

Yhdessä kohti vahvempia mielenterveyspalveluita

Työpajayhteenveto

13.-14.2.2025 Helsingissä



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

Lasten ja nuorten palvelut

Kansallisen yhteistyön rakenteet

Ajankohtaisia kansallisia asioita

Terapiatakuu:

- Miten tuleva terapiatakuuseen suunnattu rahoitus saadaan kohdennettua oikeisiin asioihin, ettei vaan mene alijäämän kattamiseen?
 - Tulisi käyttää henkilöstön menetelmäosaamisen kehittämiseen ja sen ylläpitoon, rekrytointeihin ja kehittämistyön (kuten koordinaation) jatkuvuuteen .
 - Kannattaa hyödyntää tulevia kunnallisvaaleja ja mediaa, mikäli näyttää siltä että raha ei kohdennu oikein.
- Mistä resurssit TT vastaamiseen?
 - Resurssien kohdennus oikeisiin kohtiin palvelurakenteissa ja uudelleen organisointi näkyy nopeasti ESH läheteissä, sekä erikoissairaanhoidossa paineessa.
 - Tosin resurssien siirto palveluportaikossa suuntaan tai toiseen on aina haastavaa.
- Toteuttamiseen liittyvät haasteet:
 - STM säätää lait, Palko sekä THL antavat suosituksia, mutta **HVAlla on järjestämisvastuu: eli miten asiat käytännössä tehdään.**
 - Sosiaalitoimen rooli terapiatakuun toteuttamisessa puhututtaa:
 - Missä työryhmissä asiaa mietitään ja miten integroituu terveydenhuollon puolen suunnitelman kanssa?

Kansallisista rakenteista

- Palvelureformia odotellessa...
 - Viisi osaamiskeskusta on ajateltu osaamisen ylläpidon suhteen (tähän perustuu YTA-toiminta). Ainoastaan yksi digitaalisten palveluiden suhteen (esim. MT- talo ja koulutusala)
- Yliopistollisten hyvinvointialueiden ns. ohjausryhmää jatketaan ja on laajennettu.
- Onko YTA-sopimuksen myötä mietitty yhteisiä rakenteita?
 - Esim. yhteisiä koordinaattoreita joiden voimalla voidaan ylläpitää menetelmäosaamista sekä kehittää osaamisen ylläpitorakenteita. YTA-sopimukseen ei kannata kirjoittaa ainoastaan menetelmiä vaan erityisesti toimintatapoja.

Tulossa maaliskuun -25 aikana:
Terapiat etulinjaan -käsikirja

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Porrastettu hoitomalli ja psykososiaaliset menetelmät #1

- **Kehityksellisten haasteiden huomioiminen lanu-mt-tuessa**
- **Toimivien käytänteiden jakaminen:** YTA-tasoisesti jonkinlainen konsensus tuo tasa-arvoa, turvaa ja säästää resursseja
- **Kansallinen yhteistyö jatkuvuuden tukena – tavoitteena kansallisesti tasa-arvoiset palvelut**
 - löydetäänkö kansallisesti joku yhteinen interventio? täydellinen yhdenmukaisuus ei tarpeen, 80 % riittää
- **Asiakas – ei menetelmä – edellä**
 - Ammattilaisen ammattitaidon arvostus yksittäisen menetelmän sijaan
 - Kuuluvatko psykologin tuki-/hoidollinen jakso terapiatakuuseen?
 - Mitkä oireryhmät kuuluvat/ei kuulu terapiatakuuseen?
 - Löytyykö kaikenikäisille interventioita (lapset?)
- ESH konsultaation ja kehittämisen resurssit ("ei voi laskuttaa")
- Terapiatakuu ja ohjautumisen prosessi?
 - Navigaattorit
 - Poissulkukriteerit
- Kasvavan vieraskielisen väestön tarpeisiin ja erityispiirteisiin vastaaminen?
 - Sitouttaminen, kulttuuriset käsitykset
- Perhetyön/perheeseen kohdentuvan työn tarve lapset ja nuoret
 - Sote-integraatioyksiköstä hyviä kokemuksia
 - Nuorisoikäisten interventioista, jossa perheet mukana vaikuttavuusnäyttöä
 - Ammattilaisten asenteen/toimintatavan muutostarve vanhempien osallistamisessa? Lisäävätkö lyhyet interventiot painotusta yksilöön
 - Kapenen roolin ja ammattitaidon hyödyntäminen interventioissa
 - Esim. EFT, lapsen ja vanhemman suhteen hoitaminen
- Väestöpohjan merkitys eri alueiden porrastetuissa malleissa
- Interventioiden jalkauttaminen ja juurruttaminen:
 - implementaatio suunnitelma/vuosikello, **toimenpidekoodit** ja erilliset menetelmien raportointityökalut seurannassa
 - osaamiskeskusneuvottelut/HUS
 - Jännitteet eri palveluntarjoajien välillä
- Friends 0-2 –portaille (esim. kuraattorit), DKT 4. porras?
- Kouluterveydenhoitajan rooli?
 - Seulonta korkeamman portaan interventioiden sijaan, tavanomaisen reagoinnin normalisointi

Porrastettu hoitomalli ja psykososiaaliset menetelmät #2

Tunnistettuja haasteita hyvinvointialueilta:

- Kuinka saada palvelut kattamaan tasavertaisesti kaikki lapset, nuoret ja perheet hyvinvointialueilla, jotka ovat maantieteellisesti laajoja?
- Digitaalisia palveluita on haastavaa hyödyntää, kun nuorilla ei usein käytössä pankkitunnuksia
- Terveysosiaalityön aseman kyseenalaistaminen
- Perheneuvolatoiminnan jakaminen perheneuvontaan ja terveydenhuollon palveluihin

Toimivia käytänteitä eri hyvinvointialueilta:

- Pienillä hyvinvointialueilla yhteistyö on usein sujuvaa ja joustavaa. Yhteistyötä helpottaa, jos saman hallinnon alla on eri palveluita, jos toimijat tuntevat toisensa, ja jos palveluiden välillä ei pidetä kovin tiukkoja rajoja. Johdon ei kannata ns. puolustaa omaa sektoria, vaan ajatella, että tehdään joustavasti yhteistyötä. Se on auttanut myös jonojen purussa.
- Ohjatun omahoidon käyttö perustason mielenterveyspalveluissa osana perheen kokonaistilanteen arviota. Näin perhe saa tukea tilanteeseensa jo arvion aikana.
- Aito so-te-yhteistyö toimii nuorten matalan kynnyksen miepä-palvelussa, jossa on henkilöstössä sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia
- Pth:ssa työskentelevät perheterapeutit, joiden työnkuvaan kuuluu tehdä tarkempi arvio perhetilanteesta ja toteuttaa perheterapiaa (n. 10-20 krt)
- Täytyy tunnistaa niiden perheiden tarpeet, jotka eivät saa riittävää apua lyhyellä jaksolla ja jotka tarvitsevat mahdollisuuden olla yhteydessä useita kertoja. Pitkäkestoiselle tuelle on paikkansa ja se vaatii oman resurssinsa.
- Terapiatakuulainsäädännöstä: on todella tärkeää, että interventio tuotetaan mahdollisimman lähellä sitä paikkaa, missä arvio on tehty ja ensisijaisesti siellä, missä lapsi/nuori arvensa viettää. Ei nähdä hyvänä, että asiakas lähetetään eteenpäin tai että arvioita tehdään useita peräkkäin.

Huomioita Te-toimintamallin tekemästä porrasluonnoksesta:

- Alueelliset erot palveluiden järjestämisessä ovat isoja – joillain hva:lla palvelut rakentuvat enemmän, joillain alueilla vähemmän siten, kuin Te-toimintamallin luonnoksessa. Tähän vaikuttavat mm. opiskeluhuollon rooli ja se, kuinka kuormittuneita esh:n palvelut ovat.
- Porrastuksissa puhutaan usein toimintakyvystä – mitä toimintakyvyn mittaria käytetään? Alueilla käytössä mm. toimintakyky.fi, ICF, GAS
- O-portaalla tulisi näkyä lakisääteinen opiskeluhuollon työ, ennaltaehkäisevä työ kouluyhteisössä ja tutkittuun tietoon pohjaavat, kouluilla käytössä olevat tunne- ja vuorovaikutustaidot ja vahvistavat menetelmät
- Portaisiin pitäisi kuvata myös suunta toiselta puolelta alaspäin: porraskuva tällaisenaan voi antaa ymmärtää, että 4. portaalle jälkeen oireet/haasteet ovat aina poistuneet eikä palvelun tarvetta enää ole. Lapsella/nuorella/perheellä tulee olla mahdollisuus saada palveluita myös 4. portaalle jälkeen.
- Porraskuvauksen rinnalla tulisi olla mahdollisuus segmentoida asiakkaita tarpeen pohjalta. Tämä voisi auttaa jäsentämään, kenelle kannattaa tarjota mitään palvelua.
- Portaiden välillä pitäisi olla kuvattuna yhteistyön rakenteita: esim. konsultoiva lastenpsykiatri, joka tukee alemmilla portailla tehtävää työtä
- Portaisissa kuvautuu perheen tuki hyvin niukasti
- Samaa menetelmää voidaan joskus käyttää sekä ennaltaehkäisyyn että hoidollisempaan työskentelyyn riippuen siitä, missä kontekstissa sitä toteutetaan
- Pitäisikö yksittäisten menetelmien sijaan alkaa puhua enemmän viitekehyksistä? On paljon työskentelyä, joka perustuu viitekehykseen ja on strukturoitua, vaikka ei olisi lisensoitua.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Hoidon tarpeen arviointi

- Kansalliset erot – käsitteet, käytännöt
 - Keskitetty – hajautettu
 - **Kansallinen ohjaus** takaa laadun ja yhdenvertaisuuden
- Järjestelmä- ja tilastointihaaste – LC-laatta, monet eri järjestelmät → toteutumisen seuraaminen
- HTA tekninen, lyhyt selvitys (yhteydenotto) vs arviointijakso 1-5 käyntiä (prosessi)
 - HTA → arviointijakso → terapiatakuu, interventio
- Nuorten navi – **koodin hyödyntäminen** sekä sosiaalihuolto että terveydenhuolto, ensijäsennyskäynnin kirjauksen siirto huomioitava
- Riittävä osaaminen – kuka voi tehdä?
 - Kouluth ja neuvolath arvioivat, osalla alueista tekevät myös HTA
- Miten työtä jaetaan eri ammattiryhmien kesken
 - Määritelty yhteisöllisen työn osuus - **johdon tuki priorisoinnissa**
- HTA vs PTA
 - Kuraattorit, sosionomi – ohjaus terveydenhuoltoon HTA
 - **sote-integraatio: monialaisen asiantuntijatyöryhmän hyödyntäminen, tiimi**
 - Sos.huolto ja terveydenhuolto – eri fokus

Perustasolta erikoissairaanhoidon ja takaisin –prosessit #1

- Kansallisesti hyvin erilaisia käytäntöjä eri kokoisilla hyvinvointialueilla
- Toimivia käytänteitä:
 - Yhteinen verkostoneuvottelu pth + esh. Pth:lla vastuu koolle kutsumisesta. Verkostossa tehdään yhdessä suunnitelma jatkoon- siirtykö esh tai mietitään tukitoimet perustasolle. Isoilla hva:illa haaste on toimijoiden ja väkiluvun määrä
 - moniammatillinen tiimi: perustaso, perheneuvola, lastenpsykiatri- > jossa tehdään yhteinen suunnitelma millaista tukea lapsi ja perhe tarvitsee
- Mitä jaettavia/yhtenäistettäviä toimintatapoja kansallisesti voisi olla
 - yhteinen arviointimalli pth ja esh: lisää keskinäistä luottamusta (Innokylä)
 - lähetekriteerit erikoissairaanhoidon vähintään YTA alueen sisäisesti yhtenäiset
- Sujuvien yhteistyökäytänteiden rakentaminen vuoden 2025 aikana
 - perustaso, esh ja sosiaalihuolto. Selkeä työnjako tulee sopia, josta pidetään kiinni.
 - YTA alueella yhtenäiset toimintamallit yhteistyöhön
 - miten näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönotto vaikuttaa hoitoon ohjaukseen
- Yhtenäiset ikärajat erikoissairaanhoidon valtakunnallisesti
 - 18-22v tarvitsisivat omat palvelunsa, sillä oma erityinen ikäryhmänsä?
- Ohjautuminen takaisinpäin esh-pti haastaa enemmän
 - Yhtenäiset kriteerit, milloin palautetaan perustasolle?
 - Jo alussa yhdessä tehty hoitosuunnitelma voisi tukea myös palauttamista perustasolle
 - Miten pidetään yhteistyökumppanit mukana prosessissa?
 - pienellä paikkakunnalla ei paikallisia palveluita mihin palauttaa lapsi/perhe.
- Yhteiset verkostoitumistapaamiset tulee jatkua vielä syksyllä 2025
 - **Ehdotus: Soite ja Kymenhva syksyllä esittelemään omia mallejaan**
 - 2026 verkostoitumistapaamisille toivotaan jatkoa

Perustasolta erikoissairaanhoidon ja takaisin-prosessit #2

TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT

- Konsultaatiot
 - Lääkärikonsultaatiot työryhmille esh-pt
 - Konsultaatiotyöparin konsultaatio erikoislääkäri/sh tai psykologi
 - Eri erikoisalojen väliset konsultaatiot
- Siirtymät ja yhteistyö
 - Perustasolla työntekijöitä, joille voi ohjata seurantaan (kuraattorit, terveydenhoitajat)
 - Säännöllinen yhteinen keskustelu pth/esh
 - Saattaen vaihtaen käytäntö
 - Tiivistelmä/yhteenveto aiemmasta työskentelystä
- Palvelujärjestelmä
 - Lähetekäsittely yhden käsissä: kokonaiskuva ja linjaukset.
 - Jaettu käsitys hoidon porrastuksesta

MITÄ TEHDÄ YHTEISTYÖSSÄ YTA ja KANSALLISESTI

- Kansallinen taso
 - Määrittää mikä on esh rooli ja tehtävät, mikä on pth rooli ja tehtävät, niin että ne on toteutettavissa
 - Sosiaali- ja terveyspalveluiden tehtävät ja työnjako, mitä tehdään yhdessä.
 - Digitaalisen palvelut?
 - Diagnoosikäytännöt: missä tehdään esim. autismidiagnoosit
 - Miten kansallinen kehittäminen tapahtuu kun te-toimintamalli päättyy? Yhteistyön jatkaminen nähdään tärkeänä. Erikoisalakohdattaiset tapaamiset? YTA-alueen tapaamiset, useamman portaan johdon tapaamiset? THL järjestämät? Velvoittava vai yhteistyössä sovittu?
- YTA-taso
 - Hoidon porrastuksen yhtenäistäminen
 - Osaamisen vahvistaminen
 - Ruotsinkielisten palveluiden turvaaminen -> myös kansallisesti
 - Digiklinikka

Kasvatus –ja perheneuvontapalveluiden rooli palvelujärjestelmässä

- Tehokkaampi käyttö: Kapene ei ole riittävästi kuultu kokonaisuuden rakentamisessa, miten kutsutaan yhteistyöhön puolin ja toisin, tulisi tehdä yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma
- Miten perusterv.huollon ja kapenen roolit eroavat käytännössä? Ovat kaksi eri palvelutehtävää, lainsäädäntö pohjalla.
- Terapiatakuun sosiaalihuollon menetelmät kapenessa? Keskusteltiin eri menetelmistä ja ryhmä ei ollut yksimielinen mutta enemmistö toi esille: EFT, EFFT, perhepsykoterapia, perhesysteemin hoito, käytöshäiriömenetelmät, pois yksilökeskeisestä ajattelusta (toivotaan kansallista selkeää ohjetta: mitkä menetelmät ainakin kuuluvat)
- HTA vs PTA , minne mtperustainen perhetyö kuuluu: molempiin, perhetyön termi tulee paremmin määritellä. Mitä tarkoitetaan ?
- Päällekkäisen työn välttäminen: pyrkimys sote integraatioon mutta selkeä työjako ja selkeät palvelutehtävät : kun roolit ovat selkeät ei ole päällekkäistä työtä. Asiakkaan näkökulma lähtökohtana: rinnakkainen työ vs. päällekkäisyys.
- Keskustelu: Kapene : Alle -18v Lievien häiriön 1.portaan tukea ja neuvontaa. Lapsiperheitten mielenterv.työ kuuluu Kapenen piiriin, tukena ei hoitona. Kuka antaa lasten ja perheen hoitoja? Mitä Kapene voi tarjota kokonaispalettiin ? Psykososiaaliset palvelut (osa mielenterv.palveluja) : vanhemman ja lapsen/nuoren suhteet, vanhempien parisuhteet, perhesuhteet (vaativaa osaamista).
- Lääketieteellinen osuus Kapenessa : konsultatiivinen, erotusdiagnostiikkaan tarvitaan el, mutta tähän tarvitaan kansallinen selkeä STM /THL ohjeistus

Opiskeluhuollon rooli palvelujärjestelmässä

Yhteisöllisen työn tärkeys tulee muistaa:

- Osalla alueista yhteisöllisen työn tavoitteeksi on asetettu prosentuaalisia rajoja (esim. 10-15% työajasta)
- Yhteisöllistä oppilashuoltoa on hyvä hyödyntää toimintamallien jalkauttamisessa
- Sivistys- ja koulutuksen toimialan kanssa yhteistyö tärkeää, jotta saadaan yhteisiä tavoitteita opiskeluhuollon palveluille. Etenkin kuraattorit ja psykologit osittain kahden johdon (Hva& sivistys) välissä ja he ovat tärkeitä linkkejä sivistystoimen suhteen, rakenteet tulee miettiä.

Työnjako ja tehtävänkuvat (sis. sairaanhoidollinen rooli)- kansallinen ohjeistus/suositus olisi hyödyllistä.

- Kuraattorin rooli suhteessa nuorten naviin ja interventioihin
 - Toiveena, että nuorten navi/ interventiot nähtäisiin välineenä työskennellä nuorten arjessa
 - Ennaltaehkäisyn näkökulma tärkeää huomioida lievemmissä oireissa – kuraattorityössä iso potentiaali tämän asiakasryhmän kohtaamisessa.
 - Oppilaiden kielitaidottomuus ja moninaiset kulttuuritaustat vaikuttaa kuraattorityön sisältöön.
- Kuraattoreiden ja psykologien osalta suurta vaihtelua työnkuvissa - myös työntekijäkohtaisia eroja. Taustalla alueiden ja toimintatapojen yhdistyminen. Sivistystoimen alla toimiessa ei välttämättä ole ollut ammatillista johtoa -> eri ammattilaisten välillä mm. termistöjen, lainsäädännön, ammattiin kuuluvien seikkojen vuoksi ristiriitoja voi herätä ja niitä on tärkeää avata, jotta väärinymmärryksiltä välttyään.
- Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa saatetaan osittain tukea tällä hetkellä hankalampiakin mt-haasteita ja osalla alueista perustason mt-palveluita on myös opiskeluterveydenhuollossa, mm. lääkityksen aloitus, psyk-sh:ntuki.
- Koululääkärin rooli on muuttunut paljon vuosien saatossa. Tarkastuksia vähemmän, mutta vaativien tapauksien selvittämiseen menee enemmän aikaa.

Hyviä käytänteitä:

- Selkiytystä psykologien tutkimuspyyntöjen suhteen: kriteerit tutkimuksille on määriteltynä eri palveluissa ja tämä selkiyttänyt tutkimuspyyntöjen kanssa toimimista
- Käsikirjat alueellisista toimintamalleista kuraattorin ja koulupsykologin työssä, jolla on saatu tasalaatuistettua palvelua alueella ja tehnyt kaikki toimijat tietoiseksi yhdessä sovituista työnsisällöistä.

Mielenterveys ja päihdepalveluiden järjestäminen:

- Alueilla erilaisia tapoja järjestää palveluita – alueilla palveluiden rakentuminen muutoksessa ja uusia ratkaisuja haetaan ajankohtaisesti.
- Alueiden sisäiset rakenteet (mm. alueen isot kaupungit, väestökeskittymät) haastavat tasa-arvoisuuden ja -laatuisuuden tavoitetta
- Päihteiden käytön ennaltaehkäisyn merkitys -> valistustyötä tehtävä etenkin nuorten kanssa.

Kansalliset käytänteet:

- OPHU –työ on ennaltaehkäisevää työtä, käyntisuositukset 1-5 kertaa.
- Porrasteisuuden tärkeys, ettei samaa osaamista ole kaikilla portailla.
- Verkostomainen työote – yhdessä tekemistä lisää.
- Kouluyli-lääkäreillä on oma kansallinen verkostonsa

Jatkokeskusteluun: ADHD-hoitopolku – opiskeluhoollon palveluiden rooli

Lasten, nuorten ja perheiden
palvelut

Sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistyö

- Haasteet:

- Yhteisen kielen puute. Eri lainsäädäntö. Eri mittarit. Erilainen tapa tuottaa vaikuttavaa hoitoa, vaikka yhteiset tavoitteet.
- Kirjaaminen, tiedon välittäminen
- Hoidon porrastus – erikoistuneen sosiaalityön puute
- Etulinja – yhteisen arvion ja palveluohjauksen puute
- Yhtenäisten ohjauksen ja ratkaisujen puute – pistemäiset ratkaisut
- Rakenteiden puute, siilomaisuus

KEHITYSIDEA:

Myös seminaariohjelmassa huomioidaan vahvemmin sosiaalipalvelut
Työpaja: Sote-integraatio, jossa sosiaalipalvelujen alustus

- Toimivat käytänteet:

- Jalkautuvat yhteistyömallit – rajapintatyöskentely, parityöskentely, tiimiytymisen malli
- Yhteinen porrastus
- Sote fyysisesti saman katon alla, mt- ja päihdepalvelut sote-yksikkö – ensitapaamiset sote-tapaamisena
- Palautetietoinen työskentelyote FIT, systeeminen työote – huomioitu kalenteroinnissa
- Avopediatriamalli
- Perhekeskeinen työskentely dg-keskeisyyden sijaan
- Verkostomainen johtaminen

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Päihde-/riippuvuuspalveluiden hyvät käytänteet

- **KANSALLINEN YHTEISTYÖ HANKEAJAN JÄLKEEN:** Kansalliset ja yta-tason yhtenäiset interventio- ja mittarikartoitukset/ -suositukset erityisesti perustasolle
- Sote-integraatio ja selkeä työnjako yhdessä toimipisteessä
- Ennaltaehkäisy: varhaisen vaiheen tunnistaminen ja tuki
- **Päihdeasiat kuuluvat kaikille**
 - Päihde + mt-asioiden hoitaminen yhdessä, **päihdeosaamista joka tasolle**
 - Asiakaslähtöisyys: ei siirretä nuorta vaan kerätään nuoren toivoma tiimi nuoren ympärille
 - Koulutetaan laajasti lasten ja perheiden palveluiden työntekijöitä: kohtaamisen merkitys
- Yhteistyö sivistys, lastensuojelu, kasvatusta- ja perheneuvonta, sairaalapapit, järjestöt
- Konsultaatorakenteet
- **Nuorten (aikuisten) ikäryhmän erityistarpeet**
 - Ikärajan nosto, vieraskielisten palvelut, uskonto/kulttuurikysymykset
 - Alle 18v. tavoittaminen (erit. pojat) : anonyymit walk in –palvelut, yhteisötoiminta, jalkautuminen
 - Nuorille/alaikäisille kohdennettu vieroitus- ja korvaushoitomalli
 - esim. kotivieroitus-malli: lastensuojeluun jalkautuva tiimi päihdepalveluista
- **Perhelähtöisyys ja huoltajien mukaanotto**
- Aikuiset kokemusasiantuntijat kehittämistyössä ja luennoilla, hyvä kuntoutuminen edellytys
- Interventiot: Motivoiva haastattelu, mini-interventio. DKT/taitoalumnus, MDFT harkiten, KKT (erit. HOT), traumainformoitu työote

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden palveluketjut

- Neuropsykiatrista valmennusta tarjolla hyvinvointialueilla vaihtelevasti ja käytänteet eroavat toisistaan vahvasti (osalla alueista sisäisesti koulutettuja valmentajia ja osa ostaa palvelua oman organisaation ulkopuolelta).
- Neurokehityksellisten häiriöiden psykososiaalisen tuen ja hoidon porrasteisen mallin menetelmäosaamista ja materiaaleja kaivataan perustasolle, sekä erikoissairaanhoidon. Jos diagnoosi asetetaan esh:ssa, toivotaan ensimmäisien portaiden psykoedukatiivisia materiaaleja ja toimintakykyä tukevia 2. portaan menetelmiä myös sinne.
- Tarvetta koko perheiden tukemiseen, tukea voivat tarvita lasten ja nuorten lisäksi myös vanhemmat.
- Käytettävillä termeillä merkitystä; esim. on tärkeää, että ensimmäisen portaan ohjatun omahoidon ryhmän nimi viittaa keskittymisvaikeuksiin eikä ADHD:hen.
- Rakenteellisen kirjaamisen tärkeys – kuinka tukea ja varmistaa, että se toteutuu.
- Nuorille kaivataan keskittymisvaikeuksiin suunnattua omaa ryhmämallia ja materiaaleja (idea ryhmästä jossa nuoret ja vanhemmat tapaavat samanaikaisesti, mutta eri tiloissa, jotta vanhemmat voivat saada omaa ohjausta ja tukea myös vanhemmuuteen).
- Keskustelimme siitä, kuinka nuoria voitaisiin houkutella osallistumaan ryhmiin. Onnistuneita kokemuksia on saatu esimerkiksi välipalan tarjoamisesta, suorituksen myöntämisestä ryhmään osallistumisesta (esim. koululta) tai erilaisten palkkioiden antamisesta.
- Ajatus koulussa järjestettävästä ryhmästä, jossa harjoiteltaisiin keskittymisen taitoa (voisiko sisällyttää terveystiedon tunneille tms).
- Pelkoa autismitutkimuksen häiriöiden tutkimuksien siirtymisestä perustasolle tulevaisuudessa; osaamisen haasteet nähdään ajankohtaisena.
- Millaista tukea voitaisiin tarjota autismipiirteisille, joilla ei ole diagnoosia (sosiaalisten taitojen tai kaveritaitojen harjoittelun ryhmä?)
- Koulukohtaisia eroja tukitoimien myöntämisen suhteen. Keskusteltu tulevasta lakiuudistuksesta.
- Varhaisen vaiheen perheen tukeminen nähdään tärkeänä. Miten saataisiin vanhemmat aktiivisesti mukaan tukemaan lasten ja nuorten arkea ja ”korjaamaan perusasiat kuntoon”?

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden seuranta

- Yhteiskehittämisen edellytykset
 - Tietomäärittely, mitä mitataan
 - Toimenpidekoodit
 - Fit osalla alueilla käytössä, allianssi
 - Oirepisteet
 - Sos.huolto: laajemmin elämän olosuhteet
 - Rakenne – miten johtaminen rakentuu?
 - Miten tieto eri tasojen välillä – työntekijä, lähiesihenkilö, johto
 - Lähiesihenkilö, aika ei riitä. Esihenkilön aktiivisuudella iso merkitys
 - Työntekijälle hyödyllistä nähdä, että työ auttaa, kannustaa käyttämään menetelmiä – miten saada tämä toimimaan
 - Tietojärjestelmät, tekninen toteutus
 - Järjestelmät eivät juttele keskenään - miten saada tarpeellinen tieto ulos?
- Huolenaiheet
 - Resurssit: ajan riittäminen, raha
 - Mitä, kun hoito ei olekaan vaikuttavaa?
 - Toimintatapojen muutos voi aiheuttaa vastustusta, esim. joillekin ammattiryhmille mittareiden käyttö on vierasta
 - Tekninen toteutus – tieto vaikea saada järjestelmistä
- Toimivaa
 - Helsingissä työntekijät olleet innostuneita omasta vaikuttavuustiedostaan (fit-mittari)
 - Osalla alueista yksi tietojärjestelmä, tämä auttaa
 - Tanskassa kokonaisvaltainen näkemys perheen kokonaistilanteeseen
 - Systeeminen työote osalla alueista, vastaava lähestyminen
- Yhteiskehittäminen – miten käytännössä?
 - Mitä opittavaa Tanskan toimintamallista?

Aikuisten palvelut

Kansallisen yhteistyön rakenteet

- Työpajan keskustelun keskiössä YTA-tason ja kansallisen tason rooli ja ohjaus
- Tunnistettiin, että tarvitaan sekä kansallista koordinaatiota että vahvaa YTAa.
 - Esimerkiksi digi-infra kansallista (esimerkiksi Terapianavigaattori, koulutuslusta, mielenterveystalo.fi), mutta sisällönkehittämisen ei tarvitse olla yhdessä paikassa.
 - Menetelmäkohtaisen osaamisen voi hajauttaa (vrt. kotipesät). Jokaisella YTAlla olisi osaamista ja vastuuta.
 - Aidosti verkostomainen rakenne
 - YTAn sisäinen yhteistyö tärkeää esimerkiksi koulutusten osalta.
- Resurssien kannalta on tärkeää, että pidetään lasten, nuorten ja aikuisten asiat yhdessä. Jos nämä eriytyvät, myös luodut mallit voivat erkaantua toisistaan.
 - Vaikka organisaatorakenteissa nämä olisi hajautettu, kehittäminen tehtäisiin kaikki ikäryhmät yhdessä
- Keskustelua resursoinnista ja rahan allokoinnista. YTA:
 - Keskittämisasetuksessa YTA-tasoinen maininta (menetelmien arviointi). Pitäisi antaa ytalle rahaa.
 - YTA-alueilla mahdollisuus resursoida esimerkiksi noin viiden henkilön tiimit.
- Voisi olla hyvä, jos olisi ehdotus, että tarvitaan kansallinen osaamiskeskus (=kansallinen resursointi):
 - On kansallisesti ylläpidettävää (=teknistä) toimintaa (esimerkiksi navi, mielenterveystalo.fi, koulutuslusta), jota ei ole viisasta hajauttaa.
 - Tarvitaan tietty määrä tekijöitä, jotka voisi esimerkiksi valita kansallisesti yhteisesti. Tekijöitä tarvittaneen enemmän kuin YTA:lla.
- Rahoituksen kannalta voisi lähteä liikkeelle siitä, että tehdään selvitys esimerkiksi siitä, mitä rakenteita tarvitaan.
 - Ehdotus, että ministeriö tilaisi selvityksen yhteisesti viideltä yo-alueelta.
 - Korostetaan sitä, ettei asioita tarvitsisi tehdä montaa kertaa ja hajauttaa.

Porrastettu hoitomalli ja psykososiaaliset menetelmät #1

- Porrastetun hoitomallin tila: Hyvinvointialueilla tehty valmisteluja terapiatakuuta ajatellen, mutta osalla alueista työ on vielä selkeästi kesken.
 - Alueilla sisäinen koordinaatio keskimäärin hyvin hallinnassa.
- Porrastettuun hoitomalliin liittyen työpajassa puhututti erityisesti terveysasemien (esim. 1 porras) ja mtp-yksiköiden (esim. 2. porras) välinen työnjako sekä erikoissairaanhoidon rooli ja asema porrastuksessa.
 - Erityisesti erikoissairaanhoidon rooli porrastuksessa olisi hyvä kansallisesti kuvata ja määritellä selkeästi. Nyt alueellisesti erilaisia tapoja.
- Terapiatakuun toteutumisen seuranta teoriassa helppoa, mutta käytännössä haastavaa.
 - Valtakunnallisesti toivottaisiin ohjeistusta siitä, miten voi seurata esim. jos lapsi tulee sosiaalihuollon kautta terveydenhuollon piiriin. Tällöin tiedonkulku (ja tieto terapiatakuun toteutumisesta) voi olla vaikeaa.
- Tulevaisuus: Miten koordinoidaan jatkossa menetelmien, porrasteisuuden ja seurannan yhdenmukaisuus?
 - YTAn vastuu. Olisi tärkeä kansallisesti sopia, että YTAlla olisi tästä vastuu ja sen pitäisi toimia.
 - Tärkeä, että kansallisesti tuetaan kouluttamista ja menetelmien käyttöönottoa.
- Toiveena vahva kansallinen yhteistyö esimerkiksi menetelmien valintaan liittyen
 - Kansallista tukea ja vertailua esim. siitä, mitä menetelmiä voisi alueilla käyttää.
- Terapiatakuun kannalta toivotaan lainvalvojan selkeää määrittelyä lain tulkinnan kriteereistä.
 - Pitää olla yhtenäinen ohje, ei jokaisen klinikon tai yksikön itse määrittämä.

Porrastettu hoitomalli ja psykososiaaliset menetelmät #2

Keskustelu ESH:n avohoidon menetelmistä:

- PTH:ssa selkeämpi menetelmäosaaminen -> ESH:ssa ei samanlaista laajaa osaamista kuin mitä PTH:hon nyt on viety (esim. KLT), potilaat myös erilaisia
 - -> potilaan saama hoito riippuu työntekijän koulutuksesta
 - -> tarvitaan yhdenmukaista, strukturoitua menetelmäosaamista
- Ovatko terapiasta hyötyvät potilaat ESH:n potilaita? -> mitkä ovat ESH:n menetelmät, vai jääkö potilas PTH:n piiriin (esim. toiminalliset ryhmät, neuromodulaatio)?
- Mistä yhteinen suunta koulutettaville menetelmille? -> esim. koordinaation jatkaminen ja toimijoiden kiinnittäminen oleviin HVA-rakenteisiin (esim. skenaarioiden mallinnus (esim. yhteinen omaamiskeskus))
- Ongelmana PTH:ssa tehdyn toistaminen ESH:ssa
- ESH:n lääkärijohtoisuus -> PTH:ssa hoitoa toteutetaan itsenäisemmin, ei ole olemassa samanlaista konsultaatiokäytäntöä -> konsultaatioprosessi, jossa lääkäri voi ottaa nopeasti kantaa -> reagoinnin nopeutuminen
- Menetelmien vaikuttavuuden seuranta/arviointi takkuu -> keskittyminen menetelmien käyttöön ja niistä tiedon keräämiseen
 - Tavoitteet vaihtelevat
 - Ihmisen elämässä tapahtuvien muutosten huomioiminen
 - Miten nykyisen palvelun yhteydessä huomioidaan toisaalla tehty esim. KLT?
- PTH:ssa näkyy ongelmien vaikeutuminen, enemmän myös sosiaalisia ongelmia -> mitä tällaisissa tilanteissa ammattilaiset voivat tehdä? (esim. monta KLT:tä taustalla / menetelmät eivät sovellu)
 - Avoimuus jos oireet kroonisia -> elämänlaatuun keskittyminen
 - Nopea pääsy ESH:hon ja nopea hoidon aloitus
 - Huoli-ilmoitukset
 - Palveluntarpeen arvioinnista huolehtiminen (esim. oma sosiaalityöntekijä, tukiasuminen)

Muut mahdolliset menetelmät

- Jos esim. KLT ei sovellu -> esim. hoitajan kanssa työskentelyä (asian selvittelyä, mitä voi tehdä; arjen tukemista)
- Haasteena virallisten kouluttajien / menetelmäohjauksen saaminen tiettyyn menetelmään
- Sosiaalinen kuntoutus
- Esim. maahanmuuttajataustaiset tottuneet tekemään pikemmin kuin puhumaan -> tasapaino keskustelun ja toiminnallisuuden kesken? -> psyko*sosiaalisen* huomioiminen
 - Päiväkeskus- / ryhmämuotoisia toimintoja vaikeaa toteuttaa pienillä paikkakunnilla
 - Hyvä näyttö (ryhmämuot.) liikunnasta -> luonto/liikunta mukaan TE-kokonaisuuteen?
 - ko. palvelut tuotettava mtp:n piirissä (vaikuttavuuden arviointi) -> Toimintakulttuurin muutos
 - Usein järjestöjen palveluja
 - Aina ei tietoa järjestöpalveluista, jonne ohjataan
 - Mahdollisesti paikallisia ratkaisuja
 - Ei 'vastuun siirtoa' 3.lle sektorille -> järjestöjen toimintaedellytyksiä leikattu voimakkaasti, HVAilla ei välttämättä taloud. resursseja kumppannuusratkaisuihin
- Mittarit tärkeitä: toimintakyvyn mittaaminen (asiakkaan toimintakyky/pärjääminen voi lisääntyä), sosiaalipuolen kanssa sama mittaristo?, 1 kysymys, jolla hoidon vaikuttavuus mitattavissa?
 - voiko vaikuttavuus-vaade olla myös este menetelmien hyödyntämiselle?

Hoidon tarpeen arviointi

- Keskustelua: Keskitetty vs lokaali järjestelmä, eli onko järkevämpää keskittää HTA yleissairaanhoitoon vaiko miepä yksiköille. Holistisuus, hoidonjatkuvuus. Digi HTA vai HTA vastaanotolla tai puhelimitse.
- Pohteella HTA DigiSoten sekä psykiatristen sairaanhoitajien kautta. Kajaanissa HTA:lle oma yksikkö. Kuopiossa miepässä hoidon tarpeen arviointia ja ensijäsennystä yleisvastaanottojen kautta.
- Keskitetty asiakasohjaus on osaamisenseurannan ja kouluttamisen kannalta järkevä
- Hyvin strukturoidulla toiminnalla ja digipalveluita hyödyntämällä ollaan onnistuttu toteuttamaan HTA 24h sisällä, esim. Päijät-hämeessä
- Pirkanmaalla hajanainen tilanne: Paljon pieniä kuntia, toimintavat olleet erilaiset. Jokaisella sote-asemalla oman hoidon tarpeen arviointia. Palvelut ruuhakutuneet, kun jonoon astetaan helposti. Kehitteillä kiire-tiimi, jossa asiakas pääisisi muutaman vuorokauden sisällä vastaanotolle (lyhyt asiakkuus). DigiMiepä kehitteillä. Tampereella keskitetty ensijäsennys tiimi.
- HTA-linjauksien kansallistaminen
 - Yhteinen määritelmä riittävälle hoidon tarpeen arvioinnille
 - Mistä hoidon tarpeen arvioinnin katsotaan alkavan?
 - Pth, Esh määritellyt. esh interventiot. Mitä perusterveydenhuollossa tehdään ja mitä esh,
 - Voisiko muutkin kuin lääkärit ohjata nettiterapiaan. Lähetekriteerien ja psykiatrian roolin yhtenäistäminen
 - HTA standardointi
- Hyvien käytäntöjen jakaminen
 - Avoimien ajanvarauskirjojen rakentaminen
 - Yhtenäisten kirjauspohjien käyttö
 - Miepä-osaamista on jalkautettava ja/tai koulutettava kaikille tasoille
- Keskitetty HTA
 - hyvä jos mukana miepä- sekä somatiikan osaamista
 - Asiakasprofiili huomioitava: lievät ja keskivaikeat eri poluille kuin vaikea-asteiset tai ESH:sta uudestaan hoitoon hakeutuvat

Perustasolta erikoissairaanhoidon ja takaisin -prosessit #1

- Yhteenvetona työpajassa käsiteltiin erityisesti sote-integraation, resurssienhallinnan ja yhteistyön tärkeyttä sekä psykiatrien roolia perusterveydenhuollossa.
- Osastohoidon jälkeen odotusajat voivat venyä hyvin pitkiksi ja on tarve löytää joustavampia prosesseja. Keskusteltiin, että yhden toiminnan alla toimivat prosessit voivat usein olla joustavampia ja tehokkaampia.
- Todettu että usein saattaa helpottaa resurssisuunnittelua, jos perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon ovat samassa ja toisaalta on tärkeää määrittää mikä on erikoissairaanhoidon ja mikä perusterveydenhuoltoa.
- Eri toimialojen edustajia kaivataan saman asian äärelle.
- Myös terveysasemalla täytyy olla riittävää osaamista hoitaa mielenterveys- ja päihdehaasteita.
- Uudenmaan erillisratkaisujen tuottamat haasteet nousevat esiin yhteistyöprosesseissa.
- Lääkäriresurssin puute nähdään haasteena. HUS panostanut sähköiseen konsultaatiopalveluun ja videoyhteyksiin, mutta käytännössä nämä eivät ole toimineet odotetusti ja lähetteet palautuvat usein.
- Keskustelussa nousi hyviä kokemuksia siitä, että psykiatri on toiminut osana perusterveydenhuollon palveluita. Vaikeat potilaat palaavat usein perusterveydenhuoltoon. He eivät enää hyödy erikoissairanhoidosta, vaikka tilanne on edelleen vaikea.

Perustasolta erikoissairaanhoidon ja takaisin -prosessit #2

Hyvinvointialueiden ja jopa hyvinvointialueen kuntien välisiä eroavaisuuksia & haasteita

- Perustason ja ESH:n raja häilyvä, työnjaon epäselvyydet; mitkä hoitomenetelmät tai mikä muu erityisosaaminen erottaa ESH:n perustasosta?
- Psykiatrian erikoislääkärin saatavuus: saattaa työskennellä perustason yksikössä, toisaalta voi olla resurssipula ESH:ssa
- Perustasolla saatetaan hoitaa vaikeasti oireilevia: syinä voi olla mm. maantieteelliset etäisyydet, läheteiden palautus, psykiatrian erikoislääkäri virkalääkärinä perustason yksikössä
- ESH:sta ei voida ohjata takaisin perustasolle (yksi alue)

Hyvinvointialueiden yhtäläisyyksiä pääpiirteittäin

- Hoidon tarpeen arviointia (ensijäsennys) kehitetty, hoidon porrastusta selkeytetty, portaiden osaamistasoa edistetty koulutuksin
- Lähetekäytännöt erikoissairaanhoidon ohjaamisessa
- Lievästi oireilevat perustasolla, keskivaikeat perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa, vaikeat / komplisoituneet oirekuvat ESH:ssa
- On muodostettu tiimejä, jotka vastaavat pitkäaikaisesti tai uusiutuvasti oireilevista potilaista ESH:n jälkeen (pääosin psykoottisuutta sisältävät sairaudet, klotsapiinihoidot jne.)

Hyviksi koettuja käytäntöjä & kehitysehdotuksia

- Kehittämisvastuussa olevan substanssiosaaminen (esim. psykiatrian erikoislääkäri johtamassa)
- Paremmat konsultaatiokäytännöt perustason ja yleislääkäreiden tueksi (esim. kummipsykiatri-toiminta), psykiatriset sairaanhoitajat yleisvastaanottojen tiimeihin mukaan, yleislääkärijohtoinen hoidon porras?
- Moniammatillisuus ja yhteistyö eri palveluiden välillä (esim. mielenterveys-, päihde- ja asumispalveluiden integraatio), kotiin vietävä mielenterveys- ja päihdepalvelu
- ESH:n kriteereiden määrittäminen, vahvaa toivetta kansallisesta linjauksesta

Lyhytpsykoterapia ja palvelusetelijärjestelmä

- Tarvitaan enemmän psykoterapioita palveluvalikoimaan, laaja kattaus erilaisia hoitomuotoja.
- Nettiterapia voi olla yhtä vaikuttavaa kuin face to face -terapia. Nettiterapiassa vaikuttavuutta ajaa asiakkaan kokemus lähettävän lääkärin kanssa. HTA ja hoitoon ohjauksessa allianssilla on suuri merkitys hoidonjatkuvuuden ja tuloksellisuuden kannalta.
- Nettiterapioissa on alueista riippuen paljon keskeytyksiä. Nettiterapia voi silti olla hyödyllistä, vaikka asiakas ei ole käynyt loppuun nettiterapiaprosessia. N. yli puolet jäävät pois, koska ovat kokeneet hyötyneensä nettiterapiasta.
- Pitäisi alkaa tuottamaan alueellista tietoa, kuinka moni nettiterapiaan tulleista keskeyttää, ja kuinka moni keskeyttäneistä on kokenut nettiterapiasta olleen hyötyä. HUS psykiatria lupaa alkaa selvittämään tämän tiedon koonnin mahdollisuutta
- Kela-psykoterapioiden vaikuttavuudesta tarvitaan näyttöä. Kelan kuntoutuspsykoterapia nähdään pääsääntöisesti toimivana, mutta ladun ja vaikuttavuuden seuranta epäjohdonmukaista.
- Miten turvataan, että rahoitus järjestyy palveluseteille, lyhytterapioille ja nettiterapioille jatkossakin?
- Palveluseteli ja lyhyt psykoterapia melko hyvin saatavilla. Erillinen seteli traumapsykoterapioita varten. 3 portaalta alkaen asiakkaalla pitää olla diagnoosi. HUSissa lyhyt psykoterapiaan voi lähettää psykologi jos muuten vastuussa asiakkaan hoidosta. Kustannustehokas toimenpide.

Sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistyö

Yhteistyö vaatii:

- Johtajan merkitys ja johtamistaidot, toisaalta alaistaidot
- Luottamus ja asenteen muuttaminen
- Yhteiset konkreettiset tavoitteet ja visio avaa yhteistyön merkityksen kaikille - miksi, miten ja mitä ja kuka tekee, kenelle kuuluu mikäkin
- Organisaatiolähtöinen ajattelu potilas/asiakaslähtöiseksi
- Mahdollisesti paljon pienempiä tekoja kuin luulemme
- SOTE-keskus yhteinen tila, läheinen sijainti – yhteisten palveluiden yksikköjä
- Rohkeutta tarpeen mukaan mennä organisaatorajan yli, toiseen rakennukseen?
- Tiedonkulkua, koska eri järjestelmät – arviointi tehdään yhtä aikaa palvelu- ja hoidontarpeenarviointi vai palveluohjausta
- tiukka talous pakottaa yhteistyöhön
- resurssien vähyys pakottaa yhteistyöhön
- sujuva tie viidakossa houkuttelee hyödyntämään sitä, mikä on tuttu. Pitäisi tehdä monta hyvää tietä.
- Esh & pth - yhteishenki

Hyviä kokemuksia / käytänteitä:

- Miten saadaan hyvät käytänteet esille, kun niitä on nyt isolla alueella – hyvinvointialue on niin suuri ja koettuja käytänteitä useita?
- 200 000 ja 1000 asukkaan kuntia – käytännöt hyvin erilaisia.
- Persoonallisista ratkaisuista voisi kuitenkin luopua.
- Vaikuttavuus: Miten voidaan mitata, kun kaikki tekee eritavalla
- Potilaan/asiakkaan laittaminen keskiöön voi ratkaista sen oikean avun tarpeen – se voi olla SO/TE –apu.

Terapiatakuusta:

- Voiko tehdä jotain ennen kuin terapiatakuu laukeaa? Tässä voisi olla SOTE ketteryys hyväksi? Esim. potilaan ahdistuksen juurisyyn selvittämisessä kotikäynti voi olla ratkaiseva tekijä.
- Voiko tehdä jotain ennen Navia?
- Miten voidaan mitata, että terapiatakuu toteutuu?
- Voiko ammattilainen oikoa menetelmien käytön suhteen?

Aikuisten palvelut
Mielenterveys- ja päihdepalvelut ja vammaispaalvelut

Päihde-/riippuvuuspalveluiden tavoitteet ja mittarit

Toimivia käytänteitä

- Katkeamaton palvelupolku: selviämis- & katkaisuhoido, josta pääsy jatkohoitoon
- Mittauksen oltava helppoa ammattilaiselle
 - Yksi kokonaisuus: Terapianavi alussa ja lopussa, hoidon aikana 3-osainen Craving Scale sekä lyhyet AUDIT-C/DUDIT-C
- Korvaushoidosta vieroittumisen prosessi
 - Helsingillä ensimmäinen laatuaan? Jakoon tulevilla verkostoissa?
- Asunto ensin-periaate
- Omahoitaja-malli: asiakkuuden omistajuus
- Järjestötoiminta päihdepalveluiden tukena

Mitä kannattaa tehdä yhteistyössä

- Riippuvuushoitosten yhtenäisten hoitopolkujen, sisällön ja jatkuvuuden määrittely
- Yhtenäinen määrittely hoitoon pääsystä (vrt. putkaan vai katkolle)
- Tietotarpeiden ja yhteisten mittarien määrittely tarvitaan
 - Oleelliset minim tiedot joka asiakkaasta
 - Asiakkaan näkökulma huomioitava
 - Mittarien hyvä olla osittain samoja mt-puolen kanssa
 - Mittarien määrittely hoidon **sisällön** mukaan (vs. esim. millä tasolla hoito on)
- Tiedonkeruun kuten kyselyiden lähetyksen automatisointi
- Yhteinen sopimus käytetyistä toimenpidekoodeista
- TE-hankkeen Riippuvuusverkosto kokoontuu 3-4 krt/vuosi, kutsut välitetty spostitse

Hyvinvointialueen ja psykiatrian + päihdehoidon yhteistyö työterveyshuollon kanssa

Keskustelu toimivista käytänteistä

- Työote-mallia jalkautettu masennuksen hoidossa (mm. edestakaiset lähetteet)
- Hoidontarpeen arviontiin mukaan missä asiakkaan työterveys? Onko työkyky arvioitu? Onko tth-lain mukaiset palvelut käytetty?
 - Tunnistettuja haasteita: Mihin kirjataan; jos asiakas ei halua kertoa tth:aan?
- Kolmihoitomalli (esim. tt-lääkäri aloittaa lääkityksen)
- Työkyvyn arviointi tth:ssa -> ohjataan tarpeenmukaisesti pyskosos. hoitoihin
- Läheteistä tulisi voida poimia, mitä palveluja/hoitoja ei ole vielä käytetty
- Työnmuokkaus (-> työkyvyn tuki) toteutettava mahd. nopeasti (erit. mielialaoireet) -> ohjattava tth:hon, mahd. yhteisneuvotteluja hyödyntäen
- Pohjanmaa: Digihoitopolulle tullaan linkittämään PTH+ESH:n palvelut -> tieto mahdollista saada online molemminpuolin
- Eloisa: päihdepalvelujen ja tth:n yhteistyö toimivaa
- Pitkät sairauslomat eivät tue työkykyä

Keskustelu tunnisteista haasteista

- Ei aina tiedossa, mitä kuuluu tth-sopimukseen; tth-sopimusten kirjavuus; viimeaikoina sopimusten rajaaminen
- TTH ei tiedä, mitä palveluja HVA voi tarjota
- TTH:sta tulevia läheteitä ei välttämättä voida seuloa -> ei saada tietoa tth-potilaista, läheteiden käsittely työllistää henkilöstöä
- Potilastietojärjestelmien kirjavuus
- Potilaita päätyy psykiatrialle, vaikka haasteet olisivat työperäisesti hoidettavia
- Johdon vision ja potilasrajapinnan näkemyserot (mm. omaksuminen)
- Päällekkäisyyttä kun sekä työperäistä että muuta haastetta samaan aikaan

- Taloudellisten tekijöiden ohjaavuus -> Suurimmat kustannukset liittyvät työkykypäiviin (tämä vaikuttaa siihen, missä määrin yksityinen ohjaa julkiselle); insentiivierot, mitä tarjotaan kenellekin
 - Nettiterapia vs. hva-kustannukset?
 - 'yhteinen kukkaro'?
- Ei vain oireiden mittaamista, vaan myös toiminta-/työkyvyn mittaaminen

Jos kaikki toimisi hva-tth-yhteistyössä...

- yhteistyö tt-lääkärin ja pth-lääkärin välillä merkittävää -> mahd. pian työhön palaaminen
- tt-lääkäri tekee työkyvyn arvioinnin; +psykiatrian konsultaatio
- PTH/ESH tasolla kysyttävä, missä/onko asiakkaalla tth ja voiko olla yhteydessä
- Työnmuokkaus huomioitava (korostuu PTH:ssa, myös palattaessa ESH:sta työhön)
- Osatyökykyisyyden hyödyntäminen työkyvyn rajoitteiden mukaan -> kirjaamiskäytännöissä huomioitava KELA
- TTH-HVA-siirtymänhallinnassa huomioitava asiakkaan vastuu yhteydenottojen suhteen, Kanta-arkisto, mahd. hoidontarpeen uudelleen arviointi (voinnin muutokset, kirjavat tth-käytännöt, TTH on voinut ajatellut asiakkaan saavan jotain tiettyä palvelua tietämättä saatavuudesta/kriteeristöstä HVA:lla) sekä mahd. yhteistoimintapalaverien hyödyntäminen
 - Tärkeä nivelkohta 1.portaan palvelujen riittämättömyys, jotta HVA ei tekisi uudelleen 1.portasta (TTH:ssa vastaavin palveluin)

Keskustelu yhteistyön tasosta ja toteutumisesta hankeajan jälkeen

- TTH keskittynyttä -> isot toimijat mukaan, kansallinen taso + alueellisen toiminnan huomiointi
- Nykyisten rakenteiden avulla; Kansallisten verkostojen osalta tarvitaan koollekutsuja -> mahd. vuorottelevat yliopistot / HVA:t (sovitaan kuka kutsuu seuraavaksi) tai ministeriö; YTA-taso jää helposti liian ylätasolle

Neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden palveluketjut

- **1 ja 2 portaan vahvistaminen on tärkeää**
- **Nettiterapia** on hyvä olla hoitovalikoimassa
- Asumispalveluissa ym arjessa tarvitaan taitoja – **koulutusta myös sinne henkilökunnalle tarvitaan** (OOH-ryhmän laajennus sinne?)
- **Tavoitteena ennemmin hoitaa ajoissa ja auttaa potilasta** kuin aina pitkät tutkimukset ja jonottaminen
- **Ohjattu omahoito:** kysymyksenä tehdäänkö tehtäviä? Nepsyt tarvitsee nimenomaan ohjausta, eivät tee itsenäisesti
 - ryhmässä harjoitellaan paitsi tuetusti harjoituksia, myös harjoitellaan aikatauluissa pysymistä jne
- **NEPSY –ooh ammattilaisella pitää olla ymmärrys ilmiöstä**, ei kuitenkaan tarvitse olla esim. nepsyvalmentaja
 - klt-koulutukseen on tulossa materiaalia tähän
- Ilmiöstä tarvitaan koulutusta **IDEA:Täysin avoimeksi amm.osioon?**
- DIVA-koulutusta tarvitaan myös perustasolle
- Mittareiden vaihtelua: ASRS käytössä vaihtelevasti eri poluilla ja eri alueilla
- WSAS käyttö ryhmässä ok, ja jos ryhmässä ei tule riittävää muutosta → sitten vasta ASRS täyttö ja ohjaus tarvittaviin tutkimuksiin
- **Keskittymisenvaikeuksia tulee jo arjesta ja nykymaailmasta** → kaikki potilaat eivät halua muuta hoitoa tai lääkitystä
- **Nepsy-valmennus: pitäisi saada enemmän käyttää** myös maksusitoumuksella sekä ryhmänä että yksilönä.
 - perustasoille hoidon siirtyminen vaikuttanut käyttöön
 - nimikesuojattomuus huomioitava
 - perhetyön kautta hyvä kokemus– koko perhe saa apua
- **Lähetekriteeristössä on vaihtelua**
 - Missä tilanteessa tutkitaan tai ei ja missä tutkimusta, tehdäänkö DIVA vai ei
 - AVIn tutkimusvaade vs. case EKHVA MIPÄ sairaanhoito alkukartoitus vs. tutkimukset – mikä on riittävää AVille
- **Työnjako pth ja esh välillä vaihtelee**
 - ESH läheteisiin kaivataan lisää toimintakyvyn kuvausta
 - Keski-Suomi esh tarkka lähetekuvaus on ja fraasit jo käytössä
 - Enemmän vuoropuhelua tarvitaan paikoin, esim. konsultaatiot olleet hyviä, nyt ei käytössä säästösyistä.
 - Sektorilääkäri pth:ssa olisi hyvä, jolla nepsyasiat paremmin hallussa ja läheteet olisi selkeämmät
 - Huomio : jo OOHista saa paljon tietoa potilaan toimintakyvystä. Arviointijakso ja tutkimukset on itsessään interventio.

Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden seuranta

- Yhteiskehittämisen edellytykset
 - Tietomäärittely, mitä mitataan
 - Tärkeää olla yhtenevät mittarit ja indikaattorit eri alueilla
 - Rakenne – miten johtaminen rakentuu?
 - Tietojärjestelmät, tekninen toteutus
 - Tärkeää saada tietoa mahdollisimman paljon potilastietojärjestelmistä. Yhtenäinen järjestelmä hval: n sisällä auttaa.
- Huolenaiheet
 - Eri alueiden tiedot eivät vertailukelpoisia, koska esim. prosessit erilaisia
 - Indikaattoreista ei kansallista ohjeistusta; vaara, että alueet määrittelevät nämä kaikki eri tavoin
 - Erillisseuranta työntekijöille vaativaa, jolloin tietoa ei kerätä. Puuttuva tieto vaikeuttaa tiedon keräämistä ja käyttöä
 - Kustannusvaikuttavuuden arviointi vaikeaa
- Toimivaa
 - PowerBI-tiedot avoimesti näkyvillä, myös ammattilaisille
 - Ammattilaiset näkevät oirepisteiden laskevan, motivoi
- Yhteiskehittäminen – mitä seuraavaksi?
 - Määritellään yhteisesti käytettävät toimenpidekoodit (esim. erillinen työryhmä)
 - Yhteiset kirjaamiskäytänteet, esim. kopioidaan joku toimiva malli yhdeltä hyvinvointialueelta toiselle
 - Hoitoprosessin määrittely yhtenäisesti, esim. milloin HTA tehty