. tehdä ehdotukset hyvien käytäntöjen yleistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa
3. tehdä tarpeen mukaan ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi.

Työryhmän puheenjohtajana toimi apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajana johtaja Kari Paaso sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän muiksi jäseniksi ja heidän henkilökohtaisiksi varajäsenikseen nimettiin ylitarkastaja Kari Haavisto sosiaali- ja terveysministeriöstä (varajäsen ylitarkastaja Veli-Matti Risku), tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (varajäsen tulosaluejohtaja Maijaliisa Junnila), tutkimusprofessori Jouko Lönnqvist Kansanterveyslaitoksesta (varajäsen akatemiatutkija Jaana Suvisaari), lääninlääkäri Jari Korhonen Itä-Suomen lääninhallituksesta (varajäsen lääninlääkäri Helena Kemppinen), hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki Suomen Kuntaliitosta (varajäsen erityisasiantuntija Soile Hellstén), ylilääkäri Teija Honkonen Työterveyslaitoksesta 1.4.2007–8.1.2008, tilalle rehtori Matti Ylikoski Työterveyslaitoksesta 9.1.2008 alkaen (varajäsen ylilääkäri Martti Kuokkanen 1.4.2007–8.1.2008, tilalle projektipäällikkö Leena Hirvonen Työterveyslaitoksesta 9.1.2008 alkaen), projektijohtaja Antero Lassila Vaasan sairaanhoitopiirin Pohjanmaa-hankkeesta (varajäsen ylilääkäri Matti Kaivosoja), projektipäällikkö Jorma Posio Rovaniemen kaupungin Lappi-hankkeesta (varajäsen johtava lääkäri Timo Peisa), projektipäällikkö Maria Vuorilehto Vantaan kaupungin Sateenvarjo-projektista (varajäsen terveyspalvelujen johtaja Timo Aronkytö 1.4.2007–25.8.2008, tilalle projektikoordinaattori Lauri Kuosmanen 25.8.2008 alkaen), toimitusjohtaja Lasse Murto A-klinikkasäätiöstä (varajäsen Pekka Heinälä), toiminnanjohtaja Marita Ruohonen Suomen Mielenterveysseura ry:stä (varajäsen kehittämisjohtaja Liisa Saaristo). Teija Honkonen jatkoi työryhmän asiantuntijana sosiaali- ja terveysministeriön edustajana 9.1.2008 alkaen. Työryhmän asiantuntijasihteereinä toimivat ylilääkäri Timo Tuori ja kehittämispäällikkö Airi Partanen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta.

Lääkintöneuvos Terhi Hermanson sosiaali- ja terveysministeriöstä avusti työryhmää elokuusta 2008 alkaen. Työryhmän teknisinä sihteereinä toimivat osastosihteeri Hanna Vihermäki sosiaali- ja terveysministeriöstä ja projektisihteeri Hanna Kääriä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta.

Työryhmä kokoontui 14 kertaa ja järjesti kaksi sisäistä seminaaria 28.–29.8.2008 ja 12.–13.11.2008. Mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuutta linjattiin keväällä 2008 viidessä alueellisessa kuulemistilaisuudessa sekä järjestöjen kuulemistilaisuudessa ja eduskunnan seminaarissa. Työryhmän alustavista ehdotuksista järjestettiin kuulemistilaisuus 4.11.2008. Sosiaali- ja terveysministeriö teki toimitusjohtaja Jussi Suojasalmen kanssa ajalle 1.10.2008–31.12.2008 toimeksiantosopimuksen, jonka mukaisesti Suojasalmi osallistui suunnitelmatyöhön valmisteltaessa palvelujärjestelmää koskevia ehdotuksia. Lisäksi hän laati erillisen esityksen etenkin päihdepalvelujärjestelmän ja siihen liittyvän päivystyksen kehittämisestä.

Saatuaan tehtävänsä suoritetuksi työryhmä luovuttaa kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 10. päivänä helmikuuta 2009

Marja-Liisa Partanen

Kari Paaso	Kari Haavisto
Kristian Wahlbeck	Jouko Lönnqvist
Jari Korhonen	Liisa-Maria Voipio-Pulkki
Matti Ylikoski	Maria Vuorilehto
Antero Lassila	Jorma Posio
Lasse Murto	Marita Ruohonen
Timo Tuori	Airi Partanen

Tiivistelmä

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki 2009. 46 s.
Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
ISSN 1236-2115 (painettu), 1797-9897 (verkkojulkaisu).
ISBN 978-952-00-2767-4 (nid.), 978-952-00-2768-1 (PDF).
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2768-1.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015. Suunnitelman lähtökohtana on mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. Suunnitelma linjaa ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyötä yhdessä valtakunnallisella tasolla.

Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä ja ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja. Palvelujärjestelmän kehittämisessä uusia keskeisiä linjauksia ovat matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa ja yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. Suunnitelman lopussa esitetään suunnitelman toteuttamiseen tarvittavat ohjauskeinot.

Asiasanat: asiakas, avohoito, edistävä ja ehkäisevä työ, elämänkaari, mielenterveys, peruspalvelut, palvelujärjestelmä, päihde

Sammandrag

Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Helingfors 2009. 46 s. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:3.
ISSN 1236-2115 (print), 1797-9897 (online).
ISBN 978-952-00-2767-4 (inh.), 978-952-00-2768-1 (PDF).
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2768-1.

Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete ger uttryck för de centrala framtida principerna och prioriteringarna för mentalvårds- och missbruksarbetet till år 2015. Utgångspunkten för planen är att psykiska problem och missbruks har en stor betydelse för folkhälsan. För den första gången ger planen gemensamma riksomfattande riktlinjer för mentalvårds- och missbruksarbetet.

Planen framhäver att klientens ställning stärks, den psykiska hälsan och alkohol- och drogfrihet främjas, problem och skador förebyggs och mental- och missbrukarvård ordnas för alla åldersgrupper så att grund- och öppenvårdstjänster betonas. Nya centrala linjedragningar när det gäller utvecklande av servicesystemet är lågtröskel principen en-dörr-in när en person söker behandling vid en social- och hälsovårdscentral och grundande av öppenvårdsenheter som sammanför mental- och missbrukarvård. Dessutom framställs de styrmedel som behövs för att genomföra planen.

Nyckelord: främjande och förebyggande arbete, grundtjänster, klient, levnadslopp, psykisk hälsa, rusmedel, servicesystem, öppenvård

Summary

Plan for mental health and substance abuse work. Proposals of the Mieli 2009 working group to develp mental health and substance abuse work until 2015. Helsinki 2009. 46 pp. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2009:3.
ISSN 1236-2115 (print), 1797-9897 (online).
ISBN 978-952-00-2767-4 (pb.), 978-952-00-2768-1 (PDF).
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2768-1.

The national plan for mental health and substance abuse work defines the core principles and priorities for the future of mental health and substance abuse work until 2015.The plan starts from the premises that mental health and substance abuse problems have great significance for the public health. For the first time the plan outlines common national objectives for mental health and substance abuse work.

The plan emphasises that the client's status is reinforced, mental health and abstinence from alcohol and drugs are promoted, problems and alcohol and drug related harm are prevented and treated and that mental health and substance abuse services are organised for all age groups in a way that emphasises basic and outpatient services. New key policy definitions for developing the service system include the low-threshold principle of single entry point when a persons seeks care at a social and health centre as well as the establishment of outpatient units that combine mental health and services for substance abusers. The plan is concluded with a presentation of the steering tools necessary for implementing the plan.

Keywords: basic services, client, intoxicant, lifecycle, mental health, outpatient care, promotion and prevention, service system

Sisällysluettelo

Sosiaali- ja terveysministeriölle 3

Tiivistelmä 5

Sammandrag 7

Summary 9

Johdanto 13

Työryhmän ehdotukset 14

Ehdotukset perusteluineen 17

1 Asiakkaan aseman vahvistaminen 17

Ehdotus 1. Yhdenvertainen kohtelu ja palveluihin pääsy 18
Ehdotus 2. Yhden oven periaate 19
Ehdotus 3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat 20
Ehdotus 4. Tahdosta riippumaton hoito 21
Ehdotus 5. Toimeentuloturva 22

2 Edistävä ja ehkäisevä työ 23

Ehdotus 6. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopisteet 23
Ehdotus 7. Mielenterveys- ja päihdetyön strategia 26

3 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen 27

Ehdotus 8. Palvelukokonaisuuden koordinointi 27
Ehdotus 9. Perus- ja avopalvelujen tehostaminen 28
Ehdotus 10. Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö 33
Ehdotus 11. Työterveyshuollon rooli työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa 34
Ehdotus 12. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työllistymisedellytykset 36
Ehdotus 13. Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalvelut 37

4 Ohjauskeinojen kehittäminen 38

Ehdotus 14. Mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen 38
Ehdotus 15. Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset 39
Ehdotus 16. Mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi 40
Ehdotus 17. Mielenterveys- ja päihdetyön resurssien vahvistaminen 41
Ehdotus 18. Mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain päivittäminen 42

Lyhenteet ja niiden selitykset 43

Tiivistelmä pohjoissaameksi 44

Tiivistelmä inarinsaameksi 45

Tiivistelmä koltansaameksi 46

Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2007 mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun 106 kansanedustajan vuonna 2005 tekemän aloitteen perusteella. Mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys on kasvavan huomion kohde. Vaikka mielenterveyshäiriöiden yleisyys ei ole muuttunut, on niihin liittyvä työkyvyttömyys lisääntynyt voimakkaasti. Sairauspäivärahapäivistä joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään psyykkisin perustein. Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien aiheuttamat suorat hoitoon, kontrolliin ja sosiaalivakuutukseen liittyvät kustannukset ovat mittavia, ja epäsuorat kustannukset, kuten menetetystä työpanoksesta ja tuottavuuden laskusta johtuvat, ovat moninkertaiset suoriin kustannuksiin verrattuna. Työikäisten yleisin kuolinsyy on alkoholi. Sen kokonaiskulutus on kolminkertaistunut 1960-luvun lopusta. Viimeisin jyrkkä alkoholinkulutuksen kasvuvaihe alkoi vuonna 2004 alkoholiverotuksen keventymisen myötä. Samaan aikaan alkoholikuolemat ja –sairaudet ovat lisääntyneet selvästi. Huumeiden käyttö yleistyi 1990-luvun loppupuolella. Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyminen samanaikaisesti on selvästi lisääntynyt.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat toisistaan erillään hajanaisessa palvelujärjestelmässä. Mielenterveyspalvelut sijoittuvat pääosin terveystoimeen ja päihdehuollon erityispalvelut sosiaalitoimeen. Hajanainen palvelujärjestelmä vaikeuttaa palveluita tarvitsevien pääsyä niiden piiriin ja edesauttaa putoamista pois niistä, vaikka henkilökunta eri yksiköissä onkin osaavaa ja työhön vahvasti sitoutunutta. Palveluista osan tuottavat kunnat itse, osan tuottavat järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi, kun suhteettoman suuri osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista kohdistuu laitoshoitoon. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden rinnalla on tärkeä kehittää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä. Mielenterveys- ja päihdetyöhön sijoittaminen on panostamista toimintakykyyn ja tuottavuuteen.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelussa on otettu huomioon meneillään oleva kunta- ja palvelurakenneuudistus, sekä laaja lainvalmisteluohjelma, jossa sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitetään nykyistä laajempina alueellisina kokonaisuuksina. Suunnitelma noudattaa myös Euroopan unionin, Euroopan neuvoston ja WHO:n kansainvälisiä linjauksia. Mielenterveys- ja päihdekysymykset yhdistyvät nyt ensimmäistä kertaa valtakunnallisen suunnitelman tasolla. Jo valmisteluvaiheessa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on herättänyt mielenkiintoa, joka näkyi kevään 2008 kuulemistilaisuuksissa aktiivisena osanottona ja julkisuudessa käytynä keskusteluna.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman pääteemoiksi on valittu asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena, jossa painopisteet ovat perus- ja avohoitopalveluissa sekä tiiviisti yhteen sovitetussa mielenterveys- ja päihdetyössä. Lisäksi esitetään suunnitelman toteuttamiseen tarvittavat ohjauskeinot.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen pääasiallisesti avohoitona palvelee asiakkaita paremmin ja tukee heidän omia voimavarojaan. Tehostamalla varhaisessa vaiheessa tarjottavaa hoitoa avohoidossa peruspalvelupainotteisesti, voidaan välttyä sairauksien pahenemiselta ja pitkittymiseltä sekä vähentää laitospaikkojen tarvetta. Avohoidon kehittäminen ja monipuolistaminen on ensisijaista ja vasta sen jälkeen voidaan laitoshoitoa supistaa. Suunnitelmassa esitetään, että mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen varmistetaan peruspalveluissa näille työalueille erikoistuneilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla.

Nykyisen laitospainotteisen hoitojärjestelmän muutos avohoitopainotteiseksi lisää väliaikaisesti mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kustannuksia, koska muutoksen toteuttamiseksi tarvitaan lisää voimavaroja peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdetyöhön. Avohoidon kehittämisen myötä osa laitospaikoista käy tarpeettomiksi. Laitoshoidosta vapautuva resurssi tulee siirtää peruspalveluihin mielenterveys- ja päihdetyön varmistamiseen peruspalveluissa myös jatkossa.

Mielenterveyshäiriöillä ja päihdeongelmilla on suuria terveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia sekä huomattava yhteiskunnallinen merkitys. Suunnitelmassa esitetään, että valtioneuvosto tekee mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisestä periaatepäätöksen, jossa määritellään mielenterveys- ja päihdetyön eri yhteiskuntapolitiikan alueille ulottuvat päälinjaukset ja toimintatavat, joilla varmistetaan väestöä palvelevan kokonaisvaltaisen, edistävän, ehkäisevän sekä korjaavan mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja siihen tarvittavat voimavarat.

Työryhmän ehdotukset

Ehdotus 1. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsy palveluihin ja kohtelu niissä on yhdenvertaista kaikkien muiden palvelunkäyttäjien kanssa. Tämä toteutetaan asenteiden muutokseen tähtäävällä koulutuksella, palveluiden valvonnalla ja hoito- ja palvelutakuun keinoin.

Ehdotus 2. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskuksen ja sen puuttuessa perusterveydenhuollon yksikön kautta.

Ehdotus 3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

Ehdotus 4. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii ehdotuksen hallituksen esitykseksi itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävästä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä puitelaista ja tekee säädösehdo-

tuksen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamiseen liittyvästä ulkopuolisesta asiantuntija-arviosta. Lisäksi toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa.

Ehdotus 5. Kehitetään hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja niin, että ne edistävät päihde- ja mielenterveyspotilaiden omaehtoista hakeutumista ja sitoutumista hoitoon sekä edistävät työelämään paluuta kuntoutumisen edetessä.

Ehdotus 6. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen:

1. Alkoholiverotusta korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta.
2. Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään.
3. Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien.

Ehdotus 7. Kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Lisäksi ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan nimeämällä vähintään yksi kokopäiväinen pysyvä työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaiselle alueelle.

Ehdotus 8. Palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi.

Ehdotus 9. Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja. Tämä luo edellytykset sille, että laitospaikkojen tarve vähenee. Erikoistason psykiatriset ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen.

Ehdotus 10. Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö toteutetaan ensisijaisesti lasten ja nuorten arkisessa elinympäristössä, kuten kodissa, päivähoidossa tai koulussa. Erikoispalvelut tukevat monimuotoisesti peruspalveluja.

Ehdotus 11. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista niihin edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja kehittämällä Kelan korvauskäytäntöjä. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työssä jatkamista ja työhön paluuta edistetään vahvistamalla työterveyshuollon koordinaatioroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä.

Ehdotus 12. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa muun muassa työttömien terveystarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa kehittämällä. Työelämään pyrkivien työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan.

Ehdotus 13. Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja.

Ehdotus 14. Sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteinen työryhmä määrittelee mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt. Ne sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla peruskoulutuksen opetusohjelmiin.

Ehdotus 15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtii keskeisimpien suositusten päivittämisestä ja toteutumisen seurannasta. Toteutetaan hyvien käytäntöjen toimeenpanoa tukeva ohjelma.

Ehdotus 16. Kaikkien hallinnon alojen kuntatasolta valtakunnan tasolle saakka on otettava huomioon toimintansa ja päätöstensä vaikutus kansalaisten mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön. Valtionhallinnon tasolla päihde- ja raittiusasiainneuvottelukunta laajennetaan mielenterveys- ja päihdeasiain neuvottelukunnaksi. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallinen koordinaatio keskitetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen. Terveyden edistämisen keskuksen ylläpitämä ehkäisevän päihdetyön foorumi laajennetaan ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön foorumiksi.

Ehdotus 17. Lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. Tämän lisäksi kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunnattuja valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä kokoamalla niitä koskevat tiedot keskitetysti.

Ehdotus 18. Sosiaali- ja terveysministeriö päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain sekä selvittää mahdollisuutta yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait.

EHDOTUKSET PERUSTELUINEEN

Työryhmä on hyväksynyt seuraavat painotukset ja periaatteet mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä: (1) asiakkaan aseman vahvistaminen, (2) ehkäisyn ja edistämisen painottaminen, (3) palvelujen integroiminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottaminen sekä (4) ohjauskeinojen tehostaminen.

Työryhmä esittää, että valtioneuvosto antaa periaatepäätöksen mielenterveys- ja päihdetyöstä vuonna 2009. Tällä periaatepäätöksellä turvataan mielenterveys- ja päihdetyön pitkäjänteinen kehittäminen nykyistä avohoito- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja varmistetaan siihen tarvittavat voimavarat.

1 Asiakkaan aseman vahvistaminen

Asiakkaan aseman vahvistamiseksi keskitytään yhdenvertaisuuteen, matalan kynnyksen yhden oven periaatteeseen, kokemusasiantuntijoiden asemaan ja vertaistukeen, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttöön ottoon, itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskeviin säännöksiin ja toimeentuloturvaan.

Ehdotus 1. Yhdenvertainen kohtelu ja palveluihin pääsy

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsy palveluihin ja kohtelu niissä on yhdenvertaista kaikkien muiden palvelunkäyttäjien kanssa. Tämä toteutetaan asenteiden muutokseen tähtäävällä koulutuksella, palveluiden valvonnalla ja hoito- ja palvelutakuun keinoin.

Vastuutaho: STM, Kela, OPM, OPH, kunnat, kuntayhtymät

Toteuttajataho: STM, Kela, THL, Valvira, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat

Aikataulu: 2009–

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kokemaa leimautumista ja syrjintää on vähennettävä yhteiskunnan eri tasoilla. Yhdenvertainen palveluihin pääsy ja kohtelu palvelujärjestelmässä edellyttävät, että koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä asennoituu näihin ongelmiin samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. Syrjivien asenteiden muuttaminen tulee ottaa huomioon jo peruskoulutuksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöille, johdolle ja työntekijöille tulee tarpeen mukaan järjestää täydennyskoulutusta asenteiden muuttamiseksi.

Lisäksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaisuutta muiden palveluiden käyttäjien kanssa tulee vahvistaa palveluiden valvontaan sekä hoito- ja palvelutakuuseen liittyvin ohjauskeinoin. Hoitotakuu painottaa hoitoon pääsyä kiireettömän hoidon osalta tiettyjen aikarajojen sisällä. Palvelutakuu sisältää lastensuojelulain ja toimeentulotukilain aikarajat lastensuojelutarpeen selvitykselle, sosiaalityöntekijän vastaanotolle pääsemiselle ja toimeentulotukipäätökselle. Erityisesti kiireellisen ja kiireettömän hoidon kriteereitä mielenterveys- ja päihdehäiriöissä tulee tarkentaa.

Annettavan hoidon tulee noudattaa Käypä hoito -suositusten linjaa. Käypä hoito -suositusten mukaiseen vaikuttavaan ja tarpeelliseen psykoterapiaan on päästävä kiireettömän hoidon kriteerien mukaisesti kuuden kuukauden sisällä.

Hoidon tarpeessa olevan alle 23-vuotiaan on päästävä psykiatriseen erikoissairaanhoitoon ja päihdehoitoon kolmen kuukauden kuluessa tarpeen toteamisesta asuinpaikasta riippumatta. Alle 23-vuotiaita koskevasta yhtenäisestä ikärajasta ehdotetaan laadittavaksi säännös.

Asiakasmaksulainsäädäntöä tulee muuttaa siten, että mielenterveys- ja päihdepalvelujenasiakasmaksut ovat yhdenmukaiset hallinnonalasta riippumatta sosiaalitoimen ja terveystoimen palveluissa.

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa on otettava huomioon asiakkaan kieli- ja kulttuuritausta. Suomen- ja ruotsinkielisten palveluiden lisäksi tulee huolehtia saamenkielisten palveluiden saatavuudesta ja kehittämisestä. Koulutuksella ja tulkkipalvelujen käytöllä vahvistetaan eri maahanmuuttajaryhmien kieli- ja kulttuuritaustojen huomioon ottamista.

Työelämässä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä tulee kohdella samoin kuin muitakin osatyökykyisiä. Kuntoutus- ja vammaislainsäädännössä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien etujen tulee olla samat kuin muiden vammaisten.

Edellytykset: Syrjiviin asenteisiin puuttuva koulutus. Olemassa olevan lainsäädännön soveltaminen ja täsmentäminen. Hyviksi todettujen käytäntöjen toteuttaminen. Lisäresurssit psykoterapiakoulutukseen ja psykoterapian yhdenvertaiseen alueelliseen saatavuuteen.

Seuranta: Lainsäädännön toteutuminen. Hoito- ja palvelutakuun toteutuminen. Psykoterapiaterapiapalvelujen saatavuus. Täydennyskoulutus. Kokonaistaloudelliset vaikutukset kunnille ja valtiolle.

Ehdotus 2. Yhden oven periaate

Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee joustavasti matalakynnyksisen yhden oven periaatteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskuksen ja sen puuttuessa perusterveydenhuollon yksikön kautta.

Vastuutaho: STM, kunnat, kuntayhtymät

Toteuttajataho: THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat

Aikataulu: 2009–

Viidennes väestöstä kärsii mielenterveys- ja päihdeongelmista ja näiden ongelmien kansanterveydellinen merkitys on suuri. Suurin osa ongelmista on kyettävä hoitamaan perustasolla.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistäminen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän laajaan rakenteelliseen uudistamiseen. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon toimivaa kokonaisuutta kehitetään, perustetaan sosiaali- ja terveyskeskuksia, jossa lähipalvelut toteutetaan matalakynnyksisesti ja yhden oven periaatteella.

Yhdistettyjä sosiaali- ja terveyskeskuksia on toistaiseksi vähän. Luonnollisin matalakynnyksinen yksikkö, jossa mielenterveyshäiriöistä ja päihdeongelmista kärsivät asiakkaat pääsevät hoidon piiriin, on tällä hetkellä maan kattava ja ympärivuorokautisesti toimiva perusterveydenhuolto. Lisäksi työterveyshuolto sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto toimivat vastaanottavina yksiköinä terveyskeskusvastaanoton rinnalla. Palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavat kunnat voivat tarvittaessa hyväksyä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ensisijaiseksi hoitoon pääsyn paikaksi myös muita palveluyksikköjä, esimerkiksi matalan kynnyksen periaatteella toimivia yhdistettyjä mielenterveyshäiriöiden- ja päihdehoidon avohoitoyksiköitä. Hoitojärjestelmän tehtävä on huolehtia siitä, että asiakkaan tarvitsemat palvelut toteutetaan tarkoituksenmukaisena ja joustavana kokonaisuutena.

Yhden oven periaatteen toteuttamiseksi tulee terveyskeskuksessa olla hoitajan tai sosiaalityöntekijän matalan kynnyksen periaatteella toimiva vastaanotto, jossa arvioidaan hoidon tarve yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti hänen läheistensä tai laillisen edustajansa kanssa. Arvion ja alustavan suunnitelman perusteella asiakas ohjataan hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin, joihin hänen tulee päästä joustavasti.

Edellytykset: Resurssien kohdistaminen peruspalveluissa matalan kynnyksen vastaanottotoimintaan.

Seuranta: Sosiaali- ja terveyskeskuksen tai perusterveydenhuollon matalan kynnyksen, yhden oven periaatteella toimivien vastaanottojen yleistyminen.

Ehdotus 3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat

Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

Vastuutaho: THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt

Toteuttajataho: THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt

Aikataulu: 2009–2012

Kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tulee lisätä, jotta palvelujärjestelmä voi ottaa nykyistä paremmin huomioon asiakkaiden tarpeet.

Vertaistoimijat ovat henkilöitä, jotka omaan kokemukseensa nojaten, vapaaehtoisuuteen perustuen toimivat esimerkiksi palvelujärjestelmässä asiakkaan pitkäaikaisen hoidon tukena tai toimivat vertaisryhmissä tai vertaistukihenkilönä. Esimerkiksi AA-toiminta on vertaistoimintaa.

Kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista, joko niistä itse kärsivänä, niistä toipuneena tai palveluita käyttäneenä tai omaisena tai läheisenä. Kokemusasiantuntijoita tulee käyttää esimerkiksi kunnan strategiatyössä, palvelujen arvioinnissa ja kuntoutustyöryhmissä. Heitä voidaan kutsua asiantuntijoiksi hoitoyksiköiden hallinnollisiin toimielimiin. Heidän asiantuntemustaan tulee hyödyntää nykyistä enemmän myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluissa, tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien vähentämiseen tähtäävässä työssä, sekä ulkopuolisissa asiantuntija-arvioissa. Kokemusasiantuntijatoimintaa ja siihen liittyvää palkkiojärjestelmää tulee kehittää järjestöjen ja kuntien yhteistyönä. Myös alaikäisten kokemukset tulee ottaa huomioon kokemusasiantuntijatoimintaa kehitettäessä.

Edellytykset: Kokemusasiantuntija- ja vertaistoiminnan kehittäminen esimerkiksi RAY -rahoituksen avulla.

Seuranta: Kokemusasiantuntijamallien kehittyminen ja kokemusasiantuntijoiden ja vertaistuen käytön laajeneminen.

Ehdotus 4. Tahdosta riippumaton hoito

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii ehdotuksen hallituksen esitykseksi itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävästä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä puitelaista ja tekee säädösehdotuksen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamiseen liittyvästä ulkopuolisesta asiantuntija-arviosta. Lisäksi toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa

Vastuutaho: STM

Toteuttajataho: THL, Valvira, valtion aluehallinto, kuntayhtymät

Aikataulu: 2009–2012

Tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset ja menettelyt ovat hyvin erilaisia mielenterveyslaissa ja päihdehuoltolaissa ja ne tulee yhdenmukaistaa yhdenvertaisen kohtelun varmistamiseksi. Uudistetut tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimia koskevat säännökset soveltuvat sisällytettäväksi suunnitteilla olevaan, koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaan itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävään yhteiseen puitelakiin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakeihin tulee laatia erityissäännöksiä täsmentämään puitelakia. Potilaan oma tahto tulee ottaa rajoitustoimissa huomioon. Niiden potilaiden kanssa, joilla tahdosta riippumatonta hoitoa tai pakkokeinojen käyttöä joudutaan harkitsemaan toistuvasti, laaditaan sopimus psykiatrisesta hoitotahdosta heidän sairautensa ollessa paremmassa vaiheessa. Mielenterveyslakiin tarvitaan säännös psykiatrisesta hoitotahdosta.

Mielenterveyslakiin tulee ottaa kriminaalipotilaiden velvoitteista avohoitoa koskevat säännökset sosiaali- ja terveysministeriön asiaa selvittäneen työryhmän ehdotuksen mukaisesti. Se varmistaisi tarvittavan avohoidon ja mahdollistaisi useissa tapauksissa aikaisemman siirtymisen siihen. Velvoitteisen avohoidon soveltuvuutta myös muiden vaikeasti mielenterveyshäiriöistä kärsivien hoitoon on syytä arvioida.

Psykiatriseen sairaalahoitoon luodaan ulkopuolisen asiantuntijan arvioimiskäytäntö (second opinion) Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean kannanottoon perustuen. Sillä pyritään lisäämään päätöksenteon luotettavuutta, avoimuutta ja läpinäkyvyyttä sekä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan henkilön oikeusturvaa. Ulkopuolinen asiantuntija on hoito-organisaatiosta erillinen psykiatri, joka voi hyödyntää arviossaan myös kokemusasiantuntijoita. Sairaaloiden tulee avustaa potilasta löytämään ulkopuolinen asiantuntija, mikäli hän haluaa sitä jouduttuaan tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon. Jatkossa harkitaan ulkopuolisen asiantuntija-arvioinnin käyttöä myös pitkittyneeseen, yli kolme kuukautta kestävään psykiatriseen sairaalahoitoon.

Psykiatrisessa sairaalahoidossa pakon käyttöä vähentävän ohjelman tulee sisältää tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimia vähentäviä hyviä käytäntöjä ja asenteiden muuttamista esimerkiksi koulutuksen ja sairaaloiden välisen vertaisarvioinnin avulla. Suomessa on kansainväliseen tasoon nähden paljon pakon käyttöä; ohjelma tähtää sen vähentymiseen noin 40 prosentilla.

Edellytykset: Itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskevan puitelain ja erityissäännösten valmistelu. Ulkopuolisen asiantuntijan arviota kos-

kevan säännöksen lisääminen mielenterveyslakiin. Resurssien kohdentaminen ulkopuoliseen asiantuntija-arviointiin. Ulkopuolisen asiantuntija-arvion lisääminen sairaaloiden hoitoilmoitusjärjestelmän (Hilmo) psykiatrian lisälehdelle. Resurssit valtakunnalliseen pakon käyttöä vähentävään ohjelmaan.

Seuranta: Lainsäädännön muutosten toteutuminen. Ulkopuolisten asiantuntijoiden arvioiden seuranta Hilmon psykiatrian lisälehden tai sähköisen potilaskertomuksen avulla. Taloudellisten vaikutusten seuranta tahdosta riippumattoman hoidon säännösten muutoksista, ulkopuolisen asiantuntijan arvion käytöstä ja pakon käyttöä vähentävästä ohjelmasta. Asiakastyytyväisyys.

Ehdotus 5. Toimeentuloturva

Kehitetään hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja niin, että ne edistävät päihde- ja mielenterveyspotilaiden omaehtoista hakeutumista ja sitoutumista hoitoon sekä edistävät työelämään paluuta kuntoutumisen edetessä.

Vastuutaho: STM, TEM

Toteuttajataho: Kela, kunnat, järjestöt

Aikataulu: 2009–

Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat elävät usein heikon toimeentulon varassa. Heidän toimeentuloturvaansa pitäisi parantaa, jotta edellytykset itsenäiseen asumiseen ja työelämään osallistumiseen lisääntyisivät.

Pitkäaikaiskuntoutukseen hakeutuville ja kuntoutuksessa ja asumispalveluissa oleville asiakkaille tulisi luoda sellaisia yhdistelmätoimeentulon muotoja, jotka kannustavat ja tukevat pyrkimistä itsenäiseen asumiseen ja työelämään. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien perustoimeentulo tulee järjestää niin, ettei se vaarannu, kun kuntoutuja pääsee tai palaa työelämään esimerkiksi sosiaalisten yritysten, siirtymätyöpaikkojen, työkokeilun tai työvalmentajan tuella toteutettavan tuetun työllistymisen avulla.

Mahdollisuus jättää työkyvyttömyyseläke lepäämään koskee tällä hetkellä vain kansaneläkkeen saajia. Tarkistamalla tätä koskevia säännöksiä koskemaan kaikkia työkyvyttömyyseläkkeen saajia vähennetään eläkkeellä olevien työllistymisen esteitä. Asiaa koskeva lainmuutos on valmisteilla. Osatyökykyisten työllistymisen taloudellisia edellytyksiä voidaan parantaa kehittämällä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien, kuten kuntoutusrahan, sekä työolosuhteiden järjestelytuen ja palkkatuen käyttöä.

Etuuksien selvittämisen tukena voidaan hyödyntää kunnallista potilasasiamies- ja sosiaaliasiamiestoimintaa sekä valtakunnallista mielenterveys- ja päihdeasiamiestoimintaa. Tarvitaan yhtenäisiä ja selkeitä ohjeita siitä, mihin seikkoihin eri etuuksia haettaessa on kiinnitettävä huomiota etuuksien saamiseksi.

Kuntoutumista, aktiivista osallistumista ja työllistymismahdollisuuksia voidaan edistää käyttämällä kunnan sosiaalitoimen myöntämiä tukia nykyistä joustavammin, kuten ehkäisevää toimeentulotukea ja sosiaalihuoltolain mukaiseen työtoimintaan osallistumisen perusteella myönnettyä avustusta.

Edellytykset: Perustoimeentulotuloon ja kuntoutuksen kehittämisen liittyvien lainsäädäntömuutosten toteutuminen. TEM:n toimenpiteet kuntoutustuella tai toistaiseksi myönnetyllä työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työllistymisen edellytysten parantamiseksi. Kuntoutuslainsäädännön tarkentaminen joustavan toimeentulon varmistamiseksi. Kuntien sosiaalitoimen tukien joustavampi käyttö.

Seuranta: Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien perustoimeentuloturvan taso. Mahdollisuus työllistyä työkyvyttömyyden perusteella myönnetyiltä etuuksilta.

2 Edistävä ja ehkäisevä työ

Mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämisessä ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä painotetaan alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä, sekä ylisukupolvisesti siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä. Lisäksi edistävän ja ehkäisevän työn strategian tulee sisältyä kuntastrategiaan ja toteutua laaja-alaisesti palvelujärjestelmässä.

Ehdotus 6. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopisteet

Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen:

1. *Alkoholiverotusta korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta.*
2. *Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään.*
3. *Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien.*

Vastuutaho: STM, OPM,VM, THL, OPH

Toteuttajataho: STM, VM, OPM, THL, Valvira, valtion aluehallintoviranomaiset, kunnat ja kuntayhtymät, järjestöt ja yksityiset palvelujen tuottajat, Alko sekä muu alkoholielinkeino

Aikataulu: 2009–

Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ehkäisevän työn tavoitteena on vahvistaa voimavaroja ja muita ongelmilta suojaavia tekijöitä ja vähentää riskitekijöitä. Yhteisöllisyyden ja osallisuuden vahvistaminen sekä suojaa ongelmilta että mahdollistaa varhaisen puuttumisen niihin. Alkoholin kokonaiskulutusta vähentämällä ehkäistään ja vähennetään mielenterveydellisiä, somaattisia ja sosiaalisia haittoja. Mielenterveys- ja päihdeongelmat voivat esiintyä myös ylisukupolvisesti. Tiedostamalla ja tunnistamalla vanhemmilta lapsille siirtyvät ylisukupolviset ongelmat voidaan tukea riskiryhmässä olevia lapsia, nuoria ja heidän perheitään sekä vähentää heidän sairastumisriskiään.

1. Alkoholijuomien hinnan korottaminen sekä saatavuuden ja mielikuvamainonnan rajoittaminen ovat tehokkaimmat keinot vähentää alkoholin kokonaiskulutusta. Alkoholiveron tasoa tulee nostaa siihen saakka, kunnes alkoholin kokonaiskulutus laskee. Valvontaviranomaisille tulee taata riittävät valvontaresurssit alkoholilain toimeenpanoon ja heidän yhteistyötään poliisin ja alkoholielinkeinon kanssa tulee lisätä muun muassa alkoholin saatavuuden rajoittamiseksi alaikäisiltä. Alkoholinkäyttöön liittyvien positiivisten mielikuvien käyttämiseen mainonnassa puututaan.

2. Yhteisöllisyys, osallisuuden edistäminen ja demokratian toimivuus ovat läheisesti yhteydessä toisiinsa. Yhteisöllisyyden edistäminen kuuluu yhteiskunnan kaikille tasoille, kuten valtionhallintoon, työelämään ja paikallisille toimijoille. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen yhteydessä on tärkeä varmistaa lähidemokratian toimivuus siirryttäessä nykyistä laajempiin alueellisiin rakenteisiin. Monet järjestöt ovat merkityksellisiä osallisuuden ja yhteisöllisyyden edistäjiä esimerkiksi koordinoimalla vertaistukea ja harrastustoimintaa sekä tarjoamalla osallisuutta vahvistavia mahdollisuuksia myös syrjäytyneille ja haavoittavissa oloissa eläville ihmisille. Tällaisten järjestöjen toimintaedellytyksiä tulee tukea.
Lapsilla yhteisöllisyys rakentuu kodin lisäksi päivähoidossa, kouluympäristössä, harrastuksissa ja asuinympäristössä. Yhteisöllisyyttä edistävät muun muassa erityisopetuksen tiiviimpi integrointi muuhun opetukseen ja sen toteuttaminen yleisopetuksen luokissa opettajien yhteistyönä. Oppilashuollossa tulee kehittää sekä yksilöön että kouluyhteisöön kohdentuvaa työtä.
Aikuisilla yhteisöllisyys liittyy vaikuttamismahdollisuuksiin omalla työpaikalla. Hyvä johtaminen ja mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön edistävät työhyvinvointia. Yhteisöllisyyden edistämiseksi sekä työelämää että koulutusjärjestelmää tulee kehittää integraation ja mukaan ottamisen periaatteilla. Tällöin yksilöön kohdistuvista vaatimuksista siirrytään kohti yhteisölle esitettäviä vaatimuksia. Sairaiden, vammaisten ja vajaakykyisten osallistumisessa pääpaino on voimavaroissa ja oikeuksissa sekä asiantuntijoiden antamassa tuessa. Asiantuntijuutta varotaan käyttämästä yksilön osallistumisoikeuksien kaventamiseen.
Yhteisöllisyys rakentuu myös vaikutusmahdollisuuksista asuinympäristössä. Niitä voidaan parantaa asukkaiden aktiivista osallistumista edellyttävillä hankkeilla, lisäämällä koulujen ja asukastoiminnan yhteistyötä, kehittämällä asukastoiminnan tiloja ja tukimuotoja ja lisäämällä sosiaalista isännöintiä. Yhdyskuntasuunnittelussa tulee ottaa nämä näkökulmat huomioon. Jotta hankkeet lisäisivät yhteisöllisyyttä, niiden tulee tuottaa aitoja ja pysyviä vaikuttamismahdollisuuksia. Yhteisölli-

syyttä vahvistavat hyvät mallit ovat maaseutumaisille alueille ja taajamille erilaisia pohjautuen niiden erilaisiin tarpeisiin.

3. Mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle on tavallista. Tämä ylisukupolvisuus tulee tiedostaa ja vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi riskissä olevat lapset ja nuoret tulee tunnistaa ja heidän tasapainoista kasvuaan tukea. Työntekijöiden on aina arvioitava lasten mahdollinen hoidon ja tuen tarve hoitaessaan aikuista mielenterveys- tai päihdeongelmaista. Näin ehkäistään ja vähennetään lasten ja nuorten alttiutta sairastua psyykkisesti tai ajautua päihteiden ongelmakäyttöön. Riskiryhmissä olevien lasten ja nuorten tasapainoisen kasvun tukemiseen kehitettyjä menetelmiä on käytettävä nykyistä laajemmin. Myös päiväkoteihin soveltuvia interventiomalleja on kehitettävä. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää riskissä olevien lasten ja nuorten tunnistamiseen siirtymävaiheissa päiväkodista kouluun, peruskoulun ala-asteelta yläasteelle, lukioon tai ammatilliseen oppilaitokseen, muihin jatko-opintoihin ja työelämään.

Tässä suunnitelmassa esitettyjen edistävän ja ehkäisevän työn painopisteiden lisäksi jatketaan lähisuhde- ja perheväkivaltaa ehkäisevää työtä ja itsemurhien ehkäisyä sisällyttäen ne myös ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön. Suomalaiset itsemurhaluvut ovat kansainvälisesti katsoen korkeita. Itsemurha liittyy lähes aina mielenterveyden häiriöön, yleensä depressioon ja/tai alkoholiriippuvuuteen mutta myös köyhyyteen, työttömyyteen ja yksinäisyyteen. Itsemurhien ehkäisyssä vaikuttavimpia keinoja ovat itsemurhavaaran tunnistus, itsemurhaan käytettyjen keinojen saatavuuden rajoittaminen, monimuotoiset mielenterveyspalvelut ja itsemurhaa yrittäneiden jälkihoito.

Edellytykset: Alkoholijuomaveron muutos ja alkoholivalvontaan liittyvien resurssien lisääminen. Yhteisöllisyyttä ja ihmisten vaikuttamismahdollisuuksia vahvistavien työmuotojen käyttäminen. Oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon lisäresursointi.

Seuranta: Alkoholijuomaveron ja alkoholin kokonaiskulutuksen taso. Kouluterveydenhuollon laatusuositusten toteutuminen. Erityisopetuksen muutoksen seuranta. Lähidemokratian kehittyminen ja osallisuutta kuvaavien indikaattoreiden seuranta: asukkaiden aktiivisuus paikallisvaaleissa, osallistuminen paikallisiin yhdistyksiin. Riskiryhmiin kohdistuvien työmallien käytön laajuus. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman, työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman sekä terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteutuminen edellä kuvattujen toimenpiteiden osalta.

Ehdotus 7. Mielenterveys- ja päihdetyön strategia

Kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Lisäksi ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan nimeämällä vähintään yksi kokopäiväinen pysyvä työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan mukaiselle alueelle.

Vastuutaho: STM, THL, kunnat, kuntayhtymät

Toteuttajataho: STM, THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, kirkon diakoniatyö, alkoholi- ja muu elinkeinoelämä

Aikataulu: 2009–2011

Mielenterveys- ja päihdetyön strategialla kootaan yhteen laaja-alaisesti eri sektoreiden toimijoita yhteisesti määriteltyjen mielenterveys- ja päihdetyön päämäärien mukaiseen toimintaan. Ehkäisevän ja edistävän työn laajan väestöpohjan aluetason koordinoinnilla tuetaan verkostoitumista ja ehkäisevän ja edistävän työn kehittämistä.

Mielenterveys- ja päihdetyön strategian tulee kattaa mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä ja mielenterveysongelmia ja päihdehaittoja ehkäisevä työ sekä hoitoa koskevat linjaukset. Laadukkaan ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön järjestäminen edellyttää monialaisuutta, selkeää johtamisjärjestelmää ja riittäviä voimavaroja. Mielenterveys- ja päihdetyön strategia sisällytetään osaksi kunnan tai yhteistoiminta-alueen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategiaa. Kunnan sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi ehkäisevää työtä koskevaan strategiatyöhön on tärkeä sitouttaa esimerkiksi opetus-, nuoriso- ja kulttuuritoimi sekä yhdyskuntasuunnittelu, valvonta- ja kontrolliviranomaiset sekä kunnassa toimivat kolmannen sektorin edustajat. Kunnallisessa päätöksentekojärjestelmässä hyväksyttävän kunnan toiminta- ja taloussuunnittelun osana määritellään ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön johtamisvastuu, voimavarat, työnjako ja seuranta sekä kuvataan kunnan järjestämisvastuuseen kuuluva mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuus ehdotuksessa 9 kuvatun mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisen pohjalta. Strategian toteutumista arvioidaan vuosittain, ja se päivitetään vähintään joka neljäs vuosi.

Kunnan ja yhteistoiminta-alueen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön strategiatyön tueksi tarvitaan laajan väestöpohjan alueella toimivaa koordinaatiota, jonka tehtävänä on muun muassa tukea kuntien ja yhteistoiminta-alueiden strategiatyötä ja vahvistaa ehkäisevän työn tietopohjaa. Laajan väestöpohjan alueelle tarvitaan edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä koordinoimaan vähintään yksi pysyvä, kokopäiväinen työntekijä.

Edellytykset: Kunnan strategisen suunnittelun toteuttaminen. Laajan väestöpohjan koordinaattoreiden resursoiminen. Lainsäädännön toteutuminen.

Seuranta: Kuntien, yhteistoiminta-alueiden ja vastaavien alueiden mielenterveys- ja päihdetyön strategiat ja niiden toteutuminen. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön alueellisten koordinaattoreiden määrä.

3 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä painotetaan kunnan vastuuta monipuolisen palvelukokonaisuuden koordinoinnista, perus- ja avopalvelujen tehostamista ja eri ikäryhmien tarpeiden huomioon ottamista.

Ehdotus 8. Palvelukokonaisuuden koordinointi

Palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa olevan kunnan tulee koordinoida nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi.

Vastuutaho: Kunnat

Toteuttajataho: THL, kunnat, kuntayhtymät

Aikataulu: 2009–

Kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelujen parempi johtaminen, koordinaatio ja sujuva tietojen vaihto selkiyttää palvelujärjestelmää ja tekee siitä toimivan kokonaisuuden. Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän tarkoituksenmukainen käyttö edellyttää myös tehokasta väestölle suunnattua tiedottamista erityisesti silloin, kun palvelujärjestelmään tehdään muutoksia.

Kunnat vastaavat lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta. Kuntien tuleekin ottaa nykyistä paljon selvempi vastuu mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä, johtamisesta ja koordinoinnista. Ostopalvelujen hankinnassa edistetään myös hankintalain neuvottelumenettelyn ja suorahankinnan käyttöä palvelujen kilpailuttamisen vaihtoehtona.

Palvelut pitää järjestää väestön ja asiakkaiden tarpeiden perusteella vaikuttavalla ja tehokkaalla tavalla. Asiakkaan lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa on otettava huomioon myös hänen perheensä ja muiden läheisten tuen tarve. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa on aina arvioitava lasten tilanne ja tuen tarve. Kunnan velvollisuus on 1) määrittää palveluverkosto ja järjestämisvastuussa oleva organisaatio, 2) suunnitella tuotantotavat, 3) valvoa toiminnan laatua sekä 4) seurata väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Palveluja sovitetaan yhteen ja niiden välisiä raja-aitoja poistetaan sekä yhdenmukaistetaan mahdollisimman pitkälle hallinnolliset ja toiminnalliset rakenteet. Niiltä osin kun palveluita ei jär-

jestetä kunnallisena toimintana, kunta voi hankkia palveluja hankintalainsäädännön sallimissa rajoissa kilpailutukseen perustuvilla ostopalvelusopimuksilla, täydentää palvelujaan tekemällä strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimuksia kolmannen sektorin järjestämistä palveluista tai perustaa yhteistoimintaorganisaation yhdessä muiden kuntien, sairaanhoitopiirin sekä kolmannen sektorin järjestöjen ja yksityissektorin kanssa.

Kuntien monimuotoisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen parempi koordinaatio selkiyttää palvelujärjestelmää, vähentää päällekkäistä toimintaa ja estää asiakkaan väliinputoamista. Tehokas koordinointi edellyttää hoidon kannalta tarkoituksenmukaisten tietojen sujuvaa vaihtoa palveluiden tuottajien kesken. Sitä voidaan edistää sovittamalla yhteen tietojärjestelmiä sekä kehittämällä sosiaali- ja terveystoimen rekisterien yhteiskäyttöä.

Kun terveydenhuollossa otetaan käyttöön eri rekisterinpitäjien yhteiset sähköiset potilastietorekisterit, tulee pitkän aikavälin tavoitteeksi ottaa niiden sovittaminen yhteen sosiaalitoimen sähköisten tietojärjestelmien kanssa tuottajasta riippumatta. Sairaanhoitopiirikohtaiset potilastietorekisterit ja sosiaalitoimen asiakasrekisterit olisivat sosiaali- ja terveystoimen yhteisessä käytössä joko asiakkaan erillisellä suostumuksella tai ensisijaisesti säätämällä yhteiskäytöstä lailla. Poikkeuksen näistä sähköistä tietojärjestelmää koskevista pääperiaatteista muodostavat erityisryhmille kohdennetut, palveluihin hakeutumisen kynnyksettömyyttä korostavat palvelut, kuten huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet, joissa toiminnan lähtökohtana on palveluissa asioinnin nimettömyys.

Edellytykset: Sähköisten tietojärjestelmien kehittäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lainsäädännön valmistelu.

Seuranta: Asiakaspolkujen sujuvuuden seuranta sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä hyödyntämällä. Asiakastyytyväisyys.

Ehdotus 9. Perus- ja avopalvelujen tehostaminen

Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja. Tämä luo edellytykset sille, että laitospaikkojen tarve vähenee. Erikoistason psykiatriset ja -päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen.

Vastuutaho: Kunnat, kuntayhtymät

Toteuttajataho: THL, Suomen Kuntaliitto, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, kirkon diakoniatyö, ammattijärjestöt

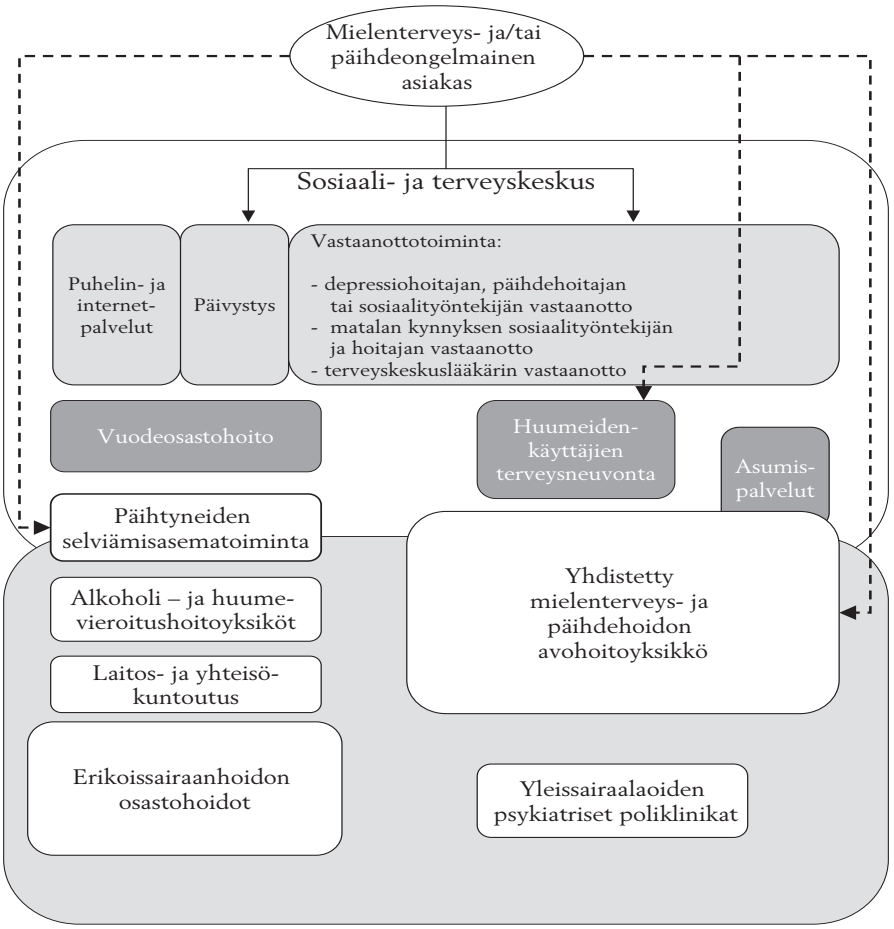
Aikataulu: 2009–

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa asiakas saa parhaan avun, kun palvelujärjestelmä muodostaa yhtenäisen toiminnallisen kokonaisuuden, joka kattaa monipuolisesti avo- ja laitospalvelut, perus- ja erikoispalvelut sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut. Vaikka palveluvalikoima ulottuu eri hallinnonaloille ja porrastuksen tasoille ja mukana on monia palveluntuottajia, tulee asiakkaan päästä palveluihin yksinkertaisesti. Hoitojärjestelmän tehtävänä on huolehtia yksilöllisen palvelukokonaisuuden räätälöimisestä.

Palvelut tulee järjestää painottaen perus- ja avopalveluja. Peruspalvelujen painottaminen on välttämätöntä mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyyden ja niiden kansanterveydellisen merkityksen vuoksi. Avopalvelujen painottaminen on tärkeää inhimillisistä, hoidollisista ja taloudellisista syistä. Palvelujen tulee olla lähellä ihmisiä ja heidän arkeaan. Monipuoliset avopalvelut tuottavat enemmän hyvinvointia ja avohoitoon panostaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin panostaminen laitospalveluihin. Jos lisäksi suuri osa kustannuksista käytetään laitoshoitoon, on avohoitoa vaikea kehittää ja toteuttaa tarvittavassa määrin.

Palveluja suunniteltaessa on lisäksi otettava huomioon monet vertaistoimintaan tai kriisiluonteiseen auttamiseen perustuvat palvelumuodot, joita asiakkaat käyttävät itsehoidossaan. Näitä ovat keskustelut samanlaisia kokemuksia omaavien kanssa, itsehoito-oppaat, verkkopalvelut, internetissä toimivat keskustelupalstat ja matalan kynnyksen maksuttomat ja nimettömät puhelin- ja internet-palvelut ja matalan kynnyksen kriisipalvelut, kuten SOS-keskuksen palvelut. Näiden toimintojen parempi koordinaatio ja niitä koskeva tehokas tiedottaminen voi vähentää muiden mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarvetta.

Työryhmä ehdottaa tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä kuvassa 1 näkyvällä tavalla. Yhtenäiset viivat kuvassa osoittavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan ensisijaisen, yhden oven periaatteella tapahtuvan, matalakynnyksisen hoitoon hakeutumisen reitin. Katkoviivoilla on osoitettu sellaisia hoitoon hakeutumisen reittejä, joita pitkin asiakas voi hakeutua hoitoon joko palvelun luonteen (huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminta tai päihtyneiden selviämisasematoiminta) tai kunnassa sovittujen muiden ensisijaisten hoitoon hakeutumiskäytäntöjen (yhdistetty mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksikkö) pohjalta. Hoitojärjestelmän tehtävänä on tämän jälkeen huolehtia siitä, että asiakas ohjataan eteenpäin hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin. Näitä, jatkohoitoon ohjaavia reittejä ei ole kuvaan sisällytetty.



Kuva 1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen

Peruspalvelujen avopalvelut

Sosiaali- ja terveyskeskuksen, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaanottotoiminta muodostavat mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän ytimen peruspalveluissa. Asiakas tulee palveluihin yhden oven periaatteella pääsääntöisesti sosiaali- ja terveyskeskukseen (kuva 1), tai kunnan päätöksen mukaiseen muuhun ensisijaiseen palvelupisteeseen. Yhteydenoton jälkeen asiakkaan ongelman selvittely sosiaali- ja terveyskeskuksessa voi alkaa ehdotuksessa 2 mainitulla, matalan kynnyksen periaatteella toimivan hoitajan tai sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Virka-ajan ulkopuolella käytetään terveydenhuollon ja sosiaalitoimen päivystyspisteitä, jossa asiakas tarvittaessa ohjataan suoraan sairaala- tai muuhun laitoshoitoon.

Päihtyneiden selviämis- ja ensihoito järjestetään suurimmissa kunnissa erillisillä selviämisasemilla, joissa selvitetään päihdeasiakkaiden tilanne ja arvioidaan myös

muun hoidon tarve. Selviämisasema voidaan järjestää vaihtoehtoisesti terveyskeskuspäivystyksen ja päihdepalveluiden yhteistyönä tai poliisivankilan yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa se voidaan sijoittaa joko päivystävän terveydenhuollon yksikön yhteyteen tai päihdehuollon katkaisuhoitoyksikön yhteyteen riippuen siitä, kumpi vaihtoehto on toiminnallisesti, taloudellisesti sekä sijainniltaan ja resursoinniltaan parempi.

Huumeiden käyttäjien maksuttomat ja nimettömyyden periaatteella toimivat terveysneuvontapisteet kuuluvat perusterveydenhuollon matalan kynnyksen palveluihin.

Sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja vastaavissa peruspalveluissa tulee tunnistaa mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat, antaa varhaista tukea ja hoitaa pääosa masennus- ja ahdistushäiriöistä sekä päihdeongelmista, huolehtia peruskatkaisuhoidosta ja pitkäaikaisesta päihdeongelmaisten jatkohoidosta kuten opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta. Myös osa pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavista kuuluu hoitaa perusterveydenhuollossa. Siellä hoidetaan myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten somaattiset sairaudet, suun sairaudet ja tapaturmat.

Häiriöiden yleisyyden vuoksi on välttämätöntä, että jokainen terveyskeskuslääkäri ja -hoitaja sekä sosiaalityöntekijä tunnistaa ja hoitaa näitä häiriöitä samassa määrin kuin muita kansanterveysongelmia. Jotta peruspalveluissa kyetään ottamaan hoitovastuu mielenterveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden kasvavasta joukosta, tulee psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ja päihdehuollon erityispalveluissa antaa peruspalveluihin jalkautuvaa monipuolista ja riittävää konsultaatio-, koulutus- ja työohjaustukea. Kussakin terveyskeskuksessa tulee myös olla käytössä depressio- ja päihdehoitajan työmalli. Perusterveydenhuollossa tulee vahvistaa sosiaalityölähtöistä työotetta. Peruspalveluissa palveluvalikkoa tulee monipuolistaa erityisesti päivystyksellisillä, kotiin, kouluun tai lasten ja nuorten muihin kehitysympäristöihin vietävillä sekä ryhmämuotoisilla palveluilla. Tietoteknologian hyväksikäyttö on tärkeää koko maassa, ja sen merkitys korostuu syrjä- ja haja-asutusalueilla.

Yhdistetty mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksikkö

Mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät yhä suuremmassa määrin yhdessä, ja niitä on syytä hoitaa kokonaisuutena. Siksi työryhmä ehdottaa nykyisten erikoistason psykiatristen avoyksiköiden ja päihdehuollon erityispalveluiden avoyksikköjen yhdistämistä kuvan 1 mukaisesti. Myös kasvatus- ja perheneuvola voidaan yhdistää samaan hallinnolliseen ja toiminnalliseen yksikköön, sillä mielenterveys- ja päihdeongelmat koskettavat koko perhettä.

Yksiköt voivat olla joko kuntien peruspalvelujen tai laajan väestöpohjan kuntayhtymien alaisia. Ne voivat sijaita yhdistetyssä sosiaali- ja terveyskeskuksessa, terveyskeskuksessa, sosiaalitoimessa esimerkiksi nykyisen A-klinikan tiloissa, yleissairaalan poliklinikalla tai täysin erillisenä. Yksikköjä yhdistettäessä on varmistettava kaikkien henkilö- ja osaamisresurssien säilyminen ja pyrittävä muodostamaan yksikkö, jossa erikoistason osaaminen mielenterveys- ja päihdetyössä yhdistyy ja jossa voidaan muodostaa tarpeen mukaisia hoidollisia työpareja ja -ryhmiä. Yhdistyneissä yksiköissä hoidetaan psykooseista ja kaksisuuntaisista mielialahäiriöstä kärsiviä potilaita, kaksoisdiagnoosipotilaita, itsemurhavaarassa olevia, moniongel-

maisia päihteiden sekakäyttäjiä ja huumeiden käyttäjiä, raskaana olevia päihteiden käyttäjiä ja muita vaativaa erikoistason hoitoa tarvitsevia mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä. Yhdistetyt yksiköt antavat myös monipuolista tukea peruspalveluille.

Suurissa kaupungeissa tai yli 100 000 asukkaan, useita yhdistettyjä yksikköjä sisältävillä alueilla on mahdollisuus työnjakoon. Siinä kukin yksikkö keskittyy hoitamaan tiettyjä osa-alueita laajasta mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuudesta, kuten skitsofreniasta, mielialahäiriöistä tai päihderiippuvuudesta kärsivien kuntoutusta, erikoisosaamista vaativaa akuuttia mielenterveys- ja päihdetyötä tai kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaita.

Avohoitoa tukevat palvelut sekä sairaala- ja laitospalvelut

Asiakkaalla on oltava käytettävissään monimuotoisia avohoitoa tukevia palveluita, joita tuottavat julkisen sektorin ohella myös kolmas ja yksityinen sektori. Niitä tulee edelleen kehittää. Kolmas sektori tuottaa muun muassa erilaista vertaistukitoimintaa, kuten A-kiltatoimintaa ja mielenterveysyhdistysten toimintaa, sekä työsali-, klubitalo- ja vastaavaa toimintaa. Päivätoimintakeskukset soveltuvat julkisen psykiatrisen poliklinikan ja yhdistetyn mielenterveys- ja päihdeyksikön tuottamiksi, mutta myös kolmannen sektorin järjestämiksi.

Terveyskeskuksen vuodeosastoa voidaan käyttää erilaisten psykososiaalisten kriisien hoidossa ja päihdekatkaisuhoidossa. Alkoholin aiheuttamat deliriumtilat, kuten muutkin deliriumtilat, tulee hoitaa somaattisilla osastoilla. Päiväsairaalatoiminta on usein osa julkista psykiatrista sairaalahoitoa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidetaan tyypillisimmillään potilaita, jotka kärsivät akuuteista tai uusiutuvista psykooseista, vaikeista mielialahäiriöistä tai ovat itsemurhavaarassa. Myös syömishäiriöt saattavat vaatia sairaalahoitoa joko somaattisella tai psykiatrisella osastolla.

Päihdeongelmaisten laitoshoitoa järjestää nykyisin etenkin kolmas sektori. Se voi olla lyhytkestoista, fyysisten vieroitusoireiden hoitamiseen tähtäävää katkaisuhoitoa tai pidempää, viikkoja kestävää laitoskuntoutusta. Pitkäaikaiset, lääkkeettömät yhteisöhoidot voivat olla vielä pidempiä. Samanaikaisia mielenterveys- ja päihdeongelmia voidaan hoitaa päihdeongelmaisille tarkoitetuissa laitoksissa, silloin kun niiden hoito ei vaadi mielenterveyslain mukaisia tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä eikä potilaalla ole vakavaa psykiatrista tai somaattista häiriötä tai sairautta.

Psykiatrisen sairaalahoidon kehittämisen tavoitteeksi tulee asettaa kaikkien psykiatristen sairaalaosastojen asteittainen siirtyminen yleissairaaloiden yhteyteen vähemmän laitostavaksi ja leimaavaksi hoidoksi, jossa myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten runsas somaattinen sairastaminen voidaan paremmin ottaa huomioon tutkimuksessa ja hoidossa. Tämä muutos voidaan tehdä esimerkiksi sairaalakiinteistöjen välttämättömään korjaustarpeeseen nivoen. Muutos on jatkoa nykyiselle suuntaukselle.

Psykiatrinen sairaalahoito ja päihdehuollon laitoshoito eivät saa johtua asumisongelmista. Jos aikuispsykiatrinen sairaalahoito kestää yhtäjaksoisesti yli kuusi kuukautta eikä hoitava taho arvioi psykiatrista sairaalahoitoa enää tarvittavan, velvoitetaan kunta järjestämään asiakkaalle avohoito ja palveluasuminen.

Vahvistamalla ja monipuolistamalla avomuotoisia mielenterveyspalveluja psykiatrisen sairaalahoidon tarve tulee vähenemään työryhmän arvion mukaan niin, että vuonna 2015 tarvitaan nykyisten noin 4600 psykiatrisen sairaansijan sijasta noin 3000 psykiatrista sairaansijaa.

Erityisvastuualueen (ERVA) tuottamat palvelut

Harvinaisten tai erityistä osaamista edellyttävien mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien tutkimus ja hoito on syytä keskittää. Suurin tällainen ryhmä ovat oikeuspsykiatriset potilaat, joiden tutkimus ja hoito on keskitetty kahteen valtion sairaalaan ja yleensä yliopistollisissa sairaaloissa oleviin yksiköihin. Lisäksi kukin yliopistolliseen sairaalapiiriin nojaava niin kutsuttu ”miljoonapiiri” sopii yhdessä alueensa laajan väestöpohjan kuntayhtymien kanssa alueellisesta työnjaosta.

Kuntoutustoiminta ja asumispalvelut

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien kuntoutuksen tulee olla monimuotoista ja sen tulee olla osa hoitoprosessia alkaen akuuttivaiheen varhaiskuntoutuksella ja jatkuen tarvittaessa yksilöllisesti räätälöitynä psykososiaalisena ja ammatillisena kuntoutuksena.

Selkeä velvoite laaja-alaisesta ja monisektoriaalisesta yhteistyöstä sekä asiakkaan ja hänen läheistensä osallistamisesta tulee sisällyttää hoito- ja kuntoutussuunnitelmista valmisteltavaan säännökseen. Kuntoutuksen kehittämisessä pääpaino on avopalveluissa. Päihdepalveluissa kehitetään ja lisätään ryhmämuotoisia avohoitoohjelmia sekä niihin liitettyjä asumispalveluja ja työvalmennuspalveluja. Lisäksi kehitetään edelleen päihdehuollon laitoskuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien klubitaloverkostoa tai sitä vastaavaa toimintaa laajennetaan koko Suomeen.

Vankila-aikana pitkäaikaiseen päihdekuntoutukseen osallistuneen hoidon jatkuminen varmistetaan velvoittamalla kotikunta järjestämään välittömästi vapautumisen jälkeen tarpeenmukaista tuettua avohoitoa tai palveluasumista. Yhdyskuntapalveluun tuomittujen ja valvottuun koevapauteen määrättyjen asiakkaiden päihdekuntoutus on toteutettava suunnitelmallisesti kriminaalihuoltolaitoksen ja mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksikön yhteistyönä.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuositukset tulee täydentää ja ottaa käyttöön mielenterveys- ja päihdekuntoutujille asumispalveluja tilattaessa, hankittaessa, toteutettaessa ja valvottaessa.

Edellytykset:	Resurssien kohdentaminen peruspalveluihin. Mielenterveys- ja päihdetyön perus- ja täydennyskoulutuksen tehostaminen.
Seuranta:	Sosiaali- ja terveyskeskusten matalan kynnyksen vastaanottojen perustaminen. Depressio- ja päihdehoitajamallien yleistyminen. Päihtyneiden selviämisasemien perustaminen. Avohoidon käyttö. Psykiatristen ja päihdehuollon laitosten sairaansijojen ja vuodepaikkojen määrä. Asumispalveluissa asuvien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten määrä.

Ehdotus 10. Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö

Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö toteutetaan ensisijaisesti lasten ja nuorten arkisessa elinympäristössä, kuten kodissa, päivähoidossa tai koulussa. Erikoispalvelut tukevat monimuotoisesti peruspalveluja.

Vastuutaho: Kunnat ja kuntayhtymät

Toteuttajataho: THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt

Aikataulu: 2009–

Palvelujen järjestämisessä ja niiden kehittämisessä on otettava huomioon, että lasten ja nuorten kehityksen tukeminen, mielenterveyden edistäminen sekä häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito ovat jakamaton kokonaisuus. Lasten ja nuorten kehitys ei noudattele palvelujärjestelmän jakoa mielenterveyteen (terveyspalvelut), sosiaaliseen (sosiaalipalvelut) ja opilliseen (koulun oppilashuolto) kehitykseen. Lisäksi palveluissa on samanaikaisesti otettava huomioon muun perheen tarvitsema apu.

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulee painottua perus- ja lähipalveluihin sekä avohoitoon, joita tuetaan erikoispalveluilla. Näin on mahdollista lisätä lasten ja nuorten hyvinvointia enemmän kuin järjestettäessä palvelut häiriökeskeisesti. Erikois- ja peruspalvelujen yhteistoimintaa tulee kehittää lasten ja nuorten kehitysympäristöissä yli sektorirajojen. Esimerkiksi raja kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan ja psyykkistä kehitystä tukevan terveydenhuollon välillä on purettava. Avun hakemisen kynnys on pidettävä matalana esimerkiksi koulupsykologin ja terveydenhoitajan riittävällä läsnäololla ja tuttuudella kouluissa.

Lastensuojelun yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalvelujen ja lasten- ja nuorisopsykiatrian kanssa on kehitettävä ottaen huomioon mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys lastensuojeluasiakkailla. Lisäksi lastensuojeluasiakkaiden auttamiseksi tarvitaan uudenlaisia toimintatapoja, joissa lapsen tai nuoren elämään liittyvät vastuulliset aikuiset otetaan mukaan. Perhekuntoutusta tulee lisätä ja sen saavutettavuutta parantaa.

Lasten psykiatrisessa sairaalahoidossa vanhemmat ja muut tärkeät aikuiset tulee ottaa osaksi konkreettista hoidon toteutumista. Alle 12-vuotiaita hoitavissa yksiköissä on vanhemman tai muun huoltajan voitava osallistua päivittäin lapsen hoitoon. Selvitetään mahdollisuus säätää potilaslaissa enimmäisaika, jonka alaikäinen voi olla sairaalahoidossa erillään perheestään. Luodaan yhtenäinen käytäntö vanhempien päivärahasta sairaan lapsen hoidon ajalta.

Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoidossa tulee vahvistaa tärkeitä ihmissuhteita –perheen, muiden läheisten sekä ikäryhmälle merkityksellisten verkostojen kanssa. Myös vertaisryhmiä tulee käyttää oireilun kääntämiseksi itsetuntemuksen ja itsearvostuksen kautta voimavaraksi.

Avohoitoa kehittämällä ja monipuolistamalla lasten- ja nuorisopsykiatrisen ympärivuorokautisen osastohoidon tarve vähenee.

Edellytykset: KASTE-ohjelman rahoitus.

Seuranta: Lasten ja nuorten palveluiden kehittyminen osana KASTE-ohjelman Remontti-hanketta.

Ehdotus 11. Työterveyshuollon rooli työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmissa

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista niihin edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja kehittämällä Kelan korvauskäytäntöjä. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työssä jatkamista ja työhön paluuta edistetään vahvistamalla työterveyshuollon koordinaatioroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä.

Vastuutaho: STM, Kela, Työterveyshuollon neuvottelukunnat, työmarkkinajärjestöt, kunnat, kuntayhtymät, työhallinto

Toteuttajataho: TTL, työnantajat, kunnat, yksityiset palveluntuottajat

Aikataulu: 2009–

Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä aiheutuvia sairauspoissaoloja ja niiden tarpeetonta pitkittymistä sekä näiden häiriöiden perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrää voidaan vähentää tehostamalla työterveyshuollon toimintaa ja sen yhteistyötä työpaikan, muun terveydenhuollon ja sosiaalivakuutuksen kanssa.

Runsas alkoholinkäyttö on monien terveys- ja työkykyongelmien tärkeä taustatekijä sekä työikäisen väestön tärkein kuolinsyy. Työterveyshuollossa alkoholihaittojen ehkäisyä vahvistetaan muun muassa mini-interventiotoiminnan ja työpaikoilla tapahtuvan valistuksen ja neuvonnan avulla. Työpaikoilla laaditaan päihdeohjelma haittojen ehkäisyn, ongelmien varhaisen havaitsemisen ja tarpeenmukaisen hoitoonohjauksen edistämiseksi.

Työterveyshuollossa on hyvät mahdollisuudet tunnistaa työssäkäyvien henkilöiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon ja kuntoutuksen tarve jo varhaisessa vaiheessa sekä käynnistää oikea-aikainen hoito ja ohjata ajoissa kuntoutukseen. Myös erilaissa epätyypillisissä työsuhteissa - määräaikaisissa, tilapäisissä tai vuokratyössä - olevien mielenterveyden ja työkyvyn tukemiseen tulee kiinnittää huomiota työterveyshuoltoa ja terveystarkastustoimintaa kehittämällä.

Työterveyshuollon tavoite on varmistaa kaikissa olosuhteissa hyvät edellytykset jatkaa työssä ja palata työhön - myös kuntoutustuelta ja työkyvyttömyyseläkkeeltä. Sairauspoissaolon aikana työntekijän terveyttä ja toimintakykyä tuetaan ja häntä aktivoidaan jo toipumiskaudella; hyvissä ajoin ennen työhön paluuta selvitetään työjärjestelyiden tarve ja mahdollisuus hyödyntää osatyökykyisyysaikaa.

Yhteistoiminnassa sovitut työkyvyn varhaisen tuen, sairauspoissaolojen seurannan ja työhön paluun toimintamallit työpaikoilla luovat edellytyksiä mielenter-

veys- ja päihdeongelmista kärsivien työntekijöiden työssä jatkamiselle ja onnistuneelle työhön paluulle.

Edellytykset: Työterveyshuollon kehittämistä koskevat lainsäädännön muutosehdotukset. Kelan korvauskäytäntöjen kehittäminen. Täydennyskoulutuksen sisällön kehittäminen.

Seuranta: Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden sekä alkoholikuolemien määrän muutokset.

Ehdotus 12. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työllistymisedellytykset

Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa muun muassa työttömien terveystarkastustoimintaa ja kuntouttavaa työtoimintaa kehittämällä. Työelämään pyrkivien työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan.

Vastuutaho: STM, TEM, Kela, työmarkkinajärjestöt, kunnat, kuntayhtymät, työhallinto, työeläkelaitokset

Toteuttajataho: Kunnat, työvoimatoimistot, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, aikuiskoulutuslaitokset

Aikataulu: 2009–

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yleisiä työkykyä uhkaavia sairauksia pitkäaikaistyöttömillä. Heille suunnattuja terveystarkastuksia koordinoivat työvoimaviranomaiset ja työvoiman palvelukeskukset (työvoimaneuvolat), joissa voidaan tunnistaa hoidon ja kuntoutuksen tarpeet sekä puuttua työkykyä uhkaaviin tekijöihin. Työttömien työkyvyn edellytyksiä voidaan edistää myös kuntouttavaa työtoimintaa kehittämällä ja ottamalla huomioon siinä näiden erityisryhmien yksilölliset tarpeet.

Toistaiseksi myönnetyllä työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella (määräaikainen työkyvyttömyyseläke) olevien työelämään pyrkivien mielenterveyskuntoutujien työllistymisedellytysten arviointia tulee kehittää. Kun työkokeiluja, työvalmentajan tuella toteutettavaa tuettua työllistymistä, työhönvalmennusta sekä ammatillisen kuntoutuksen, ammatillisen koulutuksen ja valmentavan koulutuksen palveluja hyödynnetään tarkoituksenmukaisella tavalla, voidaan tukea mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia päästä takaisin työelämään. Myös siirtymätyöpaikat ja sosiaaliset yritykset voivat tukea mielenterveyskuntoutujien työhön paluuta.

Edellytykset: Kuntoutukseen ja osatyökykyisten työllistymisen esteiden poistamiseen liittyvien linjausten huomioon ottaminen. TEM:n toimenpiteet työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien työllistymisen edistämiseksi. Työvalmentajan tukeen perustuvan tuetun työllistymisen työmuotojen kehittämiseen suunnattu resursointi. Työttömien terveystarkastusten laajentamisen vaatima resursointi.

Seuranta: Työvalmentajan tukeen perustuvan tuetun työllistymisen yleistyminen. Työttömien terveystarkastukset.

Ehdotus 13. Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalvelut

Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyville sopivia hoitomuotoja.

Vastuutaho: STM, THL, kunnat

Toteuttajataho: THL, kunnat, kuntayhtymät, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat, kirkon diakoniatyö, aikuiskoulutuslaitokset

Aikataulu: 2009–

Ikääntyvien elämänlaatuun ja toimintakykyyn voidaan vaikuttaa huomioimalla depression ja päihdeongelmien tähän elämänkaaren vaiheeseen liittyvät riskitekijät, kuten esimerkiksi somaattinen sairastaminen ja leskeytyminen. Ikääntyvien depression ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi tulee kehittää interventioita.

Itsenäistä kotona selviytymistä ja fyysistä terveyttä edistää ongelmien varhainen tunnistaminen ja tehokas hoito. Esimerkiksi ehkäisevillä kotikäynneillä voi käsitellä mielenterveys- ja päihdekysymyksiä ja kartoittaa tuen tarvetta. Erityisesti ikääntyville suunnattuja mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoitomuotoja tulee kehittää. Mielenterveys- ja päihdetyön erikoispalveluiden jalkautumista ja omaisten jaksamisen tukemista tarvitaan, jotta ikääntyviä voidaan hoitaa ensisijaisesti heidän omassa elinympäristössään.

Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmia koskevaa osaamista tulee vahvistaa henkilökunnan perus- ja täydennyskoulutuksella. Lisäksi tarvitaan koordinoitua yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä järjestöjen ja seurakunnan kesken. Omaiset tulee ottaa huomioon yhteistyön aktiivisina osapuolina.

Edellytykset: Ikääntyvien erityiskysymysten huomioon ottaminen mielenterveys- ja päihdetyön koulutuksen minimisisällöissä. Täydennyskoulutus. Perus- ja erikoispalvelujen yhteistyön kehittäminen.

Seuranta: Ikääntyvien päihde- ja mielenterveysongelmien yleisyys. Ikääntyville suunnattujen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittyminen. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö ikääntyvillä.

4 Ohjauskeinojen kehittäminen

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen ohjauskeinona painotetaan koulutuksen kehittämistä, mielenterveys- ja päihdetyön erilaisten suositusten kokoamista, päivittämistä sekä niiden soveltamisen seurantaa, mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisen koordinaation selkiyttämistä, mielenterveys- ja päihdetyöhön suunnattavien resurssien vahvistamista sekä mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan lainsäädännön kehittämistä.

Ehdotus 14. Mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteinen työryhmä määrittelee mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt. Ne sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla peruskoulutuksen opetusohjelmiin.

Vastuutaho: STM, OPM, OPH

Toteuttajataho: Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuslaitokset

Aikataulu: 2009–2012

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysalan ammattiryhmille suunnattu peruskoulutus ei vastaa mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien kansanterveydellistä merkitystä ja työelämän tarpeita. Mielenterveys- ja päihdetyön opetusta tulee lisätä niin lääkäreiden kuin muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perustutkinnoissa.

Kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollon alueella työntekijöillä tulee olla perusvalmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi mielenterveys- ja päihdeongelmat. Päihdetyön opetukselle on määritelty minimisisällöt, jotka tulee sisällyttää perustutkintojen opetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla. Vastaavasti myös mielenterveystyön opetukselle tulee määrittää minimisisällöt, jotka sisällytetään opetukseen. Lisäksi tarvitaan mielenterveys- ja päihdetyön monipuolista ja moniammatillista täydennyskoulutusta. Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittamisessa tarvitaan yhteistä täydennyskoulutusta.

Nykyistä näyttötutkintona toteutettavaa päihdetyön ammattitutkintoa tulee laajentaa siten, että syntyy mielenterveys- ja päihdetyön ammattitutkinto. Se tuki-

si muun muassa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien osallistumista kokemusasiantuntijoina palvelujen suunnitteluun, arviointiin ja toteutukseen.

Edellytykset: STM:n, OPM:n ja OPH:n yhteistyö. OPM:n ja STM:n yhteisen työryhmän perustaminen mielenterveystyön koulutuksen minimisisältöjen laatimiseksi.

Seuranta: Päihdetyön minimisisältösuositusten soveltamisen laajuus. Mielenterveystyön minimisisältöjen valmistuminen ja soveltaminen. Mielenterveys- ja päihdetyön ammattitutkinnon toteutuminen.

Ehdotus 15. Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtii keskeisimpien suositusten päivittämisestä ja toteutumisen seurannasta. Toteutetaan hyvien käytäntöjen toimeenpanoa tukeva -ohjelma.

Vastuutaho: THL

Toteuttajataho: THL, TTL, Suomen Kuntaliitto, Duodecim

Aikataulu: 2009–2012

Mielenterveys- ja päihdetyöhön vaikutetaan erilaisin ohjein ja suosituksin. Tällaisia ohjeita tai suosituksia ovat esimerkiksi kiireettömän hoidon kriteerit, Käypä hoito -suositukset, laatu- ja kehittämissuositukset ja hyvä käytäntö -kuvaukset. Eisitovien ohjeiden ja suositusten laatu vaihtelee, eivätkä ne aina sisällä toimeenpanosuunnitelmaa.

Suositusten vaikuttavuutta edistää se, että ne perustuvat tutkittuun tai arvioituun tietoon, ja että niitä päivitetään aktiivisesti. Niiden käyttöä ja noudattamista puolestaan edistää helppo saatavuus, ymmärrettävyys ja toteutettavuus.

Mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset, hyviksi arvioidut suositukset tulee koota samaan sähköiseen tietokantaan ja sopia niiden levittämisestä, toteutumisen seurannasta sekä säännöllisestä päivittämisestä. Tietokannan toteuttajana voi olla esimerkiksi THL. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden laatusuositusten päivittäminen toteutetaan osana laajempaa laatusuositusten kehittämishanketta.

Sosiaalialan hyvä käytäntö -toimintaa jatketaan THL:ssa, ja kehitetään ja ylläpidetään muun muassa tuutoritoimintaa, oppimisverkostoja sekä hyvä käytäntö –verkkopalvelua ja tietokantaa, joilla tuetaan mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen tunnistamista ja kuvaamista. THL:n hyvä käytäntö -työn kehittäminen kytkeytyy Hyvä käytäntö -innovaatiohankkeeseen, joka puolestaan on osa laajempaa Palveluinnovaatiohanketta.

Edellytykset: Suositusten kokoaminen, päivittäminen ja soveltamisen seuranta.

Seuranta: Suositusten ajantasaisuus ja niiden käytön laajuus. Hyvien käytäntöjen käyttöönoton laajuus.

Ehdotus 16. Mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi

Kaikkien hallinnon alojen kuntatasolta valtakunnan tasolle saakka on otettava huomioon toimintansa ja päätöstensä vaikutus kansalaisten mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön. Valtakunnallisella tasolla päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta laajennetaan mielenterveys- ja päihdeasiain neuvottelukunnaksi. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallinen koordinaatio keskitetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen. Terveyden edistämisen keskuksen ylläpitämä ehkäisevän päihdetyön foorumi laajennetaan ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön foorumiksi.

Vastuutaho: STM, muut ministeriöt, THL, kunnat, TEKRY

Toteuttajataho: STM, THL, muut ministeriöt ja ministeriöiden alaiset laitokset, kunnat, järjestöt

Aikataulu: 2009–2011

Mielenterveys- ja päihdetyön yhteisellä valtakunnallisella koordinaatiolla tehostetaan mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää ja korjaavaa työtä laajasti eri yhteiskuntasektoreiden alueella.

Mielenterveys- ja päihdeongelmiin kytkeytyy muun sairastavuuden ohella paljon huono-osaisuutta. Sosioekonomisiin terveyseroihin voidaan vaikuttaa yhteiskuntapoliittisin keinoin, kuten: 1) sosiaalisen aseman kohentaminen koulutuksen, taloudellisen toimeentulon ja työllisyyden keinoin 2) heikoimmassa asemassa olevientyö-, asumis- ja elinolojen kohentaminen, 3) haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden tukeminen, riskien vähentäminen ja sairauksien ehkäiseminen, 4) syntyneiden vaurioiden korjaaminen ja ihmisen toimeentulon ja elinolojen turvaaminen terveysongelmista riippumatta.

Valtionhallinnossa päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta tulee laajentaa mielenterveys- ja päihdeasiain neuvottelukunnaksi. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallinen koordinaatio tulee keskittää THL:een. Ehkäisevän päihdetyön foorumi tulee laajentaa ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön foorumiksi, joko kokoaa järjestöt yhteen mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan toiminnan suunnitteluun.

Edellytykset: Lainsäädäntömuutos.

Seuranta: Muutokset koordinaatiossa.

Ehdotus 17. Mielenterveys- ja päihdetyön resurssien vahvistaminen

Lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi. Tämän lisäksi kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunnattuja valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä kokoamalla niitä koskevat tiedot keskitetysti.

Vastuutaho: STM, VM, TEM, OPM, valtion aluehallintoviranomaiset, kuntayhtymät, kunnat, järjestöt

Toteuttajataho: STM, valtion aluehallintoviranomaiset, THL, kunnat ja kuntayhtymät, järjestöt

Aikataulu: 2009–2015

Palveluiden kehittäminen tässä suunnitelmassa kuvatulla tavalla edellyttää suurempaa resursointia, joka tulee suunnata erityisesti perus- ja avopalveluihin mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyn, varhaisen tuen sekä hoidon tehostamiseksi. Muuan muassa matalan kynnyksen periaatteella toimivien hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden vastaanotot, ehkäisevän työn koordinaattorit ja kattava depressio- ja päihdehoitajaverkosto sekä tarpeenmukaisen psykoterapian tarjoaminen edellyttävät olemassa olevien resurssien uudelleen kohdentamista ja lisäresursseja.

Lisäresursoinnin tarve koskee lähivuosia, sen jälkeen tarve tasoittuu laitospaikoista vapautuvalla henkilökunnalla ja säästyvillä muilla laitoskustannuksilla. Välivaiheen rahoituksen ehdotetaan koostuvan suuremmasta valtionosuudesta, kuntarahoituksesta, kehittämishankemäärärahoista ja muista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tarkoitetuista lähteistä. Mikäli peruspalveluihin palkattaisiin 4 uutta sairaanhoitajaa tai sosiaalityöntekijää noin 20 000 väestöpohjan alueelle, aiheuttaisi se noin 37 miljoonan euron vuosittaisen kustannuksen.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tilanne on otettu huomioon muun muassa valtioneuvoston vuosille 2008 – 2011 vahvistamassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE-ohjelma). Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnan kautta myös mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen kohdistuvien valtionavustusten lisäksi mielenterveys- ja päihdepalvelujen perustason kehittämistyöhön tulee suunnata erillinen määräraha vuosina 2010–2015.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tarkoitettuja resursseja jakavat myös työ- ja elinkeino- sekä opetusministeriöt, valtion aluehallinnon viranomaiset, RAY, SITRA ja TEKES. Myös terveyden edistämiseen ohjattavia määrärahojen kohdistetaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Näiden rahoituslähteiden käyttöön, kuten hakuprosesseihin ja jakoperusteisiin, liittyvää tiedotusta tulee tehostaa keskittämällä se THL:n vastuulle sen verkkoportaalin kautta levitettäväksi. THL koordinoi edellä mainituista rahoituksista terveyden edistämisen määrärahan käyttöä ja ohjaa kehittämistyötä.

Edellytykset: Mielenterveys- ja päihdetyöhön kohdistetut lisäresurssit valtion ja kuntien budjettiin.

Seuranta: Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen.

Ehdotus 18. Mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain päivittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain, sekä selvittää mahdollisuutta yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait.

Vastuutaho: STM

Toteuttajataho: STM

Aikataulu: 2009–2012

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää mielenterveys- ja päihdehuoltolain sekä raittiustyölain päivittämisen, jotta ne vastaavat nykytilannetta muun muuassa kunta- ja palvelurakenneuudistuksen osalta. Päivittämisen yhteydessä selvitetään samalla mielenterveys- ja päihdehuoltolakien yhdistämisen mahdollisuudet.

Edellytykset: Lainsäädännön arviointi.

Seuranta: Lakiuudistuksen toteutuminen.

Lyhenteet ja niiden selitykset

STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
OPM	Opetusministeriö
VM	Valtiovarainministeriö
TEM	Työ- ja elinkeinoministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
OPH	Opetushallitus
Kela	Kansaneläkelaitos
TTL	Työterveyslaitos
TEKRY	Terveyden edistämisen keskus ry.
Tekes	teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus
Sitra	Suomen itsenäisyyden juhlarahasto
KASTE-ohjelma	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma
RAY	Raha-automaattiyhdistys

ČOAHKKÁIGEASSU

Mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo aplána. Miella 2009 – bargojoavkku evttohusat mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo abarggu ovddideapmin jahkái 2015. Helsset 2009. 46 s.
Sosiála- ja dearvvasvuohtaministeriija prentosat 2009:3.
ISSN 1236-2115 (print), 1797-9897 (online).
ISBN 978-952-00-2767-4 (nj.), 978-952-00-2768-1 (PDF).
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2768-1.

Álbmotlaš mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo aplána meroštallá mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo abarggu boahttevuo a guovddáš prinsihpaid ja deattuhusaid jahkái 2015. Plána vuolggasadjin lea mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo aváttisvuo aid stuorra álbmotdearvvasvuo alaš mearkkašupmi. Plána meroštallá vuosttas háve mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo abarggu ovttas riikkaviidosa at.
Plánas deattuhuvvojit áššehasa sajádaga nannen, mielladearvvasvuo a
ja juguhisvuo a ovddideapmi ja váttisvuo aid ja vahágiid eastadeapmi ja dikšun ja lassin buot ahkeluohkáid mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo abálvalusaid ordnen, nu ahte deattuhuvvojit vuo o- ja rabasdikšunbálvalusat. Bálvalanvuogádaga ovddideamis o a guovddáš ulbmilat leat vuollegaš šielmmá ovtta uvssa prinsihppa dikšui boa idettiin sosiála- ja dearvvasvuo aguovddážii ja ovttastahtton mielladearvvasvuo a- ja jugešvuo arabasdikšunossodagaid vuo udeapmi. Plána loahpas evttohuvvojit plána ollašuhttimii dárbbašlaš stivrenvuogit.

Guovddášsánit: áššehas, rabasdikšun, ovddideaddji ja eastadeaddji bargu, eallinmuttut, mielladearvvasvuohta, vuo obálvalusat, bálvalanvuogádat, gárrenávnnas

ČUÁKÁNKIÄSU

Mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteevuávám. Mieli 2009 –pargojuávhu iävtuttâsah mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteepargo oovdedmân ihán 2015. Helsinki 2009. 46 s.
Sosiaal- já tiervâsvuo âministeriö olgosadalduvah 2009:3.
ISSN 1236-2115 (print), 1797-9897 (online).
ISBN 978-952-00-2767-4 (njoo .), 978-952-00-2768-1 (PDF).
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2768-1.

Aalmuglâš mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteevuávám linjee mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteepargo puátteevuo â kuávdášlâš prinsiipâid já tiäduttâsâid ihán 2015. Vuávám vuolgâsaijeen lii mielâtiervâsvuo â- já uáivádittee uolmâi stuorrâ aalmugtiervâsvuo âlâš merhâšume. Vuávám linjee vuossâmuu keerdi mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteepargo oovtâst väldikodálâš tääsist. Vuáváámist tiäduttuvvoo äššigâš sajattuv nanodem, mielâtiervâsvuo â ja uáivádditteettisvuo â ovdedem já uolmâi já hemâdâsâi estim já tipšo sehe puohâi ahejuávhui mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteepalvâlusâi ornim tiäddutmáin vuá u- já ávustipšopalvâlusâid. Palvâlusvuáháduv oovdedmist u â kuávdášlâš linjiimeh láá vyelligiskoozzâhlâš oovtâ uuvsâ prinsiip tiipšon puá idijn sosiaal- já tiervâsvuo âkuávdážist já ovtâstittum mielâtiervâsvuo â- já uáivádditteeávustipšo-ohtâduvâi vuá udem. Vuávám loopâst oovdânpuáhtojeh tárbuliih jo ettemvyevih, moh tarbâšuvvojeh vuávám olášutmân.

Äššisäänih: äššigâš, ávustipšo, ovdedeijee já estee pargo, eellimkevli, mielâtiervâsvuo â, vuá upalvâlusah, palvâlusvuáhádâh, uáivádittee

VUÄNNÕS

Miõlltiõrvâsvuõtt- da ro´mljemplaan. Miõll 2009 –tuâjjä´rtte´l e´tǩǩõõzz miõlltiõrvâsvuõđ da ro´mljemtuâi õõudâsviikkâm diõtt ee´jj 2015 mõõnee´st. He´lssen 2009.46 s.
Sosial- da tiõrvâsvuõttministeria čõõđtumuužžid 2009:3.
ISSN 1236-2115 (print), 1797-9897 (online).
ISBN 978-952-00-2767-4 (njâ.), 978-952-00-2768-1(PDF).
http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2768-1

Naroodlaž miõlltiõrvâsvuõtt- da ro´mljemplaan tuu´mtâtt miõlltiõrvâsvuõđ- da ro´mljemtuâi puõ´ttiääi´j vääžnmõs vuâđđjurddjid da teädldõõggid ee´jj 2015 mõõnee´st. Plaan šõddâmalggân lij miõlltiõrvâsvuõtt- da ro´mljempro´blee´mi veiddsab naroodtiõrvâsvuõđlaž miârktõs.
Plaan tuu´mtâtt vuõssmõs vuâra miõlltiõrvâsvuõđ- da ro´mljemtuâi õõutsââ´jest vä´lddkåådlaž tää´ssest.
Plaanâst âinsmââđet ä´šša staattuuzz staanmõõžž, miõlltiõrvâsvuõđ da ro´mljete´mesvuõđ ooudâsviikkâm da pro´blee´mi da hääitai cõõggõõttâm da hååid di puki puõlvvõõgǧi miõlltiõrvâsvuõđ- da ro´mljemkääzzkõõzzi riâššmõõžž ainsmâ´ttee´l vuâđđ- da äävhåiddkääzzkõõzzid.
Kääzzkâ´sttemriâššmõõžž õõudâsviikkmõõžžâst ođđ vääžnmõs tuu´mtâttmõõžž liâ vue´l'lgaž kõddsaž õõut uus vuâđđjuurdd hoiddu pue´ttmen sosiaal- da tiõrvâsvuõttkõõskõõzzâst da õhttuum miõlltiõrvâsvuõđ- da ro´mljemäävhååidõõutilåågǧi alttumuš.
Plaan looppâst maadârtet plaan teâddjumu´šše taarbšem vuä´pstemvue´jjid

Ä´šššää´n: ä´šš laž, äävhåidd, õõudâsviikkâm da cõõggõõttâm tuâjj, jie´llemǩe´rdd, miõlltiõrvâsvuõtt, vuâđđkääzzkõõzz, kääzzkâ´sttemriâššmõš, šââ´l'jemliõmm

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ **ISSN 1236-2115 (painettu)**
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER **ISSN 1797-9897 (verkkojulkaisu)**
REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

2009:

1 Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2754-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2755-1 (PDF)

2 Selvitys EVO-pisteitä tuottaneista terveystieteellisistä julkaisuista vuosilta 2003-2005. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2756-8 (PDF)

3 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi.
ISBN 978-952-00-2767-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2768-1 (PDF)