

HUS- psykiatria

2009-2025

Selvitysmiehen raportti 10.01.2009

Juhani Aer

Helipress Oy

Suomessa on psykiatreja toiseksi eniten suhteessa väestöön Euroopassa¹

Suomessa on eniten sairaanhoitajia psykiatrisessa sairaanhoidossa¹
suhteessa väestöön Euroopassa

Teemmekö kaiken oikein?

Sisällysluettelo

Toimeksianto	4
Tehtävän toteuttamistapa	4
Tiivistelmä	5
Johdanto	9
Psykiatrian kehityksestä ja nykytilasta Suomessa ja Uudellamaalla	10
Toimintaympäristö	10
Strategiset lähtökohdat	10
Hallinto	11
Helsingin kaupungin psykiatriset palvelut	15
Päihdehuollon ja psykiatrian yhteistyö	16
Avohoito	18
Sairaansijat	25
Kuntoutuskodit ja tuettu asuminen	35
Nuorisopsykiatria	37
Aikuispsykiatria ja vanhuspsykiatria	39
Oikeuspsykiatria ja vaikeahoitoiset potilaat	40 – 41
Sairaanhoitoalueita koskevat toimenpide-ehdotukset	41 – 43
Lohjan sairaanhoitoalue	
Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue	
Hyvinkään sairaanhoitoalue	
HYKS sairaanhoitoalue	
Helsinki, Jorvin ja Peijaksen alue	
HUS Helsingissä olevat sairaalat	
Yliopistollinen opetus	43
Muutosesityksen kustannusvaikutukset	44

Toimeksianto

Toimitusjohtaja Kari Nenosen päätöksen mukaisesti on asetettu selvitysmies LKT , psykiatri Juhani Aer, jonka tehtävänä on laatia ehdotus HUS psykiatrian palvelujen kehittämissuunnitelmaksi.

Ehdotuksessa tulee ottaa huomioon aiemmin tehdyt selvitykset ja niistä annetut lausunnot sekä psykiatriassa tapahtuvat kehityssuuntaukset. Selvityksessä on viitottettava myös avohoidon kehitystä.

Edelleen selvitysmiehen on arvioitava mahdollisuuksia parantaa Helsingin Kaupungin psykiatristen palvelujen ja HUS psykiatrian yhteistyötä ja sitä voitaisiinko tulevaisuudessa päällekkäisyyksiä purkaa ja saavuttaa yhä parempi koordinaatio palvelujen tuottamisessa.

Toimeksianto koskee Nuorisopsykiatria, mutta ei lastenpsykiatria.

Selvitysmiehen toivotaan arvioivan myös päihdepsykiatrian kehitysnäkymiä ja yhteistyötä päihdehuollon kehittämisessä.

Toteuttamistapa

Valmistelevana työnä tutustuttiin siihen laajan materiaaliin, mitä HUS psykiatrian kehittämisestä viimeisten 15 vuoden ajalta on olemassa. Edelleen tutustuttiin soveltuvin osin laajaan Stakesin psykiatrasta terveydenhuoltoa koskevaan materiaaliin. Edelleen tutustuttiin Euroopan neuvoston ja WHO tänä vuonna (2008) julkaisemaan " Policies and practices for mental health in Europe" kirjaan. Edelleen tutustuttiin Ruotsin Socialstyrelsen materiaaliin soveltuvin osin.

Tämän jälkeen käytiin haastattelu ja tutustumiskierros kaikilla psykiatrisilla toimialueilla Uudellamaalla. Kaikilla alueilla kuultiin psykiatrian nykyisistä palveluista, puutteista, ongelmista, toiveista ja kehityssuunnitelmista sekä tehtiin runsaasti kysymyksiä. Usein virisi hyvä ja laaja keskustelu psykiatrian kehittämisestä. Lisäksi tavattiin lukuisia HUS sairaanhoitopiirin ulkopuolisia vaikuttajia kuten professori Jussi Huttunen, professori Jouko Lönnqvist, professori Kristian Wahlbeck, pääjohtaja Vappu Taipale, Lääninlääkäri Marja Kapanen, vain joitakin mainitakseni. Liitteenä lista kaikista tavatuista henkilöistä.

Olen hyvin kiitollinen suuresta avusta ja ystävällisestä suhtautumisesta tehtävääni kohtaan . Monet osa-alueet raportissa ovat saaneet lopullisen muotonsa näiden keskustelujen pohjalta.

Hyks psykiatrian tulosityksiköstä taloussuunnittelija Pirkko A. Timoselta saatiin runsaasti apua, hän toteutti uuterasti toiveita tiedon saannissa tässä selvityksessä esitettyjen ratkaisujen pohjaksi. Saamastani avusta olen hyvin kiitollinen.

Haastelukierroksen jälkeen analysoitiin kaikkea sitä kirjallista materiaalia, mitä kierroksen aikana saatiin ja samoin muistiinpanoja, joita tehtiin jokaisesta tapaamisesta . Toimenpide- ehdotukset rakentuivat sen jälkeen osaksi tätä selvitystä.

Tiivistelmä: Ehdotukset

Hallinto

- 1. HUS:n hallinnossa jatketaan pääasiassa alueellisella mallilla**
- 2. Keskusjohdon koordinoivaa päätöskykyä suhteessa alueisiin vahvistetaan**
- 3. HYKS-alueella toteutetaan prosessiorganisaatio, mahdollisesti muillakin alueilla**
- 4. Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrinen tulosityksikkö liitetään Hyksiin**
- 5. Myöhemmin selvitetään mahdollisuutta hoitaa psykiatriset palvelut kunnallisena liikelaitoksena**

Helsinki

- 1. Helsingin kaupunki jatkossakin hoitaa osan psykiatrisista palveluista oman hallintonsa alla**
- 2. Parannetaan yhteistyötä palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä HUS:n ja Helsingin kaupungin välillä**
- 3. Tilannetta arvioidaan viiden vuoden kuluttua yhdessä uudelleen**

Erikoissairaanhoidon ja päihdehuolto

1. HUS:ssa ei ryhdytä toimiin psykiatrisen sairaanhoidon ja päihdehuollon yhdistämiseksi koko alueella
2. Sallitaan ja tuetaan yhdistämistä niillä sairaanhoitoalueilla, joissa sekä sairaanhoitoalue että paikallinen päihdehuolto on siihen valmis kuten esimerkiksi Porvoon alueella. Tällainen tai tällaiset alueet toimivat "pilotteina" ja ratkaisusta saadaan kokemuksia ajatellen päihdehuollon ja psykiatrisen sairaanhoidon yhdistämistä myöhemmin.
3. Kaikkialla psykiatrian poliklinikat tutkivat ja luovat yhdessä päihdehuollon yksiköiden kanssa potilaslähtöisesti hoitoprosessit niiden potilaiden hoitoon, joilla psykiatrisen sairauden lisäksi on myös jokin päihdeongelma. Psykiatria ottaa omalta osaltaan vastuu myös näiden potilaiden tutkimisesta ja hoidosta antamalla konsultaatiopalvelut niin diagnostiikan kuin hoidonkin osalta ja ottamalla hoitovastuu milloin yhdessä katsotaan, että psykiatrian poliklinikankin tulee olla potilaan hoitopaikka

Avohoito

1. Avohoidon uudistamista jatketaan ja se toteutetaan koko sairaanhoitopiirissä
2. Aina kun sairaaloiden uudisrakentamista suunnitellaan, tutkitaan mahdollisuutta sijoittaa avohoidon tiloja samaan rakennukseen ja aina kun avohoidon uusia tilatarpeita esiintyy, selvitetään yhtenä vaihtoehtona sijoittamista sairaalan yhteyteen.
3. Avohoidon resursseja lisätään sairaanhoitopiirissä 20 % nykyisestä seuraavan 5 - 10 vuoden aikana

Sairaansijat

1. Uudellamaalla ei missään eikä millään perusteella lisätä psykiatristen sairaansijojen määrää ennen vuotta 2030
2. Kaikki sairaanhoitoalueet kehitetään omavaraisiksi akuuttisairaansijojen suhteen
3. Lohjan sairaalahanke (50 sairaansijaa) toteutetaan mahdollisimman nopeasti (2010)
4. Jorvin sairaalan yhteyteen rakennetaan 34 sairaansijaa akuuttipsykiatrian tarpeisiin ja sinne tai Puolarmetsän yhteyteen 24 vanhuspsykiatrista sairaansijaa (2013)

5. **(A) Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan 24 sairaansijaa joihin sisältyy Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen akuutit sairaansijat ja yhteisen nuoriso-osaston Lohjan ja Länsi-Uudenmaan alueille (2013).**
6. **Ruotsinkielisen väestön kuntoutusosasto sijoitetaan HYKS psykiatriakeskukseen, mikä voi merkitä 12 paikan lisärakennusta (2013).**
7. **(B) Raaseporin sairaalan yhteyteen rakennetaan 28 psykiatrasta sairaansijaa, joka pitää sisällään kaikki aleen tarvitsemat sairaansijat nuorisopsykiatria lukuun ottamatta. Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan tässäkin vaihtoehdossa kahdeksan paikkaa Länsi-Uudenmaan ja Lohjan alueiden nuorisopsykiatria varten.**

5A ja 5 B ovat vaihtoehtoisia ratkaisuja

8. **Tammiharjun sairaala lopetetaan ja aloitetaan selvitys kiinteistön jatkokäytöstä.**
9. **Peijaksen sairaalan yhteyteen rakennetaan 22 sairaansijaa, uusi vastaanotto-osasto akuuttipsykiatrian tarpeisiin (2013).**
10. **Peijaksen sairaalaan yhteyteen rakennetaan nyt suunnitteilla olevan lisäksi 8-paikkainen nuoriso-osasto, millä korvataan vastaavankokoinen osasto Kellokosken sairaalassa (2018).**
11. **Porvoon sairaanhoitoalueella tehdään toimitilojen saneeraus, jolla saadaan kaikki alueella olevat sairaansijat tarkoituksenmukaiseen käyttöön (2014).**
12. **Kellokosken sairaala säilytetään lähes nykyisessä laajuudessaan ja se toimii koko Uudenmaan kuntoutussairaalana ja oikeuspsykiatrisena sairaalana ja oman alueensa psykiatristen palvelujen lisäksi sillä on muitakin omaa aluetta suurempaa aluetta koskevia väestövastuita. Väestövastuut määritetään kunkin toimintamuodon kohdalta erikseen.**
13. **Kellokosken sairaalassa ei tehdä uudisinvestointeja, mutta rakennusten peruskorjaus toteutetaan tarpeellisin osin.**
14. **HYKS Psykiatriakeskuksessa tulee kaikille palveluille määrittää väestövastuualue.**
15. **Psykiatriakeskuksessa tulee suunnitella toteutettavaksi pääasiassa sellaisia toimintoja, joilla on useita alueita, mahdollisesti koko HUS:a koskeva väestövastuu.**
16. **Helsingin kaupungin ja HUS:n välinen sopimus tulee neuvotella uusiksi.**
17. **HYKS Psykiatriakeskukseen rakennetaan uusi psykiatrinen sairaala (2023) lähinnä nuorisopsykiatrian ja polikliinisen toiminnan käyttöön.**
18. **Hyks vanhuspsykiatrian pysyessä yhtenäisenä yksi aikuispsykiatrian osasto muutetaan vanhuspsykiatrian osastoksi.**

19. Psykiatristen osastojen hoitoprosessien tutkiminen ja kehittäminen jatkuvat kaikilla osastoilla

Kuntoutuskodit ja tuettu asuminen

20. Jokaisella sairaanhoitoalueella kehitetään osana avohoitoa vahvasti psykiatrisilla palveluilla tuettuja palveluasuntoja.

Nuorisopsykiatria

- 1. Nuorisopsykiatriassa ei lisätä sairaansijoja**
- 2. Entisiä sairaansijoja korvataan uudisrakennuksin Peijaksessa ja Lohjalla**
- 3. Kellokosken sairaalan yksi nuoriso-osasto muutetaan vaikeahoitoisten nuorten osastoksi.**
- 4. Avohoito keskitetään isompiin yksikköihin (1/100.000 asukasta), joista käsin voidaan lähipalvelutkin hoitaa**
- 5. Avohoitoa kehitetään lisäresurssein ns. Pekkarisen työryhmän(11) suuntaviivojen mukaan**
- 6. Perusterveydenhuollon kykyä vastata nuorisopsykiatriisiin kysymyksiin parannetaan**
- 7. Päihdehuollon ja psykiatrian välistä yhteistyötä kehitetään**
- 8. Psykiatriakeskukseen rakennetaan nuorisopsykiatrinen sairaala (2023), johon kootaan eri hajallaan olevat toimipisteet**

Vanhuspsykiatria

- 1. Vanhuspsykiatriassa säilytetään nykyisen tyyppinen hoitoasetelma ja erikoissairaanhoidon varataan rajallisesti sairaansijoja, ehkä tasoa 10 sairaansijaa /100.000 asukaista kohden, riippuen väestön ikärakenteesta alueella.**
- 2. Kaikissa sairaanhoitoalueilla tulee olla hyvin toimiva konsultaatioita antava vanhuspsykiatrian poliklinikka**
- 3. HUS tukee ja on aloitteellinen vanhuspsykiatrian professorinviran perustamiseksi yliopistoon.**

Oikeuspsykiatria

Oikeuspsykiatrinen toiminta siirtyy kokonaisuudessaan Kellokoskelle, Helsinkiin jää vain oikeuspsykiatrian poliklinikka.

Johdanto

”Väestön mielenterveys ei ole vastoin yleistä käsitystä suinkaan heikentynyt.

Mielenterveyspalvelut ovat jatkuvasti kehittyneet.

Itsemurhat ovat vähentyneet

Masennuksen havaitseminen on tehostunut, samoin hoito.

Suomalainen psykiatria on kansainvälisessä vertailussa korkeatasoista”²

Nämä ovat professori Jouko Lönnqvistin tekstejä vuodelta 2006 ja ne ovat oikeaan osuvia ja syytä pitää mielessä kun kritisoimme jotain psykiatrisen hoidon osa-aluetta. Paljon kritisoitavaakin toki Suomen ja Uudenmaan psykiatriassa on. ”Mielenterveyspalvelujen tila Suomessa on monelta osin huolestuttava. Palvelujen saatavuus on edelleen alhainen, pakkohoidon määrä on eurooppalaisittain korkea ja laitosvaltaisuus sitoo resursseja estäen avohoidon kehittämisen”(Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola 2008)³

Tarkasteltaessa psykiatrian kehitystä viime vuosikymmeninä, on sairaansijoja vähennetty yhteen neljäsosaan 1970-luvun tasosta. Kaikissa vaiheissa sairaansijojen vähentämistä on asetettu tavoitteeksi avohoidon lisääminen. Mutta missään vaiheessa ei sairaansijojen vähenemistä ole seurannut merkittävää ja sairaansijojen vähentämistä korvaavaa avohoidon lisäystä. Vuosina 1984-1990 avohoito lisääntyikin jonkin verran. 1990-luvulla vähennettiin edelleen sairaansijoja, mutta itse asiassa karsittiin avohoitoakin.

1990-luvulla psykiatrista sairaanhoitoa leikattiin sairaanhoitopiireissä somatikkaa enemmän. Vuosina 1995-1999 psykiatristen hoitolaitosten henkilökuntamäärä pysyi muuttumattomana. (4) On esitetty arvioita 1990-luvusta, että psykiatristen sairaaloiden alasajolla säästynein varoin rahoitettiin somaattisen lääketieteen kehittämistä. (5) 1990-luvun politiikkaa perusteltiin lamalla. Mutta tarkasteltaessa kehitystä vuoden 2000 jälkeen kun on eletty korkeasuhdanteen aikaa, ei silloinkaan avohoidon kehittämiseksi ole paljon tehty. Uudellamaalla on toki myönteistäkin kehitystä tapahtunut; erityisesti Helsinki on lisännyt resursseja avohoitoon ja muuallakin Uudellamaalla on nuorisopsykiatrian puolella tapahtunut merkittävää voimavarojen lisäystä.

Hoitotakuukin on auttanut pääasiassa operatiivisia aloja saamaan lisäresursseja. Psykiatria se ei ole juurikaan auttanut.

Tänä päivänä Uudellamaalla on riittävästi sairaansijoja, joskin määrä suhteessa väestöön on alle muun maan keskiarvon. Psykiatria toimiakseen hyvin näin vähäisellä sairaansijamäärällä, tarvitsisi hyvin toimivan avohoidon, mutta avohoidon kehittyminen on ollut perin hidasta. Psykiatrisen avohoidon kehittäminen on kuulunut vuosikymmeniä viralliseen terveystaloudelliseen liturgiaan, mutta teot ovat olleet selkeässä ristiriidassa tämän liturgian kanssa. Kun Uudenmaan väestö on koko ajan nopeasti lisääntynyt, on seurauksena että vahvasti alimitoitettu avohoidojärjestelmä Uudenmaan nopealla väestökasvulla

erityisesti Peijaksen ja Jorvin alueilla on suurissa vaikeuksissa. Henkilökunta on lujilla ponnistelllessaan työssään jaksamisensa rajoilla.

Toimintaympäristö

HUS:n alueella asuu nyt (2008) noin 1,45 miljoonaa ihmistä. Vuonna 2020 ennustetaan täällä asuvan 1,61 eli noin 160.000 asukasta enemmän ja vuonna 2030 asuu Uudellamaalla 1,69 miljoonaa ihmistä eli 240.000 asukasta enemmän kuin nyt. Väestön kasvu on nopeinta Jorvin, Hyvinkään, Peijaksen ja Lohjan alueilla. Hitainta kasvu on Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella. Kasvukehitys voi tulevaisuudessa muuttua Helsingin ja Porvoon alueen osalta, kun osa Sipoota liitettiin Helsinkiin ja Sipookin on muuttanut kaavoituspolitiikkansa. Erityisen nopeata on vanhusväestön kasvu. Vuonna 2008 asuu Uudellamaalla 85.000 yli 75- vuotiasta ja vuonna 2020 ennustetaan määrän olevan 129.00 ja vuonna 2030 jo 197.000 eli enemmän kuin kaksinkertainen määrä nykyiseen verrattuna(5)

Psykiatristen sairauksien esiintyvyydessä ei ennusteta tapahtuvan olennaisia muutoksia. Päihdeongelmat lisääntyvät ja vanhuuteen liittyvät psyykkiset sairaudet lisääntyvät ; viimeksi mainitut väestörakenteen muutoksesta johtuen.

Palvelujen kysyntä sen sijaan muuttuu lisääntyen jatkuvasti avohoidossa tiedontason noustessa ja ehkä psyykkisiin häiriöihin liittyvän stigman vähentyessä. Kysyntä juuri avohoidon palveluissa tulee lisääntymään.

Toimintaympäristö on muuttunut ja muuttuu edelleen siten, että perusterveydenhuolto kantaa yhä suurempaa vastuuta varsinkin mieliala- ja ahdistushäiriöiden hoidossa. Nykyisellään masennus – ja ahdistushäiriöpotilaista puolet, jopa enemmän, saa hoitonsa terveyskeskuksissa tai työterveydenhuollossa.

Työvoiman saatavuus on tullut palvelujen kehittämistä ja ylläpitämistä rajoittavaksi tekijäksi ja lääkäreiden, hoitajien ja muiden erikoistyöntekijöiden virkoja on Uudellamaalla runsaasti hoitamatta.

Väestömäärän jyrkästi noustessa ja palveluiden kysynnän kasvaessa ja tulevaisuudessa voi olla, että löydettävissä taloudellisten voimavaroja lisäys on hidasta.

Strategiset lähtökohdat

1. Vastataan perusteltuun palvelujen kysyntään ja tuotetaan väestön tarvitsemat psykiatriset palvelut
2. Toiminnan perustan muodostavat näyttöön perustuvat toimintatavat ja hoitokäytännöt
3. Palvelut tuotetaan mahdollisimman kustannustehokkaasti.
4. Avohoidon kehittäminen sekä sisällön että resurssien osalta on ensisijaista.
5. Vanhuspsykiatrian kehittäminen on selkeä painopistealue ja siellä erityisesti avohoitopalvelut.

6. Yhteistyötä perusterveydenhuoltoon lisätään ja parannetaan
7. Yhteistyötä päihdehuoltoon lisätään ja parannetaan.
8. Sairaansijojen lisäystä ei ainakaan ennen vuotta 2030 tehdä
9. Entisiä sairaaloita korvaavat sairaansijat rakennetaan somaattisten sairaaloiden yhteyteen.
10. Kaikille toiminnoille määritetään väestövastuualue, joka vastaa todellista toimintaa ja voi olla sairaalan eri osa-alueilla erilainen.

Tämä uudistus ei ole sidoksissa minkään samanaikaisesti vireillä olevan uudistuksen kuten esim. terveydenhuoltolakiuudistuksen kanssa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian kehittäminen on tarpeen ja välttämätöntä toteuttaa joka tapauksessa ja muut mahdolliset uudistukset toetutuvat sen kanssa rinnan.

Hallinto

Sairaanhoitopiirien hallinto on Suomessa järjestetty usealla eri tavalla. Uudellamaalla hallinto on järjestetty ns. osavastuualuemallin mukaan. Näin hallinto on järjestetty muissakin suurissa sairaanhoitopiireissä. Helsingin kaupunki on järjestänyt pääosin psykiatrisen sairaanhoidon hallinnon itse, mutta osallistuu luottamusmiestasolla HUS:n hallintoon ja tekee virkamiestasolla suunnittelu ja kehittämissyhteistyötä.

Alueellisen hallintomallin vahvuus psykiatriassakin on siinä, että kunkin alueen hallinnossa on alueen luottamusmiehiä ja luottamusmiehet ja alueiden virkamies johto kokevat sairaalan ”omakseen” ja ovat yleensä vahvasti sitoutuneita alueen sairaanhoidon kehittämiseen. Sairaaloille on syntynyt vahva paikallinen identiteetti.

Hallinto toimii hyvin ja kehittää ja tuottaa sairaanhoitopalveluja.

Mallin heikkous on, että kukin alue on kiinnostunut vain oman sairaalaansa, oman alueensa palvelujen kehittämisestä ja naapurialueet koetaan kilpailijoina resurssien sekä rahan että työntekijöiden suhteen. Vuoden 2000 jälkeen ei tietääkseni kertaakaan ole päästy ratkaisuun, että resursseja olisi siirretty alueelta toiselle. Vähäistä sairaansijarakentamista ei ole seurannut vastaava väheneminen jossain muualla Uudellamaalla. Jollekin alueelle hyvä ja tärkeä sairaansijojen lisärakentaminen on saattanut koko Uudellamaalla merkitä sairaansijojen lisäystä ja silloin myös sitä että psykiatria tulevat uudet resurssit menevät vuodeosastotoiminnan kehittämiseen. Mikään alue ei ole yleensä valmis esittämään joidenkin palvelujen vähentämistä alueella ja/ tai työntekijöiden siirtoa toiselle alueelle.

Toinen heikkous mallissa on, että alueiden hallinnossa on usein ainoa konservatismia. Kaikilla organisaatioilla on vahva pyrkimys jatkaa ja laajentaa toimintaansa. Toiminnan jollain alueella supistuessa ollaan sairaansijojen vähentämisen sijaan hyvin joustavia keksimään sairaansijoille uusia käyttötarkoituksia, jotka varmistavat toiminnan jatkumisen. Ratkaisut ja esitykset eivät välttämättä ole olleet huonoja, mutta kuvastavat organisaatioiden vahvaa taipumusta jatkaa omaa toimintaansa. Oma sairaala, omat hoitomenetelmät ja koko toiminta on siellä luotu, Niiden muuttamiseen ja rakenteellisten uudistusten tekoon ei olla kovin valmiita.

HUS:n psykiatriassa aluehallinnon tekee erityisen ongelmalliseksi se että alueella sijaitsee kaksi psykiatrista sairaalaa; Kellokoki ja Tammiharju, jotka kumpikin ovat aivan liian suuria oman alueensa tarpeisiin ja jotka kumpikin tuottavat yli puolet hoitopäivistä muiden alueiden potilaille. Kummankin historiasta löytyy esimerkkejä yllä kuvatusta oman alueen kehittämisestä.

Keskushallinnon tulisi harmonisoida koko piirin psykiatrian kehittämistä ja aikaansaada tasapuolinen kehitys eri alueilla. Edelleen keskusjohdon psykiatriassa tulee vastata strategisesta suunnittelusta. Keskusjohdon tulisi olla aloitteellinen toiminnan jatkuvaan kehittämiseen, muuttamiseen ja uusien toimintamuotojen tuomiseen HUS- psykiatria.

1. Aikaansaada tasapuolinen mutta myös nykyaikaisiin näyttöihin perustuviin toimintatapoihin perustuva kehitys eri alueilla
2. Olla dynaamisen kehityksen moottori, tehdä rakenteellisista muutoksista esityksiä ja ratkaisuja, joita ei synny eikä esitetä alueilta käsin, mutta jotka ovat palvelujen kehittämisen ja alueellisen tasapuolisuuden kannalta välttämättömiä.
3. Keskushallinnossa tulee olla kykyä ja taitoa pohtia koko psykiatrian strategisia kehityslinjoja.

Kuinka hyvin keskushallinto psykiatriassa on onnistunut tehtävässään. Tässä en arvostele nykyisiä viranhaltijoita vaan toimintaa viimeisen 10 vuoden aikana. Arvioni on, että keskushallinto ei ole ainakaan tasapuolisen kehityksen suhteen onnistunut kovin hyvin. Keskushallinnolla ei ole ollut voimaa vastustaa alueiden pyrkimyksiä ja aikaansaada ratkaisuja joissa palvelujen (sairaansijojen) lisääntyessä jollain alueella vastaavia supistuksia tapahtuisi muualla. Keskushallinnolla ei ole ollut voimaa aikaansaada ratkaisuja joissa henkilökuntaa siirtyisi alueelta toiselle. Näin on ollut mahdollista, että Tammiharjun käytön vähentyessä sen sijaan että siirretäisiin henkilökuntaa vahvistamaan Jorvin alueen avohoitoa, tarjotaan näillä resursseilla palveluja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirille. Tai silloin kun oman ja Peijaksen alueen sairaansijojen käyttö Kellokoskella vähenee ja ensipsykoosiosaston henkilökunta olisi tarkoituksenmukaista siirtää tasapuolisesti vahvistamaan Peijaksen alueen ja Hyvinkään alueen avohoitoa, niin päädyttiin toteuttamaan vain puoleksi eli oman sairaanhoitoalueen osalta. Ainoakaan työntekijä ei siirry alueelta toiselle ja keskushallinto on voimaton puuttumaan asiaan. Tuloksena on että 2000- luvulla tasapuolisuus palvelujen kehittymisessä ei ole oikein toteutunut. Joiltain osin eriarvoisuus on lisääntynyt. Esimerkiksi kelvannee, että Peijaksen alueen niin kuin Jorvin alueenkin avohoito väestön lisääntyessä on muihin alueisiin nähden ainakin määrällisesti / suhteessa väestömäärään heikentynyt.

Kysyä sopii onko hallintojärjestelmä yleensä sellainen, että se pystyisi parempaan. Keskushallinnon valtaa suhteessa alueisiin on tässä järjestelmässä ehdottomasti vahvistettava. Tämä voi olla vaikea koska alueet varsinkin vahvimmat kokevat, että pystyvät parhaiten hoitamaan psykiatrian kehitystä alueella kun alueen vapausaste keskushallintoon nähden on mahdollisimman suuri.

Sen sijaan strategisessa suunnittelussa ja toiminnan kehittämisessä keskusjohto näyttää onnistuneen paremmin. 2000- luvulla aloitettu prosessien tutkimiseen perustuva toiminnan uudelleen arviointi ja kehittäminen on vireätä ja näyttää etenevän. Uusia toimintamuotoja on käynnistetty ja monia merkittäviäkin uudistuksia pystytty toteuttamaan. Toisaalta strategisesti selvästi merkittävää solmukohtaa Tammiharjun sairaalan kohtaloa ei ole pystytty ratkaisemaan

Erityispiirteenä psykiatriassa on HUS:ssa psykiatrisen sairaanhoidon lautakunta. Lautakunta tuli kaikkiin sairaanhoitopiireihin aikanaan erikoissairaanhoitolain velvoittamana. Vuonna 1992 lainmuutos poisti lautakunnan pakollisuuden ja useimmat sairaanhoitopiirit lopettivat lautakunnan. HUS on yksi niistä harvoista sairaanhoitopiireistä jotka ovat säilyttäneet lautakunnan. Lautakunnan rooli on sen olemassa

olon ajan ollut vaihtelevaa. Lautakunnan lopettamisella on kannattajansa jotka esittävät, että erillinen lautakunnan olemassaolo jo heikentää psykiatrian yhdentymistä somatiikkaan. Tällaisessa ajattelussa on liikaa dramatiikkaa. Tuskin lautakunnalla tällaista merkitystä on. Se, että useimmat sairaanhoitopiirit tulevat toimeen ilman lautakuntaa, osoittaa että se voitaisiin lopettaakin. Toisaalta lautakunnan olemassaolon on voimavara psykiatrilta ja mitä enemmän käytettynä, sitä vahvempana voimavarana. Asia on viimekädessä riippuvainen siitä näkeekö HUS:n hallitus psykiatrisen sairaanhoidon lautakunnan tarpeelliseksi. Joka tapauksessa vain paljon käytettynä lautakunta on jatkossakin hyödyksi psykiatrian kehittämiseksi.

Miten hallintoa voitaisiin sitten kehittää? HUS:ssa valmistellaan siirtymistä prosessiorganisaatioon. Prosessipohjainen johtamismalli on hyvin tunnettu, toimiva johtamisjärjestelmä, jota on käytetty niin yritysmaailmassa kuin julkishallinnossakin. Suunnitelma koskee Hyksiä. Muut alueet voivat tietenkin uudistaa psykiatrian hallintoa samansuuntaisesti. Organisaatiomalli on hyvä ja johdonmukainen seuraus siitä, että prosesseja uudistetaan tietyn pääryhmittelyn mukaisesti. On tärkeää, että se onnistutaan toteuttamaan HYKS hallinnossa, mahdollisesti laajemminkin HUS:ssa.

On haasteellista ajaa prosessiorganisaatiota samanaikaisesti prosessien uudistamisen kanssa. Kyseessä on kaksi eri asiaa. Prosessien uudistamisella tarkoitetaan, että tutkimalla potilas ja häiriökohtaisesti potilaan kulkua eri hoito-organisaatioissa, uudistetaan hoitoprosesseja ja että käytetään näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ja selvitetään organisaatioiden ja kunkin henkilökuntaryhmän tehtävät, muodostetaan jollekin sairaudelle tai sairausryhmälle yhtenäinen tutkittu hoitoketju. Tämä on psykiatrilta täysin välttämätön kehityskulku.

Prosessiorganisaatiossa johtamisjärjestelmä muodostetaan prosessien päätyhmien mukaiseksi. Tämä on hyvä, mutta ei täysin välttämätön ratkaisu.

Mikä sitten on ongelma? Jos vain jompaakumpaa ryhdytään vastustamaan niin käsitteiden samankaltaisuuden vuoksi vastustus helposti kohdistuu molempiin. Toivottavasti tämä ongelman pystytään välttämään ja saadaan molemmat toteutettua.

Prosessiorganisaatio toteutuessaan vähentää aluehallintoon liittyviä ongelmia, mutta vain HYKS-alueen osalta. Tilannetta parantaisi, jos alue jolla sijaitsee tulevaisuudessa ainoa suuri sairaala ja joka tuottaa runsaasti palveluja, joilla on sen omaa väestöä laajempi väestövastuu eli Kellokosken psykiatrisen sairaanhoitoalue olisi osa Hyksiä. Helsingin kaupungilla on kyllä iso psykiatrisen sairaala, mutta se tuottaa palveluita vain helsinkiläisille.

Hyksin laajentuessa Peijaksen ja Jorvin alueille käytännössä poistettiin niistä paikallinen johto psykiatriasta. Tämä oli hätäinen ratkaisu.

1. Se oli liian suuri muutos ottaen huomioon sairaaloiden historian ja niihin syntyneen vahvan paikallisen identiteetin.

2. Peijas ja Jorvi on niin suuria psykiatrisia yksiköitä, joita on hyvin vaikea johtaa alueen ulkopuolelta ilman paikallista johtoa.

3. Prosessiorganisaatio, jonka voi ajatella korvaavan paikallisen johdon tai ainakin muuttavan sen rakennetta, ei ollut olemassa. Peijaksen ja Jorvin johdon lukuisien ihmisten työ siirtyi muutamille ihmiselle HYKS psykiatriakeskuksessa. Näillä harvoilla oli jo muidenkin alueiden vuoksi runsaasti tehtäviä.

Näistä syistä voidaan pitää hyvänä ratkaisuna palaamista jälleen myös paikalliseen johtamiseen ylläkäri Juha Tuomisen esityksen mukaisesti. Prosessihallinnon toteutumisen jälkeen on mahdollista pohtia tarvitaanko edelleen, ja jos tarvitaan, niin minkälainen paikallinen aluehallintomalliin pohjautuva johto Peijaksessa ja Jorvissa.

Miten olisi sitten psykiatristen palvelujen tuottaminen liikelaitosmallilla. Tällöin tarkoitetaan, että psykiatriasta muodostettaisiin kunnallislain tarkoittama kunnallinen liikelaitos, jolle voitaisiin antaa viranomaistehtäviä. Liikelaitos hoitaisi koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon Uudenmaan alueella ja myisi palveluja HUS:lle. Olisiko suoramyynänti kunnille mahdollista ja/tai suotavaa? jäisi pohdittavaksi. Tämä olisi uudentyypinen ratkaisu. Vaikka kunnilla ja HUS:lla on monentyypisiä liikelaitoksia, ei niitä ole juurikaan ydinpalveluiden tuotannossa. HUS:n niin kuin Tampereen alueella on kuvantammispalvelut ja laboratorion palvelut viety liikelaitokseksi ja vuoden 2009 alusta Tampereella alkaa kardiologia toimia liikelaitoksena. Liikelaitosmalli ei ole siis aivan vieras sairaanhoitopalvelussakaan. Liikelaitosmalli vahvistaisi taloudellista ajattelua palvelujen tuotannossa, poistaisi alueelliseen malliin liittyvät heikkoudet. Johtamisjärjestelmä olisi selkeä.

Psykiatrit ja muut asiantuntijat suhtautuvan malliin vaihtelevasti. Toisaalta siitä ei tiedetä riittävästi ja vierastetaan ajatusta jo sen takia, että se on uutta. Toisaalta psykiatrit uskovat mallin tuovan mukanaan lisää vapausasteita muista erikoisaloista ja HUS:n keskushallinnosta yleensä. Aluehallinnosta vapaus varmasti lisääntyisi, mutta lisääntyisikö se kokonaisuudessaan HUS:sta, on vähemmän selvä. HUS olisi ainoa asiakas ja lisäksi omistaisi kiinteistöt. On ilmeistä, että ostajan vaikutus palveluihin ja niiden määrään ja sisältöön olisi varsin vahva. Osa lääkäreistä epäilee, että liikelaitoksen johtoon olisi helpompi valita "maallikoita" eli muun kuin lääkärikoulutuksen omaavia ihmisiä. Jos liikelaitosmalliin joskus päädyttäisiin, on suositeltava noudattaa Tampereen Sydänkeskuksen mallia. Tällöin lähtökohta on, että liikelaitoksen johtoon valitaan laajaa kliinistä kokemusta ja hallinnollista kokemusta omaava psykiatri.

HUS hoitaa lainnoilla kehitysvammahuoltoa, jossa sopimus on tehty itsenäisten kuntayhtymien välillä. Tämä osoittaa kyllä, että hallinto psykiatriassakin voitaisiin järjestää nykyisestä poiketen. Tätä hallintomallia ei kuitenkaan käsitellä lähemmin. Malli toteutuessaan psykiatriassa vain pahentaisi alueellisesta hallintomallista johtuvia ongelmia.

Syksyllä 2008 oli esillä Kellokosken psykiatrisen tulosyksikön liittäminen Hyksiin. Keskusjohto teki hallitukselle aloitteen asiasta, mutta asiasta ainakin toistaiseksi luovuttiin Hyvinkään sairaanhoitoalueen vastustuksen vuoksi. Kysymys nyt kuitenkin on edelleen auki ja se on jossain määrin erilainen kuin Jorvin ja Peijaksen alueiden liittäminen Hyksiin. Nyt ei ole kysymys sairaanhoitoalueen vaan ainoastaan psykiatrisen tulosyksikön liittämisestä Hyksiin. Tulosyksikön talousarvio on noin 1/3 koko sairaanhoitoalueen talousarviosta. On selvää että alue jo taloudellisista syistä vastustaa siirtoa.

Kellokosken sairaala tuottaa yli puolet palveluistaan muille alueilla. Sairaanhoitoalueen oma sairaansija-tarve olisi noin 130 sairaansijaa psykiatriassa. Oikeuspsykiatrian keskittyessä sairaalaan, siirtyy myös alan yliopistollinen koulutus. Sairaala myy suurenosan palveluista Peijaksen alueelle, joka kokee juuri tämän yhteistyön takia kärsineensä vuosia vahvasta aluekohtaisesta ajattelusta. Yhdistämisen jälkeen Peijaksen alue ja Kellokoski kuuluisivat saman hallinnon alle ja ongelmien voisi uskoa vähenevän ja yhteistyön helpottuvan.

Keskushallinnon esitykseen, että Hyvinkään sairaanhoitoalueen vastaesityksen perustelut ovat selkeät. Hyvinkään sairaanhoitoalue tuo esiin perusteluissaan, että asiat voidaan hoitaa ilman yhdistämistäkin. Varmasti voidaankin, onhan tähän astikin voitu. Myös tämän selvitysten ehdotusten toteutuminen

hieman vähentäisi erillään olemisesta tulevia haittoja. (Peijas olisi omavarainen akuuttisairaansijojen suhteen ja nuorisoinen sairaansijojen suhteen) Eri näkökohtien punnitseminen johtaa kuitenkin siihen, että on parempi jos Kellokosken psykiatrinen tulostyksikkö liitetään Hyksiin. Pääperusteluna on silloin alueellisesta hallintomallista aiheutuvien haittojen vähentäminen

Mitä sitten hallinnolle yleensä pitäisi tehdä. Tätä selvitystä tehtäessä on HUS:n hallinnossa ollut melkoista "kiehumista". Tällaisena ajankohtana on organisaatioissa vaikea tehdä merkittäviä hallinnollisia uudistuksia. Lisäksi selvityskierroksen aikana tuli monilla alueilla vastaan vahva vastustus kaikenlaisiin hallinnollisiin uudistuksiin.

Esitetään:

HUS hallinnossa jatketaan pääasiassa alueellisella mallilla

Keskusjohdon koordinoivaa päätöksykä suhteessa alueisiin pyritään vahvistamaan

HYKS-alueella toteutetaan prosessiorganisaatio, mahdollisesti muillakin alueilla.

Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrinen tulostyksikkö liitetään Hyksiin

Myöhemmin selvitetään mahdollisuutta hoitaa psykiatriset palvelut kunnallisena liikelaitoksena.

Helsinki

Helsingin kaupunki on osa HYKS alueetta, mutta hoitaa itsenäisesti suuren osan psykiatrisia palveluita. Helsinki saa nuorisopsykiatriset ja vanhuspsykiatriset palvelut, oikeuspsykiatriset palvelut Hussilta. Samoin osan vuodeosastopalveluista HYKS psykiatriakeskuksessa ja HUS:n psykiatrian poliklinikalla Meilahdessa.

Seppo Tuomolan tekemässä selvityksessä vuonna 2005 (7) oli Helsinki rajattu toimeksiannon ulkopuolelle. Useassa selvityksestä annetuissa lausunnoissa tätä pidettiin puutteena.

Helsingin väkiluku on niin suuri, että sitä voidaan pitää riittävänä lähes kaikkien psykiatristen palvelujen tuottamiseen. Helsingin kaupungilla on psykiatrisen sairaanhoidon palveluksessa monipuolinen asiantuntija-joukko, jo on osoittanut kykynsä kehittää dynaamisesti psykiatrista sairaanhoitoa. Helsingillä on koko Uuttamaata enemmän sairaansijoja suhteessa asukasluukuun ja naapurikuntiaan enemmän työntekijöitä avohoidossakin.

Helsingissä on tajuttu, että toimintaympäristön muuttuessa on palvelujen sisällön muututtava, jotta voidaan vastata uusiin haasteisiin. Prosesseja on potilaslähtöisesti uudistettu. Perusterveydenhuollon kykyä hoitaa psykiatrisia potilaita on vahvasti kehitetty. Ei niin, ettei Helsingin psykiatrisessa sairaanhoidossa olisi ongelmia ja kehitystarpeita, mutta Helsingissä ollaan varmasti oikealla tiellä.

Selvityksessä ilmeni:

1. Helsingin kaupunki on jatkossakin halukas kehittämään psykiatrista erikoissairaanhoitoa oman hallintonsa alla
2. Helsinki suunnittelee myös vanhuspsykiatrian siirtämisestä HUS:sta itselleen.

3. Helsinki haluaa, että yliostollista opetusta psykiatriassa edelleen jatketaan ja vaikka laajennetaankin.
4. Helsinki ei ole kovin halukas yhteistyöhön palveluiden tuottajana edes vähäisessä määrin muun Uudenmaan väestölle. Tästä keskusteltiin lähinnä siksi, että se saattaisi tarjota keinon tarjota tiettyjä psykiatrisia palveluita ruotsinkieliselle väestölle.

Helsingin haluttomuudelle liittyy psykiatriset palvelunsa Hyksin osaksi ei oikeastaan esitelty perusteluja. Kuitenkin Helsingillä on käytössään huomattavasti enemmän resursseja psykiatriassa ja on luultavaa, että yhdistämisen jälkeen syntyisi paineita tasata näitä resursseja koko Uudenmaan tarpeisiin. Helsinki halunnee varmistaa, että nämä heidän kehittämänsä palvelut vastakin ovat helsinkiläisten käytössä. Toiseksi kun Helsingistä katsotaan HUS-psykiatrian tilaa ja kuohunutta sen hallinnossa, on ymmärrettävää että HUS:a ei koeta kovinkaan houkuttelevana vaihtoehtona. Siksi jatketaan nykyistä hallintomallia, mutta asiaa on syytä yhdessä arvioida viiden vuoden kuluttua uudestaan.

Esitetään:

- 1. Helsingin kaupunki jatkossakin hoitaa osan psykiatrisista palveluista oman hallintonsa alla.**
- 2. Yhteistyötä parannetaan ja syvennetään psykiatristen palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä Hus:n ja Helsingin kaupungin välillä.**
- 3. Tilannetta arvioidaan viiden vuoden kuluttua yhdessä uudelleen.**

Päihdehuollon ja psykiatrian yhteistyö

Psykiatriset palvelut on perinteisesti Suomessa järjestetty osana perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon palveluita kun taas päihdehuollon palvelut on järjestetty osana kuntien sosiaalipalveluja. Toisaalta psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on ollut kaksoisdiagnoosiosastoja ja huumevieroitus- ja hoitotoimintaa polikliinisesti. On puhuttu päihdepsykiatriasta. Tällöin käytännössä ei alkoholisairauksia ole kuitenkaan mielletty osaksi tätä päihdepsykiatriaa.

Järvenpään sosiaalisairaala on A-klinikkasäätien ylläpitämä ja sosiaalihuollosta annetun lainsäädännön alla toimiva laitos. Kuten jo nimikin sanoo kyseessä on sairaala. Toiminnaltaan sairaala muistuttaa selvästi psykiatrista sairaalaa. Osa lääkäreistä on psykiatreja ja talossa on kaksoisdiagnoosiosastoja, joissa hoidetaan potilaita, joille huumeriippuvuuden lisäksi on jokin psykiatrinen sairaus. Osin toiminta on samanlaista kuin HUS:n päihdepsykiatriassa. Merkittävin ero on, että sairaalassa hoidetaan myös vaikeasta alkoholiriippuvuudesta kärsiviä potilaita.

Päihdehuollon avohoidossa toimii kaikkialla myös lääkäreitä ja sairaanhoitajia ja psykologeja sekä sosiaalihuoltoajia. Osa lääkäreistä on psykiatreja. Avohuollossa käytetään myös lääkkeellisiä hoitoja sekä psykiatriasta peräisin olevia psykososiaalisia hoitomuotoja kuten esim. kognitiivista psykoterapiaa. Koska asiakkaista monilla on päihdeongelman lisäksi muita psykiatrisia häiriöitä, joutuvat yksiköt ottamaan kantaa ja hoitamaan psykiatrisista häiriöistä kärsiviä asiakkaita. Toiminnassa on paljon piirteitä, jotka ovat yhteneväisiä erikoissairaanhoidon psykiatristen

poliklinikoiden kanssa. Merkittävin ero on päihdehuollon soveltama ns. matalan kynnyksen periaate eli hoitoon pääsee ilman lähetettä. Oma tahto riittää.

On selvää, että vähintäänkin tarvitaan laajaa ja hyvää yhteistyötä Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon kanssa. Mutta on esitetty myös ajatuksia päihdehuollon ja psykiatrian erikoissairaanhoidon yhdistämistä.

Merkittävin ja uusin tällainen kannanotto on Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin juuri laatima psykiatrisen sairaanhoidon kehittämissuunnitelma Mieli 2009. (8) Tässä suunnitelmassa esitetään, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon koko maassa yhdistetään.

Mitkä seikat sitten puoltaisivat yhdistämistä?

1. Yhdistäminen olisi valtakunnallisen terveyspolitiikan mukainen ratkaisu
2. Kaikki päihdediagnoosit ovat tautiluokituksessa psykiatrisia diagnooseja
3. Komorbiditeetti eli samanaikainen sairastavuus on korkea. Päihdehuollon aikuisasiakkaista noin puolella on myös jokin muu psykiatrisen sairaus ja nuorisiasiakkaista 80%. Molemmat sairaudet tarvitsevat useimmiten samanaikaista hoitoa.
4. Kunnat jotka ovat siirtäneet psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai sen avohoidon terveyskeskuksen toiminnaksi, ovat yleensä yhdistäneet päihdehuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja ovat ratkaisuun tyytyväisiä.
5. Ratkaisu olisi vahva signaali siitä, että erikoissairaanhoidon haluaa antaa panoksensa erään kaikkein merkittävimmän terveysongelman, alkoholisairauksien hoitoon.

Selvitettäessä eri tahojen halukkuutta yhdistämiseen ilmeni

1. Psykiatristen yksiköiden johdon käsitykset HUS:ssa vaihtelevat aivan laidasta laitaan. Osa katsoo, että päihdehuolto ei kuulu psykiatriaan. Päihdehuollolla tunnutaan tällöin tarkoitettavan alkoholiriippuvaisten hoitoa. Toisaalta monet johtavat psykiatrit olivat valmiita yhdistämiseen ja pitivät sitä hyvänä. Mm. nuorisopsykiatrien piirissä näyttää tämänsuuntainen mielipide vallitsevalta.

Merkittävin kritiikki kohdistui avohoidon yksiköiden erilaiseen toimintaperiaatteeseen. Psykiatrian poliklinikat aikuispotilaiden osalta ovat lähetepoliklinikoita ja sinne hoitoon pääsy edellyttää lääkärin lähetettä. Päihdehuollon poliklinikat ovat avopoliklinikoita. Kysyttiin, käykö tulevaisuudessa niin, että masentuneen ihmisen primaarihoitopaikka on terveyskeskus, mutta jos on samanaikainen alkoholiriippuvuus niin pääsee heti psykiatrian poliklinikalle. Tai ”pääseekö kaikki juopot suoraan ilman lähetettä psykiatrian poliklinikalle.” Kriittinen kysymys joka on merkittävä varsinkin, kun päihdehuollon piirissä yhdistämistä tunnuttiin vastustavan juuri siksi että halutaan säilyttää ns. matalan kynnyksen poliklinikat. En kuitenkaan usko, että tämäkään kritiikki on sinänsä riittävä vastustamaan yhdistämistä. Kokemukset kunnista missä yhdistäminen on tehty osoittavat, että tutkimalla potilaslähtöisesti yhdessä eri sairauksien hoitoprosesseja on mahdollista löytää toimivat ja kaikkia tyydyttävät hoitokäytännöt.

Kuntien päihdehuollon vastaavia tavattiin suurempien kaupunkien osalta, tiedot eivät ole koko Uudenmaan osalta kattavia, mutta riittäviä. Monien päihdehuollosta vastaavien ihmisten mielipide oli palveluiden yhdistämiselle kielteinen. Myönteisiäkin kannanottoja ilmeni. Monissa kaupungeissa haluttiin pikemminkin yhdistää päihdehuoltoa terveyskeskukseen tai terveyskeskuksen psykiatriin palveluihin. Sen sijaan yhteistyön kehittämiseksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa oltiin myönteisin ja monasti sitä suorastaan vaadittiin.

A-klinikkasäätiö ylläpitää Järvenpään sosiaalisairaala ja huomattavaa määrää kunnallisia päihdeklinoita. Säätiön piirissä ei olla valmiita yhdistämään Sosiaalisairaala HUSiin eikä A-klinoita psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Merkittävin perustelu A-klinoitten osalta on halu varmistaa matalan kynnyksen poliklinikoitten säilyminen

Selvitettäessä käsityksiä yhteistyöstä psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon välillä ilmeni, että psykiatrit lähes kaikkialla olivat tyytyväisiä omaan ja yksiköidensä toimintaan yhteistyössä päihdehuollon kanssa. Sen sijaan päihdehuollon työntekijöiden mielipiteet ovat yhteistyöstä hyvin kriittisiä jopa puutteellisesta yhteistyöstä syyttäviä. "Psykiatrit hylkivät päihdeasiakkaita" kuultiin useammalta taholta. Eli päihdehuollossa ei olla pääsääntöisesti lainkaan tyytyväisiä yhteistyöhön. Katsottiin, että nykykäytäntö luo "väliin putoajia" eli potilaita joiden hoito ei oikein tunnu kuuluvan kellekään.

Esitetään:

- 1. HUS:ssa ei ryhdytä toimiin psykiatrisen sairaanhoidon ja päihdehuollon yhdistämiseksi koko alueella.**
- 2. Sallitaan ja tuetaan yhdistämistä niillä sairaanhoitoalueilla joissa sekä sairaanhoitoalue että paikallinen päihdehuolto on siihen valmis kuten esimerkiksi Porvoon alueella on asianlaita. Tällainen tai tällaiset alueet toimivat "pilotteina" ja saadaan ratkaisusta kokemuksia ajatellen päihdehuollon ja psykiatrisen sairaanhoidon yhdistämistä myöhemmin.**
- 3. Kaikkialla psykiatrian poliklinikat tutkivat ja luovat yhdessä päihdehuollon yksiköiden kanssa potilaslähtöisesti hoitoprosessit niiden potilaiden hoitoon, joilla psykiatrisen sairauden lisäksi on myös jokin päihderiippuvuus. Psykiatria ottaa omalta osaltaan vastuu myös näiden potilaiden tutkimisesta ja hoidosta antamalla konsultaatiopalvelut niin diagnostiikan kuin hoidonkin osalta ja ottamalla hoitovastuu milloin yhdessä katsotaan, että psykiatrian poliklinikankin tulee olla potilaan hoitopaikka.**

Avohoito

Avohoidon kehittäminen on taloudellisesti vaikea asia. Nimittäin aikanaan esitettyä ajatusta, että sairaaloiden sulkemisessa vapautuva henkilökunta käytetään avohoidon kehittämiseen ei ole enää käytettävissä. Avohoito on nyt aliresursoitu ja väestö kasvun ja ikärakenteen muutos tuo kasvavaa

kysyntää nimenomaan avohoidon palvelujen kehittämiseksi. Helsingin kaupungilla on jonkinlaisia mahdollisuuksia kehittää avohoitoa ilman resurssilisäyksiä, mikäli onnistuvat vähänkin vähentämään sairaansijoja. Mikä on vaikeata siksi, että Helsingin kaupungin sairaansijojen väheneminen tapahtuu tulevaisuudessa pääasiassa perhehoidon paikkojen vähenemisenä, mistä ei vapaudu henkilökuntaa käytettäväksi avohoidon tarpeisiin.

Porvoon alueella avohoito toimii melko hyvin nykyisin ja jos ja kun siellä tehdään avohoidon uudistus, on ilmeistä että lähivuosina ei tarvita lisäresursseja avohoitoon. Väestön lisääntyminen tuo tulevaisuudessa varmaan vastaan jonkinlaista painetta avohoidon lisäämiseen, silloin on avohoitoa sielläkin vahvistettava. Voidaan kuitenkin jäädä rauhassa odottamaan sairaanhoitoalueen esityksiä avohoidon uudistamisen jälkeen. Silloin avohoidon kehittäminen ei ole tehtävissä sairaansijoja vähentämällä. Porvoon-alue on jo nyt avohoitovaltaisain sairaanhoitoalue Uudellamaalla. Mitään mahdollisuutta ei ole sille että sairaansijoja jotenkin voitaisiin tulevaisuudessa vähentää ja vapautuvaa henkilökuntaa käyttää avohoidon kehittämiseen. Siksi jo vuonna 2020 jolloin Porvoon alueen väestö on lisääntynyt nykytilanteeseen nähden 9000 ihmisellä on tarvetta vahvistaa alueen avohoitoa.

Hyvinkään sairaanhoitoalueelle on kehitetty avohoitoa ja viime vuosina pystytty osoittamaan siihen jossain määrin lisäresursseja. Avohoidon kehittäminen on hyvässä vauhdissa. Sairaanhoitoalue on keskittänyt Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan alueen avohoidon (noin 100.000 asukasta) yhteiseen poliklinikkaan. Toiminnan sisältö on uudistettu prosessi ryhmittelyn pohjalta. Kaksi nuorisopoliklinikkaa on yhdistetty ja keskitetty samaan taloon aikuispoliklinikan kanssa. Mäntsälässä ja Tuusulassa on säilytetty toimipisteet , joita hyödyntäen keskitetyn poliklinikan henkilökunta voi viedä itse matkustamalla tarpeelliselta osin palveluja kuhunkin kuntaan. Kehitykseen, jota laajasti vastustettiin ja vierastettiin siihen ryhdyttäessä , ollaan varsin tyytyväisiä. Hyvinkään kaupunki hoitaa itse psykiatrisen avohoidon aikuispotilaiden osalta ja aikoo yhdistää tämän päihdehuollon kanssa. Hyvinkääläiset ovat ilmeisen tyytyväisiä ratkaisuun. Ovatko potilaatkin? Palvelujen tarjonta ainakin lääkäripalvelujen osalta on ollut kapeaa. Suurimman osan aikaa yksi psykiatri 44.000 asukasta hoitamassa ja välillä ei yhtään. Psykiatrin virkoja on kolme, joista nyt on toinenkin saatua miehitettyä. Nuorisopsykiatrian poliklinikka Hyvinkäällä on sairaanhoitoalueen ja hyvinkääläiset kokevat palvelut vähän riittämättömiksi. Nurmijärven kunnan psykiatrisen avohoito on jossain määrin ongelmallista, koska alue on pieni nykyaikaisen avohoidon järjestämistä ajatellen ja olisi muodostanut varmaan Hyvinkäälle sopivan parin hoitaa koko alueelle psykiatrisen avohoito. On esitetty ajatuksia, että Nurmijärvi hoitaisi yli aluerajojen avohoidon palvelut yhdessä Myyrmäen kanssa eli olisi yksi yhteistyömuotomuoto Peijaksen ja Hyvinkään alueen välillä. Tämä kieltämättä muodostaisi riittävän väestöpohjan hyvien avohoitopalvelujen kehittämiseksi ja Nurmijärven ja Myyrmäen väliset liikenneyhteydet ovat paremmat kuin Nurmijärven ja Hyvinkään välillä. Kuitenkin näyttää siltä, että Hyvinkään sairaanhoitoalue ja Nurmijärven kunta suhtautuvat molemmat ajatukseen kielteisesti.

Näyttää siltä, että Nurmijärvellä on edettävä avohoidon kehittämisessä tukeutuen Järvenpäähän ja Kellokoskeen.

Sairaanhoitoalue ei ole esittämässä merkittäviä resurssilisäyksiä avohoitoon sen lisäksi mitä ovat sinne nyt voineet sairaansijoja vähentämällä saada.

Lohjan alueella on myös kohtalaisen hyvin toimiva avohoito. Esitetty sairaalarakentaminen sinne tuo lisäyksen myös avohoidon resursseihin. Kun siellä toteutetaan avohoidon uudistaminen, ei siellä ennen vuotta 2025 tarvita lisäresursseja avohoitoon.

Tammiharjun alueella ei tällä hetkellä sairaanhoitoalueella ole avohoitotoimintaa juurilainkaan. Raasepori ja Hanko ovat jo vuosia alun perin säästöperustein huolehtineet itse psykiatrisesta avohoidosta. Olisi välttämätöntä pohtia uudelleenjärjestelyä, koska sairaanhoitopiirinkin on tosi vaikea järjestää avohoidon pelkäämistään Inkoon kunnalle. Avohoidon mahdollisten lisäresurssien tarve saadaan Tammiharjun sairaalasta kun sen toiminta lakkaa.

Mutta sitten tulemme kaikkein vaikeimmalle alueelle Peijaksen alueelle. Siellä on niukasti resursseja avohoidossa, eikä alueella ole psykiatriasta sairaalaa jonka paikkoja vähentämällä olisi edes teoriassa saatavissa lisäresursseja avohoitoon. Huonoin tilanne on nuorisopsykiatriassa. Tilanne koetaan hyvin vaikeaksi. Niin vaikeaksi että Vantaan kaupunki on menettänyt osin uskonsa siihen, että HYKS kykenisi heidän avohoitotoaan kehittämään ja lähtenyt vähän ”omille teilleen”. Vantaa on selkeästi lähtenyt kehittämään omaa psykiatrista avohoidoa terveyskeskuksen osana. Vantaa ei kuitenkaan ole sanoutunut irti HYKS:n järjestämistä palveluista, vaan toivoo yhteistyötä Hyksin kanssa. Merkittävää on se, että aikaisemmin kunnat, jotka ovat HUS-alueella pyrkineet järjestämään psykiatrista avohoidoa kunnallisena toimintana, ovat perustelleet sitä säästösyillä. Vantaan ratkaisun syynä on, että he eivät usko HYKS:n pystyvän hoitamaan vantaalaisten psykiatrista avohoidoa.

Keravalla on käyty keskustelua Keravan kaupungin tukeutumisessa Peijaksen sijasta psykiatriassa Kellokosken palveluihin. Pontimena tässä on ollut tyytymättömyys HYKS in avohoitopalveluihin ja usko, että keravalaiset Kellokosken suunnalta saisivat paremmat palvelut. Kerava voi menetellä haluamallaan tavalla. Sitä ei ole tässä selvityksessä lähdetty kuitenkaan mitenkään ennakoimaan.

Jorvin alueella oli 1990 luvulla ehkä hieman parempi lähtökohta psykiatristen palvelujen suhteen. Niitä ei ollut suinkaan riittävästi, mutta enemmän kuin Peijaksen alueella suhteessa väestöön. Espoo onkin ollut avohoitovaltaisimpia sairaanhoitoalueita Uudellamaalla. Vahva väestökehitys on kuitenkin nopeasti vähentänyt Espoon palveluja suhteessa väestöön. Jo pitkään Jorvin alueen psykiatria on ollut suurissa vaikeuksissa sairaansijojen vähäisyyden ja erityisesti riittämättömän avohoidon vuoksi.

Peijaksen ja Jorvin alueen avohoidon kehittämistä ei valitettavasti ole toteutettavissa ilman lisäresursseja ja ellei mitään tehdä, tilanne huononee koko ajan. Tammiharjun sairaalan lopettamisesta voidaan saada pientä apua, mutta ei missään tapauksessa merkittävää lisäystä. Tammiharjun sairaalasta esitetään nimittäin luovuttavaksi hieman suuremmasta määrästä sairaansijoja tässä esityksessä kuin vastaavasti esitetään rakennettavaksi uusia sairaansijoja muiden sairaaloiden yhteyteen.

Psykiatrinen avohoido on vain muutamassa kunnassa hoidettu kunnallisen terveyskeskuksen toimintana. Pienemmissä kunnissa kuin Helsinki on järjestelyyn liittynyt ongelmia. Toimivan psykiatrisen avohoidon järjestäminen edellyttää noin 100.000 asukkaan väestöpohjaa. Vain riittävä väestöpohja mahdollistaa erikoistumisen, liikkuvat yksiköt, päivystysluontoiset kriisipalvelut ja yleensäkin toiminnan ulottamisen virka-ajan ulkopuolelle. Itsenäisesti avohoidon pystyisivät järjestämään vain isoimmat asutuskeskukset. Mikäli asutuskeskukset järjestävät psykiatriset avohoitopalvelut itse, jää jäljelle niin pieniä väestöpohjia, että kunnat itse eikä HUS pysty hyvää psykiatrista avohoidoa niille järjestämään.

Nuorisopsykiatriassa on viimeisen 10 vuoden aikana tapahtunut huomattavaa kehitystä. Sairaansijoja on riittävästi ja avohoido on kehitetty. Toisaalta avohoido ei vielä ole saavuttanut sitä volyymin minkä ns. Pekkarisen työryhmä viitoitti esityksessään vuonna 2002. Avohoidossa on määrällisiä puutteita lähes koko alueella. Kaikki uudet resurssit on sielläkin ehdottomasti suunnattava avohoidon kehittämiseen. Nuoriso-psykiatria käsitellen vielä myöhemmin erikseen.

Avohoidon toimitilat

Avohoidon toimitilat ovat monin paikoin sijoittuneet sairaaloiden ulkopuolelle. On tietysti olemassa ratkaisuja, joissa poliklinikat sijaitsivat muiden erikoisalojen tavoin. Sairaaloita suunniteltaessa on sairaalan lääkärit sijoittaneet usein vain yleissairaalapsykiatrian sairaalan yhteyteen. Näin on tehty aikanaan Hyvinkäällä ja niin esitetään tehtäväksi Lohjan sairaalan laajennuksen yhteydessä. Hyvinkäällä olisi aikanaan hyvin voitu sijoittaa Hyvinkään psykiatrisen avohoidon ja päiväsaairaala Hyvinkään sairaalan yhteyteen ja Lohjalla voidaan vieläkin koota yli 10 pienessä vuokratilassa Lohjalla toimiva avohoito sairaalaan saman katon alle yleissairaala psykiatrian poliklinikan kanssa.

Avohoidon keskittyessä ja työntekijämäärän lisääntyessä tulee jatkossa esiin toimitilakysymyksiä. Tarvitaan uusia toimitiloja. Suurinta osaa niistä on vaikea vielä yksityiskohtaisesti arvioida. Kun sairaansija uusrakennetaan Uudellamaalla, tulee aina selvittää onko alueella tarvetta uusista avohoidon tiloista ja sijoittaa jos suinkin mahdollista avohoidon tarvitsemat tilat sairaaloiden yhteyteen. Myös aina kun avohoidon kehittämisessä ilmenee uuden toimitilan tarve, on yhtenä sijoitusvaihtoehtona selvitettävä sijoittaminen sairaalan yhteyteen. Näin tulevaisuudessa lähestytään muilla lääketieteen aloilla vallitsevaan käytäntöä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä etteikö jatkossakin sairaaloista erillään olevia poliklinikoita olisi.

Avohoidon uudistus

On tärkeätä nähdä että avohoidon kehittämiseksi tarvitaan muutakin kuin vain lisää resursseja.

Avohoidon kehittämisessä ei pelkkä resurssien lisäys riitä aikaansaamaan toimivaa avohoitoa. Muuhun Eurooppaan verrattuna on avohoitajärjestelmämme tietyllä tavalla "vanhanaikainen", ainakin meille perinteinen ja yksipuolinen. Miten niin yksipuolinen? Euroopan neuvoston yhdessä WHO kanssa tekemässä selvityksessä mielenterveyspalveluista Euroopassa on tilastoitu monia avohoidon toimintatapoja, joissa Suomen kohdalla on todettu "ei ole" tai jos "on" niin kattavuus on hyvin heikko.

Suomessa aloitettiin vuonna 1957 psykiatrisen huoltotoimistotoiminta. Toimiston muodosti ns. moniammatillinen työryhmä. Tosiasiassa toiminta muodostui koko ryhmän osalta vastaanottotoiminnaksi, jossa keskeistä oli keskusteluhoito.

Toimintaympäristö oli vuonna 1957

1. Psykiatriset potilaat olivat pääosin sairaaloissa. Avohoidoissa oli pieni joukko lievemmin sairaita.
2. Lääkkeellisiä hoitoja ei juuri ollut. Klorpromazin tuli markkinoille noihin aikoihin
3. Monet psykososiaaliset hoitomuodot ovat kehittyneet vasta paljon myöhemmin.
4. Perusterveydenhuoltoa ei nykyisen kaltaisena järjestelmänä ollut olemassa.
5. Somaattinenkin sairaalalaitos oli kehittymätön.
6. Palvelujen kysyntä oli vähäistä, voitiin toimia ilman läheteitä.

Toimintaympäristö on tyystin muuttunut

1. Sairaalat on ajettu alas. Sairaansija on psykiatriassa ¼ vuoden 1957 tasosta. Avohoidossa on suuri määrä potilaita jotka aikaisemmin olisivat olleet sairaalassa
2. Tutkimus on jatkuvasti tuonut ja tuo käyttöömme uusia lääkehoitoja ja psykososiaalisia hoitoja ja eri ammattiryhmien tiedot ja taidot ovat ihan eri tasolla kuin muutama vuosikymmen sitten.

3. Perusterveydenhuolto on uutena toimijana tullut yhteistyösapuoleksi ottamalla hoitovastuun yli puolesta masennus- ja ahdistushäiriöpotilaista.
4. Psykiatriset hoitoprosessit ovat monipuolistuneet ja muuttuneet usein erityisosaomistamista vaativiksi ja niitä parhaiten pystyy toteuttamaan tiettyihin tehtäviin erikoistunut henkilökunta.
5. Tiedon tasonnousu ja psykiatriin häiriöihin liittyvän stigman väheneminen ovat räjähdysmäisesti nostaneet palvelujen kysyntää.

Avohoitoa on toki kehitetty monin tavoin ja on otettu käyttöön uusia hoitomuotoja mutta perusstrukturi on pysynyt ns. alkuperäisessä mielenterveystoimistomallissa.

Käynnit psykiatrisessa avohoidossa ovat vuoden 1995 jälkeen kaksinkertaistuneet eli lisääntyneet paljon enemmän kuin työntekijöiden määrä. Toimintaa on selvästi uudistettu ja tehokkuus lisääntynyt.

Henkilökunta tekee työtä parhaan osaamisensa mukaisesti monesti voimiansa äärirajoilla. Enkä suinkaan halua sanoa, että toimittaisiin huonosti, mutta hyväkin toiminta tulee uudelleen arvioida toimintaympäristön muuttuessa. Toimintaympäristö on muuttunut totaalisesti.

Avohoidon uudistus on välttämätön ja on lähdettävä yhdessä perusterveydenhuollon kanssa potilaslähtöisesti tutkimaan eri psyykkisten häiriöiden hoitoprosesseja ja kehitettävä työtavat ja työnjako sellaiseksi, että voimme turvata riittävän asiantuntija-avun konsultaatioiden ja koulutuksen muodossa perusterveydenhuollolle ja pystymme ottamaan käyttöön kaikki näyttöön perustuvat hoitoprosessit ja noudattamaan esim. valtakunnallisia hoitosuorituksia. Jos uudistus tehdään hyvin, näyttää se kaikkialla johtavan erikoistumiseen ja keskittymiseen suurempiin yksiköihin. Pienet yksiköt ovat hyvin haavoittuvia. Yhden työntekijän poissaolo saa aikaan, että monet prosessit eivät yksikössä toimi lainkaan. Mitään mahdollisuutta erikoistumiseen ei ole, ei mahdollisuutta akuutti tai subakuuttiin toimintaan.

Mitä avohoidon uudistaminen sitten merkitsee. Prosessien tutkiminen näyttää johtavan siihen, että

Avohoito erikoistuu jakautuen aikuispsykiatrian osalta kolmeen hoitolinjaan:

- psykoosi ja kuntoutuslinjaan
 - Mielialahäiriölinjaan ja
 - Akuutti - ja kriisilinjaan
1. Mielialahäiriöhoitolinja, joka hoitaa masentuneita, kaksisuuntaisia mielialahäiriöpotilaita ja erilaisista ahdistushäiriöistä kärsiviä potilaita ja persoonallisuushäiriöistä kärsiviä potilaita.
 2. psykoosi- ja kuntoutushoitolinja, joka hoitaa psykoottisia ja psykoottisista häiriöistä kuntoutuvia potilaita.
 3. Akuutti ja kriisityölinja, joka selvittää akuutteja mielenterveysongelmia.

Päihdepsykiatrista asiantuntemusta tulee olla kaikilla linjoilla, koska potilaita, joilla on psykiatristen ongelmien lisäksi jokin päihdeongelma on kaikilla linjoilla. Kaikki linjat tekevät yhteistyötä päihdehuollon ja perusterveydenhuollon kanssa

Erikoistumisen lisäksi toiminta keskitetään noin 100.000 ihmistä palveleviin keskuksiin. Osa toiminnasta viedään kuitenkin lähipalveluiksi käyttäen hyväksi nykyistä hajallaan olevaan toimitilaverkostoa ja liikkuvia yksiköitä.

Nuorisopsykiatriassa ja vanhuspsykiatriassa, jotka toimivat omina yhtenäisinä hoitolinjoinaan suoritetaan samanlainen keskittäminen.

Avohoidon uudistus tulee toteuttaa yhdessä perusterveydenhuollon ja päihdehuollon kanssa ja huolehtia, että kumpikin saavat riittävän konsultaatiotuen toiminnalleen.

Avohoitoa on Suomessa uudistettu monella paikkakunnalla. Uudellamaalla Helsinki ja Hyvinkään sairaanhoitoalue ovat pisimmällä, muualta Suomesta voisi ottaa esimerkiksi Jyväskylän alueen.

Vaikeinta tässä uudistamisessa tulee olemaan keskittäminen. Sitä vastustetaan yleensä pitenevillä matkoilla ja että psykiatriset palvelut pitäisi tuottaa lähellä potilaan asuinpaikkaa. Tämä on vaikea kysymys ja sitä on syytä tarkastella lähemmin. Matkat Uudellamaalla ovat lyhyimpiä koko maassa. Ihmisten liikkuminen on aivan toisella tasolla kuin vuonna 1957. Nykyisin uudistettujen ja keskitettyjen yksiköiden potilaista on huomattavasti yli puolet mielialahäiriö- ja ahdistushäiriöpotilaita, monet työssäkäyviä ja joilla ei tunnu olevan mitään vaikeuksia palvelujen tavoittamisessa. Usein se tehdään omalla autolla. Psykoosi ja erityisesti skitsofreniapotilaissa on potilaita, jotka vetäytyvät hoidosta ja joiden tavoittaminen vaatii lähipalveluja. Tarvitaan kotikäyntejä ja liikkuvia työryhmiä jne. Sekin onnistuu parhaiten isommasta keskitetystä yksiköstä käsin.

Peijaksen alueella on järjestetty avohoidon kuntoutuspoliklinikka, joka toimii erinomaisesti ja toisaalta osoittaa, että näidenkin potilaiden hoidon keskittäminen on mahdollista ja tuloksellista.

Näistä ajatuksista asiantuntijat ovat melko laajasti samaa mieltä. Esim. Suomen psykiatriyhdistys lausunnossaan terveydenhuoltolaista toteaa: "Tiedon lisääntyessä ja hoitomenetelmien kehittyessä on toisaalta syntynyt tarvetta erikoisalalan sisäiseen erikoistumiseen monissa erityiskysymyksissä. Lähipalvelujen mahdollistaminen edellyttäisi näin ollen riittävän isoja yksikköjä, jotta asianmukainen osaaminen todella saadaan lähelle kansalaista. Riittävän osaamisen turvaava kriittinen massa ei synny pienissä yksiköissä. Pienet lähiyksiköt eivät tule onnistumaan tehtävässään elleivät ole osa isompaa kokonaisuutta. Mikäli riittävän laadukasta ja samanarvoista palvelua halutaan kattavasti, tulee osaamista keskittää."

Edelleen Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola 2008: "Pienet, yhden tai muutaman erikoislääkärin avohoitoyksiköt eivät pysty vastaamaan kasvaneeseen vaatimustasoon osaamisen suhteen."

Vain avohoidon uudistuksen kanssa resurssilisäys luo toimivan hyvän avohoidon. Vasta toiminnan sisällön uudistamisen jälkeen on itse asiassa mahdollista arvioida minkälaisia resurssilisäyksiä tarvitaan (varmasti tarvitaan). Puhumalla avohoidon resursseista, että on niin ja niin monen työryhmän vajaus, voidaan olla hyvinkin oikeassa suuruusluokassa, mutta ilmaisu viittaa siihen, että avohoidon kehittäminen nähdään lähinnä vain vanhan toiminnan monistamisena.

Arvioitaessa avohoidossa työskentelevän henkilökuntamäärän tarvetta, on yksi lähtökohta Sosiaali- ja terveysministeriön aikanaan 1980-luvun alussa antama suositus aikuispsykiatriassa. Seitsemän työntekijää/ 10.000 asukasta kohden. Nuorisopsykiatria ei tässä ole mukana eikä vanhuspsykiatria. Suositus perustui vanhaan mielenterveysmalliin ja annettiin aikana, jolloin sairaaloissa oli yli kaksinkertainen määrä paikkoja nykyiseen verrattuna. Myös palveluiden kysyntä oli nykyistä matalampaa tasoa.

Jos lukuun lisätään nuorisopsykiatrian tarve ja vanhuspsykiatrian tarve sekä sairaansijojen vähentämisen aiheuttama tarve, olisi luku tarkistettava vähintään 10 työntekijään / 10.000 asukasta. Tämäkään ei vielä

huomioi 25 vuoden aikana tapahtunutta kehitystä psykiatriassa ja nopeasti kasvanutta kysyntää avohoitopalveluihin. Vanhaakaan tavoitetta seitsemän työntekijää /10.000 asukasta kohden ei ole saavutettu aikuispsykiatriassa, vaan siellä on noin 100 työntekijän vajaus. Vanhat arviot tarpeesta ovat aika huonoja nykyisin käytettäväksi, siksi erilaisissa olosuhteissa ne on aikanaan määriteltä. Sen kertovat, että avohoito on selkeästi alimitoitettu ja että vähintäänkin kyseessä on noin 25-30 % vajaus. Vasta avohoidon uudistuksen toteuttamisen jälkeen on mahdollisuus yksityiskohtaisesti määrittellä lisäresurssien tarpeen laatu ja määrä.

Avohoidon resurssien määrälliseen lisäksi ei oteta yksityiskohtaista kantaa. Toisaalta siksi että

1. Yhdeltäkään alueelta ei ole saatu aikuispsykiatriaa koskien määrällisiä ehdotuksia avohoidon kehittämiseksi ja toisaalta siksi, että vasta avohoidon sisällön uudistuksen jälkeen on kunnolla arvioitavissa eri ammattiryhmien lisäystarve.

2. Tarkka henkilökuntalisäyksen arviointi edellyttää suhteellisen pitkälle menevää paikallisten olosuhteiden tuntemista.

2. Tammiharjun sairaalan henkilökunnan lievää siirtymistä avohoitoon ei ole vielä täysin ennakoitavissa. Siksi on kaikkineen syytä jäädä odottamaan yksityiskohdissaan sairaanhoitoalueiden esityksiä (mieluummin sisällön uudistuksen jälkeen).

Avohoidon lisäystarve on joka tapauksessa merkittävä ja voidaan arvioida, että nykyinen avohoidon volyymi on lisättävä Uudellamaalla 20 % nykyisestä seuraavan 10 (mieluummin seuraavan 5) vuoden aikana. Siksi vaikea tilanne joillakin alueilla on. Lisäystarve on nuorisopsykiatrian osalta lähes koko aluetta koskeva, joskin sielläkin suurin Peijaksen alueella. Aikuispsykiatriassa lisäystarve ei ole edellä sanotun perusteella myöskään koko Uudellamaalla tasainen, vaan suurin Peijaksen ja Jorvin alueella. Siellä lisäys prosentuaalisesti on huomattavastikin suurempi kuin 20%. Osa alueista ei tarvitse lainkaan avohoidon lisäresursseja tai tarve on ennen 2020-lukua vähäinen. Lisäyksen sisältö jää paikallisen ja jatkosuunnittelun varaan.

Määrä voi tuntua suurelta. Sitä arvioitaessa on kuitenkin syytä huomioida että vuonna 2020 ennustetaan Uudellamaalla olevan 150.000 asukasta eli 10 % enemmän kuin vuoden 2008 lopussa. Väestönkasvu tavallaan syö toisen puolen tästä lisäyksestä. Kysymys on psykiatrisen avohoidon kehittämisestä, jota on 40 vuotta siirretty erilaisin perustein.

Esitetään:

Avohoidon uudistamista jatketaan ja se toteutetaan koko sairaanhoitopiirissä yhdessä perusterveydenhuollon ja päihdehuollon kanssa

Aina kun sairaaloiden uusrakentamista tehdään, tutkitaan tarvetta sijoittaa avohoidon tiloja samaan rakennukseen ja aina kun avohoidon uusia tilatarpeita esiintyy, selvitetään yhtenä vaihtoehtona sijoittamista sairaalan yhteyteen.

Avohoidon resursseja lisätään sairaanhoitopiirissä 20 % nykyisestä seuraavan 5 -10 vuoden aikana

Sairaansijat

Psykiatriset sairaansijat Uudellamaalla on vaikea kysymys monesta syystä eikä vähiten siksi, että on ratkaistava kahden psykiatriset sairaalan; Kellokosken sairaalan ja Tammiharjun sairaalan kohtalo jatkossa. Psykiatrisessa sairaanhoidossa on Suomi edelleen hyvin sairaalavaltainen maa. Sosiaali- ja terveys-ministeriön Mieli 2009- suunnitelmassa esitetään, että koko Suomessa psykiatrisia sairaansijojä vähennetään edelleen 1400 sairaansijaa lähivuosina. Vähennyksen jälkeen maassa olisi 0,63 sairaansijaa 1000 asukasta kohden. Miten sitten asia on Uudellamaalla? Helsingin kaupungilla on 1,1 sairaansijaa psykiatriassa 1000 asukasta kohden ja tämän lisäksi helsinkiläisiä potilaita on Kellokoskella ja HYKS Psykiatriakeskuksen osastoilla. Helsingin kaupungin virkamiehet katsovat Helsingin tarvitsevankin muita enemmän sairaansijojä. Helsingissä on enemmän yksinäisiä ihmisiä, joilta puuttuvat omaiset paikkakunnalla ja psykiatrisen sairastavuus on jonkin verran runsaampaa. On laskettu ns. riskikertoimia psykiatriselle sairastavuudelle ja käytetty niitä osoittamaan esim. Helsingin kaupungin muita suurempaa sairaansijatarvetta. Riskikertoimet (9) on viimeksi päivitetty vuonna 2000. Jos muu Uusimaan merkitään keskiarvona 1, niin Helsinki saa luvun 1.12.

Tästä voisi päätellä, että Helsinki tarvitsisi 12 % enemmän sairaansijojä. Myös Ruotsissa katsotaan (10) että suurkaupungit tarvitsevat jonkin verran suuremman resurssimäärän kuin muu maa, mutta eivät yksilöi mitä se merkitsisi juuri sairaansijojä. On kuitenkin ilmeistä, että Helsingissä on syytä olla enemmän psykiatrisia sairaansijojä kuin muualla maassa. Se ei kuitenkaan merkitse, että nykyinen määrä olisi juuri oikea. Koko maan tavoitteeseen verrattuna määrä tuntuu paljolta. Helsingin sairaansijämäärässä tapahtuu vähäistä laskua eräiden uudelleenjärjestelyiden johdosta ja merkittävä lasku perhehoidon loppumisen vuoksi. Kun nämä huomioidaan, putoaa sairaansijämäärä noin 0.9 sairaansijaan tuhatta asukasta kohden. Tätä voitaneen pitää hyväksyttävänä, joskin tavoite voisi olla alhaisempikin.

Muulla Uudellamaalla on noin 0.7 sairaansijaa tuhatta asukasta kohden, vähemmänkin jos Kellokosken oikeuspsykiatriset sairaansijat jätetään huomioimatta. Näin pitäisikin ehkä tehdä jo siitä syystä, että kansainvälissä vertailuissa on useiden maiden oikeuspsykiatriset sairaansijat oikeuslaitoksen alaisuudessa eivätkä näy terveydenhuollon sairaansijoina ja toisaalta ainakin puolet näistä sairaansijojä on helsinkiläisten käytössä. Tällöin päädyttäisiin nykytilanteessa 0,69 sairaansijaa tuhatta asukasta kohden, mikä ei ole kovin kaukana Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009-suunnitelmassa esittämästä tavoitteesta. Uudellamaalla väestökasvu on nopeata. Vuonna 2030 Uudellamaalla ennustetaan asuvan yli 200.000 ihmistä enemmän kuin vuonna 2008 ja pääasiassa Helsingin ulkopuolella. Jos psykiatrisissa sairaansijojä ei tapahdu lisäystä, niin silloin muulla Uudellamaalla on noin 0.6 sairaansijaa tuhatta asukasta kohden ja koko Uudellamaalla Helsinki mukaan lukien 0,7 sairaansijaa tuhatta asukasta kohden. Eli ministeriön tavoite toteutuu Uudellamaalla, kunhan pitäydytään lisäämästä sairaansijojä psykiatriaan ennen vuotta 2030. Vähenevinä sairaansijoina ovat huomioitu vain Helsingin perhehoidon sairaansijat. Vähäistä laskua tapahtuu itse asiassa Lohjan investoinnin toteutuessa ja Tammiharjun toiminnan loppuessa.

Nuorisopsykiatriasta tehdyssä selvityksessä ns. Pekkarisen työryhmän raportissa on todettu että Uudellamaalla on riittävästi nuoriso psykiatrisia sairaansijojä, mutta ne sijaitsevat väärissä paikoissa ja siksi on tarve uudisrakennuksiin. Itse asiassa sairaansija arvioon tuossa selvityksessä on kohta jota voidaan kritisoida. Selvityksessä todetaan " Näin arvioiden HUS-piirin tämän mitoituksen mukainen laskennallinen sairaansijatarve on 74 sairaansijaa. Ottaen huomioon pääkaupunkiseudun korkeamman sairastuvuuden ja opetus-/tutkimustoiminnan tarpeet, Helsingin, Jorvin ja Peijaksen tulosalueilla tarve on 30% korkeampi, jolloin HUS:n alueen sairaansijatarve olisi 92. Koko HUS-alueella sairaansijojä on nykyisellään 22 yli tämän tarpeen." Voidaan perustellusti kysyä :Mitähän ovat ne opetus-/tutkimustoiminnan tarpeet joiden

perusteella tarvitaan 30% enemmän nuorisopsykiatrisia sairaansijojia. Tämän tarve arvion tuolloista ylitystä 22 sairaansijalle ei mietinnössä juuri perustella. Sen sijaan mietintö päätty esittämään 153 sairaansijaa eli 5 8 paikkaista sairaalaosastoa ja 40 sairaansijaa lisää Uudellemaalle. Näistä kaksi on jo toteutunut kun Jorviin rakennettuja osastoja ei seurannut vastaava paikkojen väheneminen Tammiharjussa., eikä Peijaksen sairaalan osaston avaamista Klondyken tiloissa seurannut vastaava paikkojen väheneminen Kellokoskella. Tällaiseen perustelemattomaan sairaalanpaikkojen lisäykseen ei ole Uudellamaalla syytä. Tältä muuten hyvän ja ansiokkaan mietinnön kanta on perustelematon. Tässä esityksessä ei kuitenkaan lähdetä arvioimaan uudelleen nuorisopsykiatristen sairaansijojen tarvetta. Mietintö on 7 vuotta vanha ja väestö on se jälkeen lisääntynyt ja lisääntyy edelleen. Voidaan hyvin ottaa lähtökohdaksi nykyisen sairaansija määrä mutta ei ole perusteltua tarvetta lisätä nuorisopsykiatrisia sairaansijojia. Nuorisopsykiatriassakin on ymmärrettävä että jokaisen sairaalapaikan lisäys syö mahdollisuuksia kehittää avohoitoa.

Esitetään:

Uudellamaalla ei missään eikä millään perusteella lisätä psykiatristen sairaansijojen määrää ennen vuotta 2030

Sairausnsijojia ei lisätä, mutta se ei tarkoita ettei sairaansijojia voitaisi rakentaa ja tuleekin rakentaa. Päätöksiä tehtäessä uudisrakentaminen on tiukasti kytkettävä sairaansijojen vähenemiseen jossain muualla.

Akuutti sairaansijoille tulo on usein päivystysluontoista ja potilaat joudutaan tutkimaan ja hoito määrittämään vastaanotto paikassa. Kun sairaaloiden lääkärimiehitys määräytyy sairaansijojen mukaan niin paikassa jossa on liian vähän akuutti sairaansijojia joutuu pieni lääkärimäärä pyörittämään psykiatrista päivystystä ja vastaan ottamaan ja tutkimaan myös muualle hoitoon siirrettävät potilaat. Toimivan psykiatrisen sairaalan rungon muodostavat akuuttisairausnsijat ja siksi kaikkien alueiden tulisi olla akuuttisairausnsijojen suhteen omavaraisia.

Esitetään:

Kaikki sairaanhoitoalueet kehitetään omavaraisiksi akuuttisairausnsijojen suhteen

Mitä tämä merkitsee käytännössä sairaala hankkeille.

Lohja

Lohjan alueella on valmiiksi suunniteltu sairaalan uudistamishanke. Paloniemen vanha kiinteistö on käyttökelpoton. Professori Jouko Lönnqvistin selvitys on pääpiirteissään oikeaan osunut ja tulisi toteuttaa niin pian kuin mahdollista. Kuitenkin hanketta olisi syytä hieman muuntaa.. Tarkasteltaessa alueen sairaansijatarvetta on alueella nyt 64 sairaansijaa ja tarve on 0,7 sairaansijaa tuhanta asukasta kohden, nyt se merkitsisi 63 sairaansijaa ja vuonna 2020 70 sairaansijaa. Mutta tähän 0,7 sisältyvät myös nuorison sairaansijat. Toiseksi tämä esitys on kauttaaltaan rakennettu idealle, että kuntoutuspaikat koko Uudellamaalla ovat Kellokoskella. Akuuttipaikkojen tarve Lohjalla onkin vain noin 30-35 sairaansijaa. Jos rakennetaan varhaiskuntoutukselle osasto, niin kuin Jorvissakin on, päädytään korkeintaan 50 sairaansijaan. Sairausnsijojia tulee rakentaa vain 50 sairaansijaa. Myöhemmin on esitetty, että Lohjalle

rakennetaan 8- paikkainen nuoriso-osasto Lohjan ja Länsi-Uudenmaan potilaille. Kuntoutuspotilaiden sairaansijatarve toteutuu osittain Kellokoskella. Ehdotan, että 10 sairaansijan verran tiloja muutetaan avohoidon tiloiksi ja keskittäisin koko alueen avohoitoa huomattavalta osin uudisrakennukseen. Hanke hieman kasvaa näillä ratkaisuilla, mutta vastineeksi saataisiin paremmin toimiva kokonaisuus. Koska hanke korvaa Paloniemen kiinteistön, ei hanke ole sidoksissa missään muualla tehtäviin ratkaisuihin ja on kiireellisin psykiatrisen uudisrakennushanke Uudellamaalla

Esitetään:

Lohjan sairaalahanke (50 sairaansijaa) toteutetaan mahdollisimman nopeasti (2010)

Jorvi

Jorvin alueella on pitkään ollut kehitteillä sairaansijojen lisäys. Niitä ei ole päästy toteuttamaan siksi, että vähäinenkin lisärakentaminen Jorviin merkitsee Tammiharjun sairaalan loppua. Psykiatrisen sairaanhoidon kehittäminen vaatii kuitenkin ratkaisuja ja HUs:n on niihin kyettävä. Jorvin alue on sairaansijojen puuttuessa kehittynyt hyvin avohoitovaltaiseksi. Väestön nopeasti lisääntyessä ei henkilökunta millään ponnistuksillakaan selviä psykiatrisen sairaanhoidon vaatimuksia ellei ratkaisuja pystytä tekemään. Jorviin on syytä suunnitella akuuttisairaansijojen 34 sairaansijaa lisää. Jorviin on samassa yhteydessä syytä rakentaa vanhuspsykiatria sairaansijojen noin 24, mikä lienee riittävä määrä ettei Tammiharjua tarvitse enää vanhuspotilaidenkaan hoitoon. Aurora-koti ei ole riittävä ratkaisu vanhuspsykiatrian tarpeisiin. Yhtenä vaihtoehtona olen ymmärtänyt, että on esitetty vanhuspsykiatrian osaston sijoittamista uudistettuun Puolarmetsän sairaalaan. Ratkaisu on hyvä, mutta vielä parempi olisi sairaansijojen sijoittaminen Jorvin sairaalaan yhteyteen. Vanhuspotilailla on usein myös somaattisia sairauksia samanaikaisesti ja muiden erikoislääkäreiden konsultaatiomahdollisuus olisi tärkeä. On selvää, että Jorvin sairaalan uudisrakennus voidaan aloittaa vain jos samanaikaisesti on pystytty tekemään päätös ja toteuttamaan Tammiharjun sairaalan sairaansijojen vähentäminen vastaavasti. Tämä merkitsee käytännössä sairaalatoiminnan lopettamista Tammiharjussa. Kun espoolaiset potilaat ovat poistuneet Tammiharjusta, jää sairaalan koko liian pieneksi, jotta sitä voitaisiin jatkossa ylläpitää. Espoo tarvitsee periaatteessa 0,3 akuuttisairaansijaa tuhatta asukasta kohden eli 300.000 asukkaan mukaan noin 90 sairaansijaa. Uudisrakennuksen toteutumisen jälkeen siellä olisi 79 akuuttisairaansijaa. Kuitenkin vanhusten psykiatrisista sairaansijoista ainakin osaa on pidettävä akuuttisairaansijoina. Jorvin alueella pitäisi ratkaisun jälkeen olla käytössään riittävästi akuuttihoitoa sairaansijojen avulla. Koska sairaansijat pitää suunnitella ja se kytkeytyy Tammiharjun alasajoon, sopiva aika investoinneille on vuonna 2013. Tilat ovat edelleen kuntoutuspsykiatria riittämättömät. Lisätarve hoidetaan tukeutumalla Kellokosken sairaalaan.

Esitetään:

Jorvin sairaalan yhteyteen rakennetaan 34 sairaansijaa akuuttipsykiatrian tarpeisiin ja sinne tai Puolarmetsän yhteyteen 24 vanhuspsykiatrista sairaansijaa (2013)

Länsi-Uusimaa

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue ja Tammiharjun sairaala ovat psykiatristen palveluiden kehittämisen kannalta vaikein alue. Perusongelma on jo siinä, että sairaanhoitoalue on väestömäärältään aivan liian pieni, jotta se tarjoaisi mahdollisuuden järjestää asianmukaiset psykiatriset palvelut väestölle. Alueella on vain 44.000 asukasta nyt ja väestönkasvu on Uudenmaan alueista hitainta. Vuonna 2040 alueella on arvioitu olevan 49.000 asukasta. Nykyaikaisten psykiatristen palveluiden järjestämiseen arvioidaan tarvittavan noin 100.000 asukaan väestö. Vasta riittävä väestöpohja tuo mukanaan riittävästi lääkäreitä akuuttitoiminnan ja päivystyksen järjestämiseksi. Alueen psykiatristen palveluiden turvaaminen on ollut mahdollista vain pakottamalla Uudenmaan toiseksi suurin sairaanhoitoalue laajasti käyttämään tämän pienen alueen sairaalaa. Alueella on aivan liikaa sairaansijojen alueen omiin tarpeisiin. Se on johtanut hyvin runsaaseen sairaalakäyttöön oman alueen väestön osalta ja Uudenmaan sairaalapainotteisimpaan psykiatriaan. Avohoidon kehittämistä on lisäksi vaikeuttanut se, että kaksi suurinta kuntaa ovat kunnallistaneen aikanaan säästösyistä psykiatrisen avohoidon. Näin siitäkkin huolimatta, että koko alueenkin väestömäärä on liian pieni nykyaikaisen psykiatrisen avohoidon järjestämiseksi. Sairaalan toimintaa on viime vuosina vireästi kehitetty ja monelta osin voidaan katsoa, että kyseessä on hyvin toimiva nykyaikainen psykiatrisen sairaala. On selvitetty, olisiko mitään keinoa säilyttää Tammiharjun sairaala, mutta perusteltavissa olevaa ratkaisua ei ole löydetty.

Sen jälkeen kun Tammiharjun sairaala lopettaa toimintansa, joudutaan ratkaisemaan monta kysymystä

1. Länsi-Uudenmaan alueen akuuttipsykiatristen sairaansijojen tarve
2. Uudenmaan ruotsinkielisen väestön psykiatristen kuntoutussairaansijojen tarve
3. Lohjan ja Länsi-Uudenmaan alueiden nuorisosairaansijojen tarve
4. Lohjan ja Länsi-Uudenmaan alueiden vanhuspsykiatristen paikkojen tarve
5. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito, joita on hoidettu Tammiharjun sairaalassa.

Paras tapa perusratkaisuksi luultavasti olisi toteuttaa psykiatrista sairaanhoitoa yhdessä lähimmän riittävän suuren alueen eli Lohjan sairaanhoitoalueen kanssa. Se merkitsisi sairaansijojen rakentamista Lohjalle myös Länsi-Uudenmaan tarpeita silmälläpitäen. Alueen oma sairaansijatarve on 0,7 laskien noin 32 sairaansijaa, tästä 14 sairaansijaa akuuttihoitoon muutama sairaansija nuorisolle ehkä 3 sairaansijaa ja ehkä 4 sairaansijaa vanhuspsykiatriaan, loput 11 sairaansijaa olisivat kuntoutussairaansijojen tarve. Huomattava on, että nuorisopsykiatrian ja vanhuspsykiatrian osalta määrä ei riitä edes yhteen osastoon. Eli paras vaihtoehto olisi, että Lohjalle rakennettaisiin myöskin nämä sairaansijat, mutta ei kuntoutuksen vaatimia sairaansijojen ja nuorisoa varten rakennettaisiin yksi osasto, joka palvelisi myös Lohjan alueen tarpeita. Ruotsinkielisten potilaiden kuntoutusosasto keskitettäisiin Helsingissä HYKS Psykiatriakeskukseen, jonne sijoitettavalle ruotsinkieliselle kuntoutusosastolle säädettäisiin väestövastuualueeksi koko Uusimaa. Aikanaan Meltolan sairaalan lopettamisen jälkeen sen toiminnot siirtyivät Lohjalle ja siltä pohjalta Lohjan alueella on jonkin verran ruotsinkielistä hoitohenkilökuntaa ja osassa Lohjan alueen kunnissakin on ruotsinkielistä väestöä. Alueen psykiatrisia palveluita kehitettäessä pitäisi kaikin voimin pyrkiä takaamaan ruotsinkielisille psykiatrisille potilaille mahdollisuus käyttää omaa äidinkieltään. Nuoriso-osasto on myös vaikea kysymys. Ns. Pekkarisen työryhmä esitti aikanaan, että Lohja ja Porvoo tukeutuvat nuorisopsykiatriassa Helsinkiin. Lohjan alueen oma tarve on noin 5 sairaansijaa ja Länsi-Uudenmaan tarve 3 sairaansijaa ja tämä mahdollistaisi yhteisen osaston rakentamisen. Toinen mahdollisuus on, että molemmat sairaanhoitoalueet tukeutuvat Helsinkiin. Tässä selvityksessä esitetään kuitenkin Lohjan vaihtoehtoa eli alueen nuorisopsykiatristen sairaansijojen sijoittamista Lohjalle. Sen jälkeen yksi uusi sairaanhoitoalue olisi omavarainen nuorisopaikkojen suhteen ja joka tapauksessa

tulevaisuuden väestökasvu varmistaa osaston tarpeellisuuden. Osasto on sairaansijojen uudisrakentamista ja tämä ei lisää Uudenmaan sairaansijamäärää. Sairaansijat siirtyvät Lohjalle Tammiharjasta.

Kuntoutuspaikkojen (12 sairaansijaa) sijoittaminen HYKS Psykiatrikeskukseen on ongelmallista. Tyhjää tilaa tuskin löytyy ja se merkitsisi koko Uudenmaan sairaansijamäärän vähenemistä ja toisaalta pienen lisärakennuksen tekeminenkin on hankalaa, sillä tontti on Helsingin kaupungin samoin kuin kiinteistöt. Tässä vaihtoehdossa vaihtoehtoinen sijoituspaikka on ehkä Lohja.

Psykiatrian polikliiniset palvelut on kunnallistettu huomattavalta osin Länsi-Uudellamaalla ja elleivät kunnat tule toisiin ajatuksiin, avohoidon hoitamisessa ei sairaanhoitoalue voi eikä tarvitse tehdä avohoidon kehittämistä. Inkoon lienee ainoa kunta, jolla ei kunnallista avohoitoa ole. Inkoossa on 5000 asukasta ja sairaanhoitopiiri joutuisi silloin miettimään mitä Inkoon asukkaiden psykiatriselle avohoidolle voidaan tehdä. Sanomattakin on selvää, että mahdollisuuksia on vähän. Inkoon kunta näyttääkin terveystalveluluiden suhteen olevan kääntymässä Lohjan suuntaan.

Esitetään 1. vaihtoehtona:

Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan 24 sairaansijaa, joihin sisältyy Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen akuutit sairaansijat ja yhteisen nuorisosaston Lohjan ja Länsi-Uudenmaan alueille. (2013)

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen väestö on pääosin ruotsinkielistä ja yhteistyö lähellä olevien pääasiassa suomenkielisten alueiden kanssa ei ole aina tuntunut mahdolliselta ja perinteisesti on haluttu palvelut omalla alueella ja ruotsinkielellä. Mielestäni kielikysymys on tärkeä. Varmaan kaikista erikoisaloista juuri psykiatria on alue, missä ihmiselle on hyvin tärkeä voida käyttää omaa äidinkieltä ja että hoitohenkilökunta sen hyvin hallitsee. Ruotsinkielinen hoitohenkilökunta varmemmin löytyy Länsi-Uudenmaan alueelta. Kuitenkin on selvä, että jos pieni Länsi-Uudenmaan sairaanhoito alue yksin järjestää psykiatriset palvelut, joudutaan tyytymään huomattavasti heikompaan palvelutasoon kuin suurempaa väestöä varten palveluja järjestettäessä ja kohdataan monia ongelmia. Voimme rakentaa Tammissaaren sairaalan yhteyteen 14 sairaansijaa akuuttisairaansijaa ja mikä on monista syistä huono ratkaisu myös 14 kuntoutussairaansijaa. Näitä hoitamaan tarvitaan kaksi lääkäriä. Miten järjestämme päivystyksen ja jo lomien tai muiden poissaolojen sijaostaminen on vaikeaa. Systeemi on äärimmäisen haavoittuva. Sitä paitsi kuntoutuksen sijoittaminen tällaiseen yksikköön on muussakin mielessä huono ratkaisu. Onnistunut kuntoutustoiminta vaatii volyyymiä. Varhaiskuntoutus on mahdollista pienissäkin yksiköissä. Sen sijaan varsinainen itsenäiseen asumiseen ja elämään sekä työllistymisen tähtäävä kuntoutus vaatii monenlaista huippuosaamista eikä sitä löydy pienistä kuntoutusyksiköistä. Parhaat osoitukset tästä ovat Helsingin kaupungin hyvin toimiva kuntoutustoiminta (neljä osastoa) ja Kellokosken sairaalan kuntoutukseen erikoistunut linja. Pienistä kuntoutusyksiköistä helposti tulee potilaita säilyttäviä ja vähemmän kuntouttavia yksiköitä. Osin tästä syystä on jo aiemmin esitetty, että kuntoutuksen osalta ruotsinkielisen väestön kuntoutussairaansijat sijoitetaan Helsinkiin.

Toisena vaihtoehtona on rakentaa psykiatrinen yksikkö Raaseporin sairaalan yhteyteen. Kuntoutussairaansijat on esitetty tässä vaihtoehdossa rakennettavaksi Raaseporiin uuden yksikön

toimintaedellytysten parantamiseksi. Erityisesti tässä ratkaisussa on välttämätöntä pyrkiä siirtämään psykiatrinen avohoito kunnilta takaisin sairaanhoitoalueen tehtäväksi yksikön toimintakykyisyyden vahvistamiseksi. Päivystysratkaisut on syytä suunnitella yhteistyössä Lohjan alueen kanssa.

Esitetään vaihtoehto 2.

Raaseporin sairaalan yhteyteen rakennetaan 28 psykiatrista sairaansijaa, joka pitää sisällään kaikki aleen tarvitsemat sairaansijat nuorisopsykiatriaa lukuun ottamatta.

Lohjan sairaalan yhteyteen rakennetaan tässäkin vaihtoehdossa kahdeksan paikkaa Länsi-Uudenmaan ja Lohjan alueiden nuorisopsykiatriaa varten.

Tammiharjun lopettamisesta sairaalakäytöstä päätettäessä on syytä välittömästi aloittaa selvitys sairaalan kiinteistön jatkokäytöstä. On usein ollut pitkä ja monivaiheinen prosessi löytää käytöstä poisjääville sairaalakiinteistöille uusi käyttötarkoitus ja uusi käyttäjä Työ on aloitettava välittömästi.

Esitetään:

Tammiharjun sairaalan kiinteistön jatkokäytön selvitys aloitetaan samanaikaisesti kun päätös sairaalan lopettamisesta psykiatrisessa käytössä tehdään.

Peijas

Peijaksen sairaanhoitoalueella toteutetaan myös omavaraisuus akuuttisairaansijojen suhteen. Peijaksen vastaanotto-osasto on luultavasti raskaimmin ylikuormitettu psykiatrinen osasto sairaanhoitopiirissä. Alueelle on syytä rakentaa 22 sairaansijaa lisää. Kyseessä voisi olla uusi vastaanotto-osasto, joka olisi siten jaettu pienempiin osastoihin, mutta saman henkilökunnan hoitama ja se voisi toimia vastaanotto-osastona niin nuoriso kuin aikuispotilaillekin. Ratkaisu parantaisi olennaisesti Peijaksen sairaalan kykyä toimia akuuttipsykiatriassa ja vähentäisi tältä osin Kellokosken sairaalan käyttöä vantaalaisten ja keravalaisten potilaiden hoitoa Kellokoskella. Se ei kuitenkaan aiheuttaisi paineita pienentää Kellokosken sairaansijamäärää. Hanke liittyy Tammiharjun sairaalan alasajoon ja henkilökunta siihen saadaan sieltä eli henkilökunta ei aiheuta kustannusten lisäystä. Rakentaminen luonnollisesti aiheuttaa. Koska rakentaminen liittyy Tammiharjun alasajoon, on senkin rakentaminen sijoitetta samalla vuodelle kuin Jorvin laajennushanke eli vuodelle 2013. Koska Peijaksen sairaalan psykiatriset osastot ovat huonosti toimintaan sopivia, on uusien tilojen suunnittelun ja rakentamisen yhteydessä selvitettävä onko nykyiset psykiatriset osastotkin mahdollista korvata uudisrakennuksella.

Hyvinkään sairaanhoitoalueella on käyty keskusteluja Keravan siirtämisestä käyttämään Keski-Uudenmaan sairaanhoitoalueen psykiatrisia palveluita. Tätä mahdollisuutta ei ole esityksessäni huomioitu, mutta katson, että sillä ei olisi olennaista vaikutusta tarpeeseen rakentaa Peijakseen uusi vastaanotto- osasto, korkeintaan voitaisiin ajatella sen toteuttamista hieman pienempänä.

Peijaksen alueen nuorisopsykiatriset sairaansijat eli kaksi osastoa sijoitettiin alunperin Kellokosken sairaalaan. Myöhemmin yksi osasto (kahdeksan paikkainen) siirrettiin vanhaan teollisuuskiinteistöön Keravalle. Tilat olivat jo alunperin huonot, mutta ilmeisesti aikanaan ainoa mahdollinen ratkaisu. Tämä osasto siirretään uudisrakennuksella Peijaksen yhteyteen. Nuorisopsykiatrit ovat korostaneet, että hyvin

toimivan nuorisolle tarkoitetun sairaansijayksikön koko pitäisi olla vähintään kaksi osastoa (toki varmaan enemmänkin). Tosin Peijakseen nyt yhdessä nuoriso-osaston kanssa rakennetaan osasto lasten psykiatriaan, mutta siitä huolimatta esitetään, että Peijaksen tulisi rakentaa yksi nuoriso-osasto lisää. Psykiatrinen nuorisososasto tulisi siirtää Kellokoskelta Peijaksen yhteyteen. Siksi olisi tarkoituksenmukaista sijoittaa Vantaalle tehtävään uudisrakennukseen uusi kahdeksan paikkainen osasto nuorison tarpeisiin. Nuoriso-osasto ei mitenkään liity Tammiharjun sairaalan lakkauttamiseen. Toisaalta kun sen rakentaminen toteutetaan, on ehdottomasti huolehdittava, että samanaikaisesti Kellokoskelta lopetetaan yksi nuoriso-osasto. Millään perusteella ei voida pitää hyväksyttävänä osaston toiminnan jatkumista Kellokoskella, koska nuorisopsykiatrien mielestä sairaansijoja on jo nyt riittävästi ja Keski-Uudenmaan alueella on nuoriso-psykiatrisia sairaansijoja selvästi yli alueen oman väestön tarpeisiin. Tämä on ainoa pienennys minkä esitys sisältää Kellokosken sairaalaan toimintaan. Toteuttaminen esitetään vuodelle 2018.

Esitetään:

Peijaksen sairaalan yhteyteen rakennetaan 22 sairaansijaa käsittävä uusi vastaanotto-osasto, akuuttipsykiatrian tarpeisiin (vuonna 2013)

Peijaksen sairaalaan yhteyteen rakennetaan 8-paikkainen nuoriso-osasto, millä korvataan vastaavan kokoinen osasto Kellokosken sairaalassa (vuonna 2018)

Porvoo

Porvoon sairaanhoitoalue on koko HUS-piirin avohoitovaltaisina. Alueella on 40 sairaansijaa psykiatrian tarpeisiin. 20 akuuttisairaansijaa ja 20 kuntoutussairaansijaa. Kuntoutussairaansijat ovat alikäytetty, koska rakenteellisesti ne ovat huonosti käyttötarkoitukseen soveltuvia. Alue selviää varsin hyvin, kun käyttää osin Kellokosken palvelua nuoriso- ja akuuttipsykiatriassa ja jossain määrin Tammiharjun sairaalaa erityisesti ruotsinkielisen väestön kuntoutussairaalana. Alue ei koe tarvitsevansa lisää sairaansijoja. Toisaalta Tammiharjun sairaalan lopettaminen siirtää siellä hoidetut potilaat muualla hoidettavaksi. Tammiharjun sairaalassa on Porvoon alueen asukkaiden käytössä 1-5 sairaansijaa eli aika vähän. Porvoon alueella tulisi tehdä nykyisten toimitilojen saneeraus, jolla saataisiin kaikki sairaansijat käyttöön.

Porvoon alueelle vuonna 2002 ns. Pekkarisen työryhmä ehdotti tukeutuvan nuorisopsykiatriassa Helsinkiin. Tosiasiassa alue on tukeutunut lähinnä Kellokoskeen. Alue on selvinnyt käyttämällä Kellokosken nuorisopsykiatrisia sairaansijoja. Siksi ehdotetaan, että näin tehdään jatkossakin. Alue tukeutuu nuorisopsykiatriassa sairaansijojen osalta Helsinkiin ja Kellokoskeen.

Esitetään:

Porvoon sairaanhoitoalueella tehdään toimitilojen saneeraus, jolla saadaan kaikki sairaansijat jotka alueella on, tarkoituksenmukaiseen käyttöön (vuonna 2014)

Kellokoski

Kellokosken sairaalan kohdalla valtakunnalliset linjaukset viimeksi Mieli 2009- suunnitelma, edellyttävät sairaalan lopettamista ja korvaamista somaattisten sairaaloiden yhteyteen sijoitetuilla uusilla yksiköillä.

Tämä varmasti olisi hyvä ratkaisu ja monien toivoma, koska palvelutuotanto siirtyisi silloin kullekin alueelle lähemmäksi asiakkaita. Ratkaisu voitaisiin toteuttaa vähitellen. Siinä yhteydessä jouduttaisiin ratkaisemaan myös koko piiriä palvelevien toimintojen sijoittaminen. Näitä Kellokoskella on suhteellisen paljon. Mainittakoon vaikka vain oikeuspsykiatrisen toiminta ja vaikeahoitoisten osastot.

Tähän ratkaisuun voidaan pyrkiä milloin vain, kunhan ei Kellokoskelle tehdä uudisinvestointeja.

Ratkaisuun liittyy myös ongelmia. Tammiharjun lopettaminen aiheuttaa Uudellemaalle merkittävän uudisinvestointitarpeen, joka on syytä tehdä kerralla. Se merkitsee yli 100 sairaansijan rakentamista jo lähivuosina. Tämän esityksen mukaan vuonna 2013. Rakentamista on vaikea porrastaa, koska sairaalan loppuessa toiminnot on välttämätöntä sijoittaa muualle välittömästi. Ei tunnu realistiselta samanaikaisesti eikä pian sen jälkeenkään esittää 300 sairaansijan uudisrakentamista psykiatria HUS:n alueella.

Kun psykiatrisia sairaaloita on yhdistetty Euroopassa somaattisiin sairaaloihin, eivät kokemukset ole olleet yksinomaan positiivisia, vaan on esiintynyt hyvinkin kriittisiä kirjoituksia ja on jo taas rakennettu erillisiä psykiatrisia sairaaloita.

Kun tätä kritiikkiä tarkastelee, niin yleensä ne edut mitä on tavoiteltu, on saavutettu. Synergiaedut ja stigmatisoinnin väheneminen, toisaalta psykiatrit ovat kokeneet jääneensä vähälle resurssien jaossa ja toisaalta somaattisia sairaaloita suunnittelemaan tottuneet suunnittelijat ja sairaaloiden hallinto ei ole riittävästi oivaltanut psykiatristen osastojen erilaisia tarpeita somaattisiin osastoihin verrattuna. Psykiatriassa hoitoajat (vaikka ovatkin paljon lyhentyneet), ovat edelleen pitempiä ja potilaat päivittäin kuin somaattisilla osastoilla, ovat yleensä fyysisesti hyväkuntoisia ja erilaisiin toimintoihin pystyviä ja usein toimintaa kaipaaviakin. Erityisen selvä ongelma on kuntoutuspsykiatristen osastojen kohdalla. Ne tarvitsevat tuekseen kuntouttavia elementtejä, asumisvalmennusta, toimintaterapiaa, työtoimintaa jne. Kaikissa oikeuspsykiatrisissa yksiköissä on runsaasti erilaisia toimintamahdollisuuksia potilaille. On luultavaa, että paremmalla suunnittelulla voitaisiin välttää niitä ongelmia, jotka voivat syntyä yhdistettäessä somaattisia sairaaloita ja psykiatrista sairaanhoitoa. Mutta tätä vaikeutta voidaan pitää myös perusteena Kellokosken sairaalan säilyttämiselle suunnilleen nykyisellään. Kellokosken sairaala on paljolti erikoistunut kuntoutuksen.

Sairaalan sijainti on hyvin keskeinen. 50 km säteellä sairaalasta asuu yli miljoona ihmistä, 2/3 Uudenmaan väestöstä.

Sairaala ylläpitävä sairaanhoitoalue ei ole missään vaiheessa ollut esittämässä sairaalan alasajoa tai siirtämistä somaattisen sairaalan yhteyteen; ei itse tarvitsemiensa eikä alueellisten toimintojen osalta.

Sairaala säilytetään toiminnallisesti suunnilleen nykyisessä laajuudessaan ja sairaala erikoistuu nykyistäkin enemmän kuntoutukseen huolehtien koko Uudenmaan alueen (Helsinkiä lukuun ottamatta) kuntoutuspotilaiden sairaansijatarpeesta. Kapasiteetti pitäisi olla riittävä kun Vantaan potilaat vähenevät akuuttipsykiatriassa ja toisaalta juuri kuntoutuspsykiatriassa on mahdollisuus avohoidon parantuessa pärjätä nykyistä vähemmälläkin sairaansijoilla. Osa akuuttipsykiatrisista sairaansijoista muuttuu luonnollisesti Kellokoskella kuntoutussairaansijoiksi.

Kun sairaala huolehtii joistakin tehtävistä omaa aluettaan laajemmin, on kunkin toiminnan osalta syytä määrittää Kellokosken väestövastuualue todelliseksi eli esim. kuntoutuspsykiatrisen sairaalahoidon osalta koko Uusimaa lukuun ottamatta Helsinkiä. Vaikeahoitoisten potilaiden ja oikeuspsykiatristen potilaiden osalta koko Uusimaa mukaan lukien Helsinki. Jos sairaanhoitoalueella on oman alueensa ulkopuolisia

hoitotehtäviä, on tehtävät nähtävä väestövastuullisia eikä niin, että palveluja myydään jos oman tarpeen ylittäviä resursseja on. Kellokoskelle ei tehdä uudisinvestointeja, mutta rakennusten käyttökelpoisuudesta huolehditaan peruskorjauksin. Peruskorjaus on tehtävä sekä Ohkolan ja ns. keskitalon kiinteistöihin. Myöhemmin vuosina, on niin kuin muuallakin, pidettävä huoli kiinteistöjen kunnosta.

Esitetään:

Kellokosken sairaala säilytetään lähes nykyisessä laajuudessaan ja se toimii koko Uudenmaan kuntoutussairaalana ja oikeuspsykiatrisena sairaalana ja oman alueensa psykiatristen palvelujen lisäksi sillä on muitakin suurempaa aluetta koskevia vastuita.

Sairaalassa ei tehdä uudisinvestointeja, mutta rakennusten peruskorjaus toteutetaan tarpeellisin osin.

HYKS Psykiatriakeskus

HYKS psykiatriakeskuksessa Hesperian alueella on sairaansijoja, joiden käyttöön liittyy ongelmia. Ensinnäkin näille sairaansijoille ei ole määritelty väestövastuuta. Tämä merkitsee, että valitsevat potilaansa ja valintaperusteet eivät ole aivan selviä. Tällä en tarkoita nuorisopsykiatrisia tai vanhuspsykiatrisia sairaansijoja enkä oikeuspsykiatriaa. HUS on tehnyt Helsingin kaupungin kanssa sopimuksen, jonka nojalla osa Helsingissä sijaitsevista sairaansijoista ohjataan helsinkiläisten potilaiden käyttöön. Herää kysymys onko osalla potilaista sairaalaan ottoindikaatiot kotikuntaan perustuvia eikä lääketieteellisiä, medisiinisiä ainoastaan? Mutta sopimus on olemassa ja sitä on syytä silloin noudattaa.

Toisaalta Espoossa ja Vantaalla, missä koetaan että sairaansijoja on liian vähän, vaaditaan tasapuolista oikeutta käyttää HYKS Psykiatriakeskuksen sairaansijoja. Vaatimusta voidaan pitää perusteltuna. Toisaalta voidaan ajatella, että vaikka kaikkien alueiden asukkailla pitää olla tarjolla riittävästi sairaansijoja, ei niiden välttämättä tarvitse kaikille sijaita juuri HYKS Psykiatriakeskuksessa eivätkä sijaitsekaan.

Kaikille palvelujen tuottajille HUS- psykiatriassa tulee määrittää väestövastuualue suuremmaksi tai pienemmäksi.

Selvintä olisi, jos HYKS Psykiatriakeskuksessa olisi vain sellaisia toimintoja, joiden väestövastuualue olisi laaja, mahdollisesti koko HUS:a koskeva.

Yksi tällainen toiminta olisi ruotsinkielisen väestön kuntoutusosasto, jota ruotsinkielinen väestö koko Uudeltamaalta voisi käyttää. Tammiharjun sairaalan lopettamisen ehdotetussa ensimmäisessä vaihtoehdossa on esitetty, että ruotsinkielisten potilaiden kuntoutus ehdotetaan järjestettäväksi HYKS Psykiatriakeskuksessa. Tammiharjusta poistuu 12 sairaansijaa tähän tarkoituksen aikaisemmin käytetyistä. Siksi Voidaan HYKS Psykiatriakeskukseen tarvittaessa tehdä uudisrakennus ruotsinkieliselle kuntoutus-osastolle, kunhan sairaansijat eivät lisäänty. Jos tälle 12:ta sairaansijalle löydetään muu sijoituspaikka, HYKS Psykiatriakeskuksessa ei uudisrakennukseen ole syytä. Koko Uudenmaan sairaansijamäärän ei tarvitse tässä ratkaisussa laskea.

Neuropsykiatrinen yksikkö voisi olla tällainen samoin kuin syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut yksikkö.

HYKS Psykiatriakeskuksessa on erityisesti nuoriso-osaston tilat useassa eri rakennuksessa, joista osa ei ole alunperin tällaiseen käyttöön suunniteltujakaan. Toimitilat tulisi korvata uudisrakennuksella HYKS Psykiatriakeskuksen tai Meilahden alueella. Samassa yhteydessä tulee selvittää onko, joidenkin

muidenkin HYKS Psykiatriakeskuksen tai polikliinisten toimintojen uudisrakentamiselle tarvetta ja toteuttaa se samassa rakennuksessa. Rakennuksen suunnittelu ja rakentaminen ajoittuisi yli 10 vuoden päähän. Sairaansijat eivät lisääntyisi ja korkeintaan avohoidon henkilökunta lisääntyisi.

Edelleen HYKS Psykiatriakeskuksen vanhuspsykiatrisia sairaansijoja on vähän. Tässä selvityksessä oleva ehdotus luo tilanteen, jossa Peijaksen ja Jorvin alueella on tarvittavat vanhuspsykiatriset paikat ja HYKS Psykiatriakeskuksen paikat ovat pääasiassa Helsingin, Porvoon, Länsi-Uudenmaan ja Lohjankin käyttöön. Niitä on kovin vähän. Jos Helsinki pitää vanhuspsykiatrian HYKS:ssä, on välttämätöntä profiloida yksi nykyinen aikuispsykiatrisen osasto vanhuspsykiatria.

HYKS Psykiatriakeskuksen osalta ei tässä vaiheessa ole mahdollista pidemmälle lähteä osastoja profiloimaan ja toimintaa yksityiskohtaisemmin suunnittelemaan.

Esitetään:

HYKS Psykiatriakeskuksessa tulee kaikille palveluille määrittää väestövastuualue.

Siellä tulee suunnitella toteutettavaksi pääasiassa sellaisia toimintoja, joilla on useita alueita, mahdollisesti koko HUS:a koskeva väestövastuualue

Jotta näin voitaisiin menetellä, tulee Helsingin kaupungin ja HUS:n välinen sopimus neuvotella uusiksi.

Ruotsinkielisen väestön kuntoutusosasto sijoitetaan HYKS Psykiatriakeskukseen. Sijoittaminen voi merkitä 12 paikan lisärakennusta.

HYKS Psykiatriakeskukseen rakennetaan uusi psykiatrisen sairaala (vuonna 2023) lähinnä nuorisopsykiatrian ja polikliinisen toiminnan käyttöön. Hyks vanhuspsykiatrian pysyessä yhtenäisenä, yksi aikuispsykiatrian osasto muutetaan vanhuspsykiatrian osastoksi.

Kokonaisratkaisun eli Tammiharjun lopettamisen vaikutus sairaansijoihin

Sairaansijat eivät alueella lisäänty. Ne vähenevät hieman. Tammiharjusta poistuu 124 sairaansijaa. vastaavasti rakennetaan lisää

Vaihtoehto	1.	2.
Jorvi 34+24	58 sairaansijaa	58 sairaansijaa
Lohja	24 sairaansijaa	8 sairaansijaa
Peijas	22sairausnasia	22sairausnasia
Tammisaari (tai Lohja)	0 sairaansijaa	28 sairaansijaa
HYKS Psykiatriakeskus	12 sairaansijaa	0
Yhteensä	116 sairaansijaa	116 sairaansijaa

Vaihtoehto yksi: Länsi-Uudenmaan sairaansijat rakennetaan pääasiassa Lohjalle.

Vaihtoehto kaksi: Länsi-Uudenmaan sairaansijat rakennetaan pääasiassa Raaseporiin.

Taulukossa ei näy Lohjalle, Peijakseen ja HYKS Psykiatriakeskukseen toteutettavat investoinnit, jotka eivät liity Tammiharjun sairaalan lopettamiseen

Tammiharjun sairaalan lopettamiseen liittyvä järjestely vähentää kuusi sairaansijaa Uudenmaan kokonaissairaanhoitomäärästä. Kun Lohjan alueelta jää uudisrakennuksen toteutuessa kymmenen sairaansijaa pois, on tämän esityksen kokonaisvähennys Uudellamaalla 16 sairaansijaa.

Sairaalatoiminnan sisällön kehittäminen

Psykiatrinen sairaanhoito vuodeosastoilla on kehittynyt ja muuttunut nopeasti. Keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 1994 177,5 päivää ja vuonna 2002 73,3 päivää ja nykyisin kuntoutusosastoilla viimeksi mainittua luokka- ja akuuttiosastoilla huomattavasti lyhyempi. Esimerkiksi koko Paloniemen sairaalassa keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 2007 19,5 päivää. Osastoja on "profiloitu" eli ne ovat erikoistuneet tietyn tyyppisten potilaiden hoitoon. On otettu käyttöön uudentyyppisiä työmenetelmiä. Osastojen toiminta on jatkuvasti tehostunut. Onko näin ja missä määrin tapahtunut kaikkialla? Onko tarvetta edelleen muutoksiin? Käytössä oleva sairaansijamäärä jatkuvasti suhteessa väestön määrään vähenee, tutkimus tuo jatkuvasti käyttöömme uusia hoitomenetelmiä, toimintaympäristö muuttuu myös siten, että avohoidon ja perusterveydenhuollon hoito ja tutkimusmahdollisuudet paranevat. Olemme tilanteessa, että kehitystyön tulee vuodeosastojenkin osalta olla jatkuvaa. Käytämmekö osastohoitoa oikein? Onko hoitoja mahdollista tehostaa tai kehittää sekä mahdollisesti lyhentää? Kaikissa sairaaloissa ja kaikilla osastoilla on määräajoin tutkittava hoitoprosesseja ja vuodeosaston osuutta potilaan hoidossa. Tavoitteena osaston toiminta, joka käyttää näyttöön perustuvia hoitomuotoja mahdollisimman tehokkaasti eri potilasryhmien hoitoon. Tehokkain toiminta johtaa usein lyhentyviin hoitoihin.

Esitetään:

Psykiatristen osastojen hoitoprosessien tutkiminen ja kehittäminen toteutetaan ja sitä jatketaan kaikilla osastoilla.

Kuntoutuskodit ja palveluasunnot

Kun psykiatrista sairaalahoitoa on purettu ja sairaansijoja vähennetty, on pitkäaikaispotilaita siirtynyt huomattava määrä sairaaloista erilaisiin asumispalveluihin. Samalla erikoissairaanhoidon osuus mielenterveyspalveluiden tuottajana on selkeästi vähentynyt. Erikoissairaanhoidolla on ollut käytössään jonkin verran kuntoutuskoteja ja on vieläkin, joskin nekin ovat monessa paikassa purettu. Palveluasuntoja omistavat isoissa kaupungeissa julkishyödylliset yhteisöt ja koko maassa yksityiset yrittäjät ja kunnat. Kunnissa yleensä koetaan, että ympärivuorokautisesti valvottujen palveluasuntojen kehittäminen on sosiaalihuollon tehtävä. Suomessa tällaisia tuetun asumisen paikoilla asuu 6700 ihmistä. 2100 niistä oli ympärivuorokautisesti valvottuja. Monet ovat hyvinkin sairaalamaisia. Suurin osa on sosiaalihuollosta annetun lainsäädännön alaisia.

Isoissa asutuskeskuksissa toimii joitakin isoja säätiö- tai järjestöpohjaisia palveluasuntojen ylläpitäjiä, kuten Sopimuskoti ja Niemikoti. Niiden toiminta on laadukasta. Potilaiden tasa-arvon kannalta niihin on ongelma, että ne syntyhistoriastaan johtuen rajoittavat toimintansa isoihin kaupunkeihin. Pienet kunnat ovat kykenemättömiä aikaansaamaan vastaavia organisaatioita ja eivät siksi pysty tarjoamaan omille kuntalaisilleen yhtä hyviä kuntoutus- ja hoitomahdollisuuksia. Olisikin erittäin suositeltavaa pyrkiä ratkaisuun, joissa edellä mainitun kaltaiset organisaatiot laajentaisivat toimintaansa koskemaan nykyistä laajempaa aluetta, jopa koko Uuttamaata.

Palveluasuntojen valvonta on heikkoa. Tukiasumismuotoihin sijoittaminen tapahtuu kunnan sosiaaliviranomaisten toimesta. Entisistä psykiatrisista potilaista on tullut sosiaalihuollon asiakkaita.

Erikoissairaanhoidon tulee antaa tarvittaessa apua kunnille laitosten arvioinnissa ja valvonnassa. Edelleen erikoissairaanhoidon tulee antaa tarvittaessa apua oikeanlaisen asumispaikan valitsemiseen kullekin potilaalle. Paikkaa valittaessa ei voida edetä halvimman paikan periaatteella, vaan potilaan kuntoutustarpeen huomioivalla valinnalla. Juuri ensipsykoosin sairastanut skitsofreenikko, jonka toiminnan ohjausjärjestelmä on vaurioitunut, tarvitsee huippuasiantuntijoiden ohjausta ja oppiakseen uudelleen selviämään itsenäisestä asumisesta ja toiminnasta yhteiskunnasta ja myöhemmin kenties työllistyäkseen, perustaakseen perheen jne. Näin toimitaankin sairaalan kuntoutusosastoilla, jotka tänä päivänä ovat saaneet selvästi koulumaisia piirteitä. Toiminnan pitää ehdottomasti jatkua vahvasti kuntouttavana potilaan siirtyessä palveluasuntoon. Asunnon valitseminen tulisi tapahtua tällä perusteella. Jollekin pitkään sairastaneelle ihmiselle, jonka kohdalla on käynyt ilmeiseksi, että millään kuntouttavilla toimilla ei päästä hänen kohdallaan parempaan tilanteeseen, saattaa juuri perusturvan tarjoama asunto olla hyvä ratkaisu. Kunhan muistetaan pitää kiinni siitä, että koti on oma tasokas yhden hengen asunto.

Toiminnan kehittäminen vaatii nykyistä parempaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välillä.

Ongelmana palveluasuntojen suhteen on, että niitä ei kaikkien kuntien käytössä, ei Helsinginkään, ole riittävästi ja ihmiset joutuvat olemaan sairaalassa pitempään kuin olisi tarpeen. Olisi välttämätöntä, että tuettuja asumisratkaisuja olisi riittävästi käytössä ja ettei ketään potilasta tarvitsisi pitää sairaalassa tarvetta pitempään asunnon puutteen vuoksi. Palveluasuntojen rakentamisesta on kiistelty ja esitetty, että sairaaloiden pitäisi rakentaa tai tukea valvottujen palveluasuntojen rakentamista (12). Psykiatriset sairaalat koko alueella vastustavat tämän tyyppistä tehtävää itsellään ja katsovat, että niiden rakentaminen tai aikaansaaminen on kuntien sosiaaliviranomaisten asia. Johdonmukaisesti suurimmat kaupungit kokevat asian oman sosiaalitoimensa tehtäväksi. Eli mahdolliset toimijat ovat yksimielisiä työnjaosta. Kevyesti tuettujen palveluasuntojen halutaan olevan asutustaajamissa ja lähellä terveyskeskuksia, jotka voivat tarjota tarvittavat palvelut. Entä pitäisikö sairaaloiden ottaa tehtävä haltuunsa, jos palveluasuntoja ei ole riittävästi ja potilaat siksi ovat sairaalassa? Näin ei pidä menetellä. Sekä sosiaaliviranomaiset, että sairaaloiden johto tuntuu olevan asiasta samaa mieltä.

Toisen ongelman muodostavat hyvin vahvasti tuetut palveluasunnot. Näitä voidaan kutsua myös kotisairaaloiksi. Eli asumismuodot, joissa on ympärivuorokautinen psykiatrisen henkilökunnan antama tuki. Tuki voi olla kevyempi kuin varsinainen osastohoito. Tällainen palveluasunto inhimillisempi ja itsenäiseen asumiseen johdattelevampi asumismuoto. Ne ovat osa psykiatrista avohoitoa ja toiminta onnistuu vain psykiatrisen sairaalan yhteydessä tai lähellä. Potilaita, jotka ovat nyt psykiatrisessa sairaalassa, mutta jotka tulisivat toimeen tällaisessa vahvasti tuetussa mutta sairaalaosastoa kevyemmässä hoitomuodossa, on selkeästi olemassa psykiatrisissa sairaaloissa. Jokaisen sairaanhoitoalueen, varsinkin alueen, jolle rakennetaan sairaansijoja, tulee osoittaa miten

tämäntyyppinen sairaalahoidon ja avohoidon väliin tuleva hoitomuoto on heidän alueellaan järjestetty tai aiotaan järjestää. Sairaanhoidon alue on joka tapauksessa osapuoli tässä toiminnassa, koska psykiatrinen tuki palveluasuntoihin on useimmiten sen järjestettävä ja toisaalta juuri psykiatrinen toimija takaa vahvan kuntoutuksellisen otteen säilymisen toiminnassa. Psykiatrinen sairaalakin voi olla aktiivinen tällaisen toiminnan kehittämisessä, jota voidaan pitää osana kehittyvää avohoitoa. On vähemmän tärkeää kuka omistaa kiinteistöt, sairaanhoitopiiri, kunta tai Y-säätiö tai joku muu, kunhan toimintaa syntyy potilaiden parhaaksi.

Jos toimintaa kehitetään muiden omistamassa kiinteistössä ja sillä korvataan sairaansija, ei toiminta aiheuta lisäkuluja sairaanhoitopiirille. Jos toimintaa käytetään vähentämään väestökasvun mukanaan tuomaa sairaalahoidontarvetta, toiminnasta aiheutuu lisämenoja, mutta silloin henkilökunta sisältyy avohoitoa tekevään henkilökuntaan, jonka lisäystä olen muualla esittänyt.

Vastaava tarve on olemassa myös nuorisopsykiatriassa.

Esitetään:

Jokaisella sairaanhoito-alueella kehitetään osana avohoitoa, vahvasti psykiatrisilla palveluilla tuettuja palveluasuntoja

Nuorisopsykiatria

Sairaansijojen osalta on nuorisopsykiatrian kehityslinjoja tarkasteltu aiemmin. Sairaansijojen lisäystä ei pidä tapahtua millään perusteella. Sairaansijoja esitetään rakennettavaksi somaattisten sairaaloiden yhteyteen Peijakseen ja Lohjalle, mutta ne korvaavat sairaansijoja muulla ja on ehdottomasti kytkettävä vastaavaan paikkojen vähenemiseen muualla. HYKS Psykiatrikeskuksen hajanaiset toimitilat esitetään myöhemmin yli 10 vuoden päästä korvattavaksi uudisrakennuksella. On esitetty, että yksi Kellokosken osastoista muutettaisiin vaikeahoitoisten osastoksi. Tällöin kotiutettaisiin nykyistä hoitoa Tampereelta ja Kuopiosta. Esitys on hyvä ja niin tulee tehdä, mutta alueen kokonaissairaansijamäärää lisäämättä. Myöskin Kellokosken alueen omaa esitystä, että muutoksen jälkeen "Kellokosken nuorisopaikat tarvittaisiin tämän jälkeen alueen oman väestön käyttöön ja muille alueille ei voitaisiin palveluja enää antaa": ei voida pitää onnistuneena. Kellokoskella on neljä nuoriso-osastoa. Oma laskennallinen tarve on alle kaksi osastoa. Jos vaikeahoitoisten osastolla on joku tai joitain omalta alueelta, se edelleen vähentää oman alueen paikkatarvetta. Laskennallisesti Kellokoskelta voidaan siirtää myöhemmin vielä yksi osasto Peijaksen sairaalan yhteyteen ja silti pitäisi jäädä kapasiteettia hoitaa Porvoon alueen nuorisopsykiatrian osastohoito- tarpeet.

Sairaalahoidossa on tarpeen käydä hoitoprosesseja vuodeosastoilla. Nuorisopsykiatriassa keskimääräiset hoitoajat eivät ole aivan niin paljon lyhentyneet kuin aikuispuolella ja ne vaihtelevat.

Päähuomio toiminnan kehittämisessä tulee olla avohoidossa, johon tarvitaan jatkossa lisäresursseja koko alueenkin osalta. Vaikein on tilanne Peijaksen alueella. Avohoidon mitoituksen osalta antaa ns. Pekkarisen työryhmä hyvät lähtökohdat. Kuitenkin siellä esitetty ajatus, että avohoidon lisästarve on esitetty työryhmien (viisi jäsentä/ryhmä) määrinä ei ole kaikin osin hyvä. Se antaa oikean mittasuhteen tarvittavasta henkilölisäyksestä, mutta johtaa helposti ajatukseen, että avohoidon kehittämisessä olisi kysymys pelkästään nykyisen tai mahdollisesti vuoden 2002 toiminnan monistamisesta. Myös

nuorisopsykiatriassa on tarpeen tutkia avohoidon prosesseja yhdessä perusterveydenhuollon kanssa ja kehittää avohoidon sisältöä näyttöönperustuviin menetelmiin ja vastaamaan paremmin nykyisen toimintaympäristön haasteisiin. Tällainen tarkastelu voi johtaa eri henkilökuntaryhmien erilaiseen lisäystarpeeseen. Kaikkia viittä työryhmän jäsentä ei kenties tarvitakaan yhtä paljon

Aikuispsykiatrian tavoin nuorisopsykiatria yleensä on syytä keskittää noin 100.000 asukasta palveleviin perusyksikköihin ja samoihin paikkoihin kuin aikuispsykiatria. Nuorisopsykiatria muodostaa oman prosessilinjansa. Peijaksen alueella tämä merkitsee polikliinisen toiminnan keskittämistä itäiseen ja läntiseen yksikköön ja Jorvin alueella pohjoiseen ja eteläiseen yksikköön.

Nuorisopsykiatriassa on kaikkialla, mutta erityisesti HYKS alueelta hyvin selkeät ja hyvin perustellut kehittämissuunnitelmat. Esitykset ovat hyvin perusteltuja ja toiminta järkevää. Ongelmat nähdään selkeästi ja niihin esitetään hyvät kehitysehdotukset, joita on kaikkia syytä tukea.

Avohoidossa ongelmallista on terveyskeskusten osuuden lisääminen nuorisopsykiatriassa. Kasvava kysyntä tiedon lisääntyessä ja stigman vähentyessä kohdistuu juuri avohoitoon. Apua haetaan yhä herkemmin. Nuorisopsykiatria on koko alueella ja maassakin toiminut "matalan kynnyksen" periaatteella. Jos jokin lähete on tarvittu, on se ollut kouluterveydenhoitajan lähete. Suurelta osin on toimittu ajatuksella, että kaikki nuorison psyykkiset ongelmat tulevat nuorisopsykiatrille. Tämä on hyvä, mutta johtaa helposti nuorisopsykiatristen poliklinikoiden ylikuormitukseen ja kykenemättömyyteen vastata kasvavaan kysyntään. Tämäkin asia on nuorisopsykiatrien hyvin oivaltama. He ovat yhteistyössä terveyskeskusten kanssa lähteneet kehittämään terveyskeskukseen ns. matalan kynnyksen vastaanottoja toimimaan nuorison ensivastaanottopisteinä. Tämä on hyvä, oikean suuntainen ratkaisu, mutta voi sisältää ongelmankin. Se on signaali kaikille muille terveyskeskuksessa, että nuoriso ei kuulu meille vaan nuoriso menee omalle erityisvastaanotolleen.

Päihdehuollon ja nuorisopsykiatrian yhteistyötä kehitetään ja mahdollisesti jossain toiminnot yhdistetään.

Valtakunnallisesti on esitetty, että nuorisopsykiatrian ikäraja muutettaisiin siten, että vasta 23-vuotiaat siirtyisivät aikuispsykiatrian puolelle. Kun on havaittu, että resurssissa hoitaa tehtävä voi tulla ongelmia, on todettu että toistaiseksi se ei vaikuta mitään hoitopaikkoihin. Alunperin on ajateltu, että siirto on todellinen (14). Nuorisopsykiatristen palvelujen, myös avohoidon mitoitusperusteena on käytetty 18 vuoden rajaa. Rajan siirtäminen 23:een toisi neljä tai viisi uutta ikäluokkaa nuorisopsykiatrian hoidettavaksi. Ne ovat ikäluokkia, joihin osuu tärkeimpien psykoottisten sairauksien puhkeamishuippu. Nuoriso-psykiatriassa avohoito koetaan nykyin täysin riittämättömäksi. Olisiko todella kapasiteettia ottaa nämä ihmiset hoitoon nuorisopsykiatrian poliklinikalle? Tällaisia siirtoja ei pidä tehdä ennen kuin on selvitetty niihin tarvittavien resurssien tarve ja nuorisopsykiatrian kyky ottaa vastaan lisääntyneitä tehtäviä. Sairaalassa osastomuutokset ovat helpompia, mutta ikärajan muutoksen toteutus esim. Kellokosken sairaalassa merkitsisi noin kahden aikuisosaston muuttamista nuoriosastoksi. Jos tällaisia uusia ikärajauksia otetaan käyttöön, on ne otettava käyttöön vuosi kerrallaan asteittain ja huomioiden hoitoresurssit.

Esitetään:

- 1. Nuorisopsykiatriassa ei lisätä sairaansijoja**
- 2. Entisiä sairaansijoja korvataan uudisrakennuksin Peijaksessa ja Lohjalla**
- 3. Kellokosken sairaalan yksi nuoriso-osasto muutetaan vaikeahoitoisten nuorten osastoksi.**
- 4. Avohoito keskitetään isompiin yksiköihin (1/100.000 ihmistä), joista käsin toki voidaan lähipalveluja hoitaa.**
- 5. Avohoitoa kehitetään lisäresurssein ns. Pekkarisen työryhmän suuntaviivojen mukaan.**
- 6. Perusterveydenhuollon kykyä vastata nuorisopsykiatriisiin kysymyksiin parannetaan.**
- 7. Päihdehuollon ja psykiatrian välistä yhteistyötä kehitetään.**
- 8. HYKS Psykiatriakeskukseen rakennetaan nuorison (vuonna 2012) psykiatrinen sairaala, johon kootaan eri hajallaan olevat toimipisteet**

Aikuis- ja vanhuspsykiatria

Aikuispsykiatrian keskeiset kehityslinjat on käsitelty edellä niin avohoidon kuin sairaansijojenkin osalta.

Vanhuspsykiatria on suurien haasteiden edessä. Yli 65-vuotiaiden nykyinen määrä Uudellamaalla on 195.000 henkeä. Kasvua vuoteen 2030 mennessä 375.000 eli määrä kaksinkertaistuu ja tästä vielä nykyinen yli 75-vuotiaiden määrä 85.000 nousee 198.000 eli melkein 2,5 kertaistuu. Muutos on huima. Kehityksen mukanaan tuomia vaikeuksia on vaikea kaikin osin ennakoida ja on luultavaa, että tulevaisuudessa on välttämätöntä selvittää HUS- piirissä erikseen vielä vanhuspsykiatristen palvelujen. 1990- luvulla asumispalveluiden kasvun ohella oli psykiatrisen diagnoosin omaavien potilaiden siirtyminen psykiatrian erikoisalain sairaaloista muihin kunnallisiin sairaaloihin. Vuonna 1998 selvästi alle puolet psykiatristen potilaiden hoitopäivistä toteutui psykiatrian erikoisalalla. Valtaosa muissa kuin psykiatrisissa sairaaloissa hoidetuista potilaista, sairasti dementiaa tai muuta vanhuuden mielenterveydenhäiriötä. Psykiatrissa rakennemuutosta ovat ilmeisesti ohjanneet taloudelliset intressit. Etenkin vanhemmille potilaille etsittiin sairaalahoitoa korvaavia halvempia hoitopaikkoja. Ongelmana on, että esimerkiksi dementiapotilaiden hoidossa joudutaan todellisuudessa soveltamaan vapauden rajoituksia vaikka hoito ei tapahdu psykiatrisessa laitoksessa.

Vanhusten määrän lisääntyessä ja myös heidän psyykkisten ongelmiansa hoidon tarpeen kasvaessa, nopeasti ei liene ole reaalaisia mahdollisuuksia muuttaa nykyistä hoitoasetelmaa.

Silloin tulevaisuudessakin vanhuspsykiatriset potilaat, jotka eivät ole kotonaan, ovat jossain muussa laitoksessa kuin psykiatrisessa sairaalassa. Osin tämä on luonnollistakin, koska vanhuspotilaat ovat usein sairaalassa tai hoitolaitoksessa muista kuin psykiatrisista syistä, vaikka heillä olisikin myös jokin psykiatrinen sairaus.

Tästä seuraa, että psykiatriset sairaalat varaavat vain suhteellisen vähän hoitopaikkoja vanhusväestön tarpeisiin ja ne paikat toimivat potilaiden tutkimis- ja selvittelypaikkoina ja neuropsykiatristen potilaiden tutkimus- ja hoidon selvittelypaikkoina. Vanhusväestön käytössä olevaa paikkamäärää on tietysti vanhusväestön lisääntyessä nostettava. Sen voisi arvioida kaksinkertaistuvan vuoteen 2025 mennessä. Paikat tulee saada aikuispsykiatrian paikoista kokonaispaikkalukua lisäämättä.

HYKS Psykiatriakeskuksen vanhuspsykiatriset paikat ovat vähäiset ja jos Helsinki ei ota vanhuspsykiatriaa hoitaakseen, on HYKS Psykiatriakeskuksessa yksi aikuisosasto muutettava vanhuspsykiatriseksi osastoksi.

Tästä asetelmasta seuraa myös, että vanhuspsykiatria on paljolti konsultaatiopsykiatriaa. Tarvitaan hyvin toimivat, riittävästi miehityt psykiatrian poliklinikat ja avohoidon lisäresursseista on osa kohdistettavissa tähän toimintaan. Psykiatrian poliklinikoiden on tuettava konsultoiden kaikki niitä koteja, hoitokoteja, vanhainkoteja, terveyskeskuksia ja yleissairaaloita, joissa hoidetaan vanhuksia joilla on psykiatriasiakin ongelmia.

Vanhuspsykiatrian tärkeys psykiatrian osa-alueena kasvaa vahvasti ja olisi hyvä tukea vanhuspsykiatristen kysymysten esille tuontia lääkärikoulutuksessa ja kehittää vanhuspsykiatriaan liittyvää tutkimustoimintaa. Pidän tärkeänä että yliopistoon perustettaisiin vanhuspsykiatrian professorin virka. Tätä on vastustettu sillä perusteella, että vanhuspsykiatria ei ole oma erikoisalansa. Mutta ei lääketieteessä eikä psykiatriassakaan professoreita ole nimitetty aikaisemmin pelkästään erikoisalajaon mukaisesti.

Esitetään:

- 1. Vanhuspsykiatriassa säilytetään nykyisen tyyppinen hoitoasetelma ja erikoissairaanhoidon varataan rajallisesti sairaansijoja ehkä tasoa 10 sairaan sijaa /100.000 asukaista kohden riippuen luonnollisesti väestön ikärakenteesta.**
- 2. Kaikissa sairaanhoitoalueilla tulee olla hyvin toimiva konsultaatioita antava vanhuspsykiatrian poliklinikka**
- 3. HUS tukee ja on aloitteellinen vanhuspsykiatrian professorinviran perustamiseksi yliopistoon.**

Oikeuspsykiatria

Oikeuspsykiatrinen toiminta on jo suurelta osin keskitetty Kellokosken sairaalaan. Keskittämistä on syytä jatkaa eli oikeuspsykiatrinen toiminta HYKS Psykiatriakeskuksesta Helsingistä on syytä keskittää Kellokoskelle. Se merkitsee, että yliopistollinen opetuskin oikeuspsykiatrian osalta siirtyy Kellokoskelle. Kellokoskella toimii jo oikeuspsykiatrinen poliklinikka ja Helsingissä voi olla hyvä olla myös oikeuspsykiatrian poliklinikka, siksi paljon potilaita on pääkaupungista.

Oikeuspsykiatrisen poliklinikka toiminnan kannalta olisi erinomaisen tärkeätä saada aikaan lainsäädäntö velvoitteellisesta avohoidosta

Esitetään:

Oikeuspsykiatrinen toiminta siirtyy kokonaisuudessaan Kellokoskelle. Helsinkiin jää vain oikeuspsykiatrian poliklinikka.

Sairaanhoitoalueita koskevat toimenpide-ehdotukset:

Vaikeahoitoiset potilaat

Vaikeahoitoisten potilaiden hoito keskittyy Kellokoskelle, koska siinä on samankaltaisuuksia oikeuspsykiatrian kanssa. Myöskin nuorisopsykiatrian osalta samantyyppinen keskittyminen on tarpeen.

Eri sairaanhoitoalueet

Lohjan sairaanhoitoalue

1. Rakennetaan 50 uutta sairaansijaa avohoidon ja päihdehuollon tilat (vuonna 2010)
2. Rakennetaan 8:n sairaansijan nuoriso-osasto (vuonna 2013)
3. Rakennetaan mahdollisesti 16 paikkaa Länsi-Uudenmaan tarpeisiin (vuonna 2013)
4. Uudistetaan avohoidon sisältö ja avohoidon palveluja lisätään
5. Avohoito keskitetään yhteen yksikköön, josta käsin ylläpidetään myös tarpeelliset lähipalvelut
6. Selvitetään vahvasti tuetun asuntolan rakentaminen
7. Uudistetaan hallintoa prosessiorganisaation suuntaan.
8. Yhdistetään psykiatrinen erikoissairaanhoito ja päihdehuolto

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

1. Tammiharjun sairaala lopetetaan
2. Vastaavat tilat omaan käyttöön rakennetaan joko Lohjalle, Tammisaareen tai osin Helsinkiin
3. Avohoito pyritään koko alueella saamaan sairaanhoitoalueen toiminnaksi
4. Avohoidon uudistus toteutetaan
5. Avohoidon palveluja lisätään

Jorvin sairaanhoitoalue

4. Akuuttisairaansijoja rakennetaan 34 sairaansijaa (vuonna 2013)
5. Vanhuspsykiatrisia sairaansijoja rakennetaan 24 (vuonna 2013)
6. Uudistetaan avohoito koskien aikuis-, nuoriso- ja vanhuspsykiatria osalta ja avohoidon palveluja lisätään
 - Avohoito erikoistuu
 - 1. psykoosi- ja kuntoutuslinjaan
 - 2. Mielialahäiriölinjaan ja
 - 3. Akuutti- ja kriisilinjaan

7. Avohoito keskittyy pohjoiseen ja eteläiseen poliklinikka, joista käsin huolehditaan tarpeellisista lähipalveluista
8. Selvitetään vahvasti tuetun asuntolan rakentaminen
9. Toteutetaan prosessiorganisaatio HYKS-alueella
10. Puuttuvien kuntoutuspaikkojen suhteen tukeudutaan Kellokoskeen

Hyvinkään sairaanhoitoalue

1. Sairaalan toiminta jatkuu entisen kokoisena
2. Erikoistuu nykyistäkin enemmän kuntoutukseen
3. Avohoidon uudistusta jatketaan ja laajennetaan
4. Oikeuspsykiatrinen toiminta siirtyy kokonaan Kellokoskelle
5. Hoitavat keskitetysti vaikeahoitoisia potilaita
6. Ei uudisrakennuksia, mutta sekä Ohkolan että Keskitalon kiinteistöt peruskorjataan
7. Yksi nuoriso-osastoista muutetaan vaikeahoitoisten nuorten osastoksi
8. Yksi nuoriso-osasto siirtyy Peijakseen vuonna 2028
9. Kaikille toiminnoille määrätään toiminnan luonteeseen kuuluva väestövastuualue
10. Psykiatrinen tuloksikkoo liitetään Hyksiin.

Peijaksen alue

1. Peijaksen sairaalan yhteyteen rakennetaan 20 sairaansijainen uusi vastaanotto-osasto
2. Rakennetaan uusi Kellokoskelta siirtyvä nuoriso-osasto 8 sairaansijaa (vuonna 2013)
3. Uudistetaan avohoitoa ja avohoidon palveluja lisätään
Avohoito erikoistuu
 - 1. psykoosi ja kuntoutuslinjaan
 - 2. Mielialahäiriölinjaan ja
 - 3. Akuutti - ja kriisilinjaan
4. Avohoito keskittyy läntiseen ja itäiseen poliklinikka, joista käsin huolehditaan tarpeellisista lähipalveluista
5. Hyvin toimivan kuntoutuskeskuksen toiminta uudistetaan avohoitouudistukseen yhteydessä väestövastuulliseksi psykoosi- ja kuntoutuslinjaksi
6. Selvitetään vahvasti tuetun asuntolan rakentaminen
7. Toteutetaan prosessiorganisaatio HYKS-alueella.
8. Puuttuvien kuntoutuspaikkojen suhteen tukeudutaan Kellokoskeen.

HYKS Psykiatriakeskus

1. Kaikille palveluille määritetään väestövastuualue
2. Pyritään toimintoihin, joilla väestövastuu on useita alueita, mahdollisesti koko Hussia koskeva
3. Helsingin kaupungin ja HUSsin välinen sopimus neuvotellaan uusiksi. Ruotsinkielisen väestön kuntoutusosasto sijoitetaan HYKS Psykiatriakeskukseen. Sijoittaminen voi merkitä 12 paikan lisärakennusta
4. HYKS Psykiatriakeskukseen rakennetaan uusi psykiatrinen sairaala (vuonna) lähinnä nuorisopsykiatrian ja polikliinisen toiminnan käyttöön

5. Hyks vanhuspsykiatrian pysyessä yhtenäisenä yksi aikuispsykiatrian osasto muutetaan vanhuspsykiatrian osastoksi.
6. Toteutetaan prosessiorganisaatio HYKS-alueella

Helsinki

1. Helsinki järjestää jatkossakin psykiatriset palvelut kaupungin toimesta
2. Helsinki harkitsee vanhuspsykiatriankin ottamisesta omaksi toiminnakseen
3. Suunniteltua yhteistyötä pyritään parantamaan entisestään

Esityksen vaikutus Yliopistolliseen opetukseen

HYKS on yliopistollinen sairaala ja siellä on koko HYKS:n olemassaolon ajan annettu psykiatrasta opetusta lääkäreiksi opiskeleville, psykiatreiksi erikoistuville ja erälle muillekin opiskelijaryhmille. Yhteistyö yliopiston kanssa on tärkeää, jotta opetustyö voisi sujua mahdollisimman hyvin. Mikään tehtävä ratkaisu ei saisi huonontaa yhteistyötä ja koulutusmahdollisuuksia. Tässä selvityksessä esitetyillä ratkaisuilla on jossain määrin vaikutuksia psykiatriseen opetukseen.

1. Se merkitsee oikeuspsykiatrian opetuksen siirtymistä ainakin pääosin Kellokoskelle
2. Se merkitsee HYKS Psykiatriakeskuksen potilasaineiston kapenemista joiltain osin entisestään
3. Peijaksen ja erityisesti Jorvin psykiatrinen toiminta laajenee tarjoten lisämahdollisuuksia opetustoiminnalle

Muutosten vaikutuksia voi ajatella Yliopiston kompensoivat

1. Lisäämällä Helsingin kaupungin palvelujen opetuskäyttöä. Helsinki vaikuttaa olevan valmis tähän
2. Lisäämällä Jorvin ja Peijaksen alueen palvelujen käyttöä opetukseen

Muutoksia toiminnassa tehdessä, on yhteistyössä yliopiston kanssa sovittava koulutukseen liittyvistä asioista.

Muutosesitysten kustannusvaikutukset

Investoinnit merkitsevät huomattavaa kustannuserää. Ajoittuvat lähes kaikki samalla vuodelle tai läheisille vuosille. Tämä johtuu siitä, että Tammiharjun sairaalaa lopettaessa on taloudellisinta lopettaa toiminta siellä koko kokonaan kerralla. Asteittainkin voidaan edetä, mutta pienen erillisen psykiatrisen sairaalan ylläpito on vaikeaa ja kallista. Lisäksi Lohjan sairaalan pitkään vireillä ollut investointi on syytä toteuttaa välittömästi, sen verran huonokuntoinen on Paloniemen sairaalakiinteistö.

Tammiharjun sairaalan lopettamisesta seuraavat investoinnit on tässä esityksessä merkitty vuodelle 2013. Riippuen HUS:n muista investointitarpeista, voi vuosi toki olla 2014 tai 2015 tai jotain muuta. Olennaista on, että onnistuakseen on rakentamiset välttämätöntä toteuttaa samanaikaisesti ja päätös tehtävä mahdollisimman aikaisin.

Kaikkiin sairaala investointeihin on laskettu "poliklinikkalisä", millä tarkoitetaan, että esitetty kustannusarvio sallii rakentaa niin haluttaessa jonkin verran polikliinisia tiloja sairaalainvestoinnin kylkeen.

Kiinteistöjen peruskorjauksista syntyviä kustannuksia ei ole huomioitu, koska ne eivät pääosin johdu tässä esitetyistä toimenpiteistä, vaan kiinteistöt tulee pitää kunnossa joka tapauksessa.

Tammiharjun sairaalan tilalle rakennettavat kiinteistöt eivät ole pelkästään negatiivinen kustannuserä. Kun ne suositetaan, säästytään Tammiharjun kiinteistöjen peruskorjauksilta ja ylläpidosta. Vaikka monet rakennukset on siellä peruskorjattu, on päärakennus heikohkossa kunnossa. Tammiharjun kiinteistöistä, rakennuksista ja maa-alueesta on saatavissa ainakin jonkinlainen korvaus. Tämä omalta osaltaan pienentää investointikustannuksia. Joskin kovin helppoa ei uusiokäytön löytäminen varmaan ole.

Käyttökustannuksiin ei sairaansijarakentamisella ole nostavaa vaikutusta. Sairaansijojia ehdotetaan rakennettavaksi hieman vähemmän kuin Tammiharjusta poistuu. Tämäkään ei aiheuta kokonaistaloudellisia säästöjä, koska osa henkilökunnasta vain siirtyy avohoidon puolelle. On myös todennäköistä, että uudet kiinteistöt ovat energiasäästävämpiä kuin vanhat ja toiminta on paremmin suunniteltua ja tästä syystä toiminta niissä muodostuu edullisemmaksi kuin vanhoissa kiinteistöissä.

Suunnittelujakson loppupuolelle on esitetty rakennettavaksi Helsinkiin uusi psykiatrinen sairaala. Helsingissä somaattinen sairaala toisensa jälkeen on uusittu ja lähes kaikki erikoisalat toimivat ainakin osin uusissa tiloissa tai niitä rakennetaan tai suunnitellaan rakennettavaksi. Psykiatria kolmanneksi suurimpana erikoisalana toimii vanhoissa kiinteistöissä. Vanhimmissa kiinteistöissä, joista osa ei alunperin ole lainkaan tähän tarkoitettu. Siksi on tarkoituksenmukaista yhdistää useita pieniä tiloja ja rakentaa uusi psykiatrinen sairaala, ainakin nuorisopsykiatrian tarpeisiin.

1. Eri rakennusten kustannukset on arvioitu 2200€ rakennettavalle neliömetrille.	
2. Lohjan sairaalan rakentaminen psykiatristen tilojen osalta	12-13 milj.€
3. Peijaksen sairaala 22 sairaansijaa	4,5 milj. €
4. Jorvin sairaala 34 sairaansijaa	7,3 milj. €
5. Jorvin sairaala vanhuspsykiatria 24 sairaansijaa	4.4 milj. €
6. Lohjan sairaala 16 sairaansijaa Länsi-Uudenmaan tarve	4 milj. € (vaihtoehto 5A)
7. Lohjan sairaala 8 sairaansijaa nuoriso-osasto	1,6 milj.€
8. HYKS Psykiatriakeskus 11 kuntoutussairaansijaa ruotsink. LUM	2,2 milj. € (vaihtoehto 5A)
9. Raaseporin sairaala 30 sairaansijaa	5,5 milj. € (vaihtoehto 5B)
10. Nuoriso-osasto Peijas	1,7 milj. €
11. HYKS Psykiatriakeskus 50 sairaansijaa	9 milj.€

Lohjan sairaalan rakentaminen ja Tammiharjun sairaalan lopettamiseen liittyvä rakentaminen ovat yhteensä noin 30-32 milj.€ riippuen hieman minkälaisia ratkaisuja valitaan. Summa ei vastaa edellä olevien hankkeiden yhteenlaskettua arvoa, koska jotkut niistä ovat vaihtoehtoja. Ongelmallista on, että kaikki pitäisi tehdä kerralla, jotta Tammiharjun lopettaminen sujuisi luontevasti. Nuoriso-osaston siirto (10) ja HYKS Psykiatriakeskuksen 50 sairaansijaa ovat erillisiä asioita.

Avohoidon osalta kustannusvaikutukset ovat toiminnan laajenemisen vuoksi merkittäviä. HUSin avohoidon kustannukset ovat, kun lastenpsykiatria lasketaan luvuista pois, noin 45 miljoonaa euroa. Jos toimintaa lisätään 20 %lla aiheutuu noin 9 miljoonan euron kustannusten lisäys, joka ehdotetaan toteutettavaksi 10 vuoden aikana, jonkin verran etupainotteisesti. Keskimäärin avohoidon volyymia kasvatettaisiin siten, että nykyinen volyymi lisääntyisi 2 % prosentilla vuodessa eli noin 1 milj/ vuosi. Lisäykset on pääosin syytä tehdä sen jälkeen kun avohoitouudistaminen on toteutettu. Sisällön uudistamista voi kannustaa sijoittamalla ensiksi lisäresursseja alueille, jotka sen jo ovat suosittaneet.

Kirjallisuusviitteet:

1. Policies and practices for mental health in Europe , EU ja WHO 2008
2. Psykiatrinen sairastavuus ja hoito Suomessa, Jouko Lönnqvist luentomateriaalia 2006
3. Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola, Stakes 2008
4. Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään, Jukka Kärkkäinen, Stakes tutkimuksia 138, 2004
5. Taipale V, Mielenterveyspalveluselitys, sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 20.Helsinki 1996
6. Väestötietojen lähde, tilastokeskuksen ennuste 2007
7. Selvitys Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueen psykiatrisen terveydenhuollon järjestämisestä. Seppo Tuomola 2005
8. Mieli 2009-kansallinen mielenterveys ja päihdeohjelma, STM 2008
9. Juhani Solantaus ,2000
10. Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005-2006, Socialstyrelsens uppföljning, 2007
11. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmän kehittämissuunnitelma työryhmäraportti , 2002
12. Mielen sairaut ja palveluasunnot, Ilkka Taipale 199
13. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008-2011, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008
14. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. Nuotta-projektin loppuraportti 2003.

Luettelo tapaamistani henkilöistä selvitystyön aikana

Appelberg Björn, professori

Astala Liisa, johtava ylihoitaja, Lohja

Blomberg Ari-Pekka, johtava psykologi, Jorvin sairaala

Carlberg Kari, vastaava toimintaterapeutti, Jorvin sairaala

Dahlberg Birgitta, HUS hallituksen jäsen

Gripenberg-Gahmberg Marianne, Sairaanhoidopiirin johtaja, Länsi-Uudenmaan sairaanhoidopiiri

Eerola Aino, sosiaali- ja terveysjohtaja Hyvinkää

Joffe Grigori, tulosyksikön johtaja, HYKS psykiatrian toimiala

Heinänen Tuula, terveysjohtaja Espoo

Helin Ritva, akuuttipsykiatrian apulaisyliääkäri, Porvoo

Hemmi Antti, ylilääkäri Peijaksen sairaala

Holopainen Antti, ylilääkäri Järvenpään sosiaalisairaala

Holi Matti, ylilääkäri Kellokosken sairaala

Hosia Pekka, johtava ylilääkäri, Porvoon terveyskeskus

Hottinen Anja, ylihoitaja, nuorisopsykiatria Peijaksen sairaala

Huttunen Jussi, professori

Häivä Jukka, ylilääkäri, Jorvin sairaala

Isometsä, Erkki, professori

Järvensivu, Raija vastaava sosiaalityöntekijä, Jorvin sairaala

Kantonen Riitta- Liisa, ylilääkäri, Tammiharjun sairaala

Kapanen Marja, lääninlääkäri, Kouvola

Kekkonen Raimo, lääkintöneuvos, sairaanhoitoalueen johtaja, Lohja

Kokkonen Paula, kaupunginjohtaja, Helsinki

Kontio Raija, ylihoitaja, tulosalueen varajohtaja, Kellokosken sairaala

Korpinen Katri, ylilääkäri, Tammiharjun sairaala

Kupias Päivi, johdon sihteeri, HYKS Psykiatriakeskus

Kylänpää Ari, osastonhoitaja, Jorvin sairaala

Laankoski Tapani, aluepoliklinikoiden vs. apulaisylilääkäri, Porvoo

Laine Ritva, ylilääkäri , nuorisopsykiatria Jorvi

Laitinen Jarmo, avohoidon ylilääkäri, Lohja

Lang Sune, sairaanhoitoalueen johtaja, Porvoo

Latvala Max, vastaava psykologi, Porvoo

Leinonen Hanna Leena, ylihoitaja, Porvoo

Leppänen Marja Leena, ylihoitaja , Lohja

Henno Ligi, ylilääkäri, tuloalueen johtaja, Tammiharjun sairaala

Lindberg Nina, Ylilääkäri , nuorisopsykiatria HYKS

Lähteenlahti Yrjö, ylilääkäri, Peijaksen alue

Lönnqvist Jouko, professori

Marttunen Mauri, professori, Nuorisopsykiatria

Metso Juha, peruspalvelujohtaja, Espoo

Moilanen Kari, ylilääkäri , nuorisopsykiatria Helsinki

Moisio Riitta-Liisa, ylilääkäri, Tammiharjun sairaala

Murto Lasse, johtaja , A-klinikkasäätiö

Mäkinen Seppo, nuorisopsykiatrian ylilääkäri

Mämmälä Eero, hallintojohtaja, Lohja

Nordström Martina, kuntoutuspsykiatrian apulaisylilääkäri

Nyholm Runa, ylilääkäri, Tammiharjun sairaala

Paavola Markku, ylilääkäri, Porvoo

Paavolainen Ilpo, apulaisylilääkäri, Jorvin sairaala

Papp Krista, ylilääkäri, nuorisopsykiatria Kellokoski

Peltola Esa, apulaisylilääkäri, Jorvin sairaala

Pesonen Maritta, perhepalvelujohtaja, Vantaa

Pirkola Sami, ylilääkäri, HYKS Psykiatriakeskus

Puhakka Minna , psykologi, Lohja

Puttonen Hannu, toimitus Y-säätiö

Priha Anne, investointi- ja kehitysjohtaja, HUS

Prihti Aatto, HUS hallituksen puheenjohtaja

Rantala Erkki, HUS hallituksen varapuheenjohtaja

Riipi Anneli, vastaava toimintaterapeutti, Porvoo

Rintamäki Teija, ylihoitaja, nuorisopsykiatria HYKS

Roine Mikko, ylilääkäri, Jorvin sairaala

Rouvala Christina, ylihoitaja, Peijaksen sairaala

Saarela Tuula, johtava ylilääkäri, Helsinki

Saari Asko, sairaanhoitoalueen johtaja, Hyvinkää

Savolainen Kirsi, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, Vantaa

Savolainen Pirkko, taloussuunnittelija, HYKS Psykiatriakeskus

Sailas Eila, ylilääkäri, Kellokosken sairaala

Salminen Jukka T., kaupunginjohtaja, Vantaa

Sjöblom Jack, psykiatrian henkilökunnan edustaja, Porvoo

Solantaus Juhani, ylilääkäri

Pertti Soveri, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, Porvoo

Pehr Sveholm, tulostuotannon johtaja, Porvoo

Taipale Ilkka, HUS hallituksen jäsen

Taipale Vappu, pääjohtaja

Timonen Pirkko A, taloussuunnittelija, HYKS Psykiatriakeskus

Toivola Matti, terveyskeskuksen johtaja, Helsinki

Tuominen Juha, johtava lääkäri, HUS

Turpeinen Leena, ylilääkäri, Helsinki

Turunen Merja-Maaria, lastenpsykiatrian ylilääkäri, Porvoo

Vataja Risto, ylilääkäri, tulostuotannon johtaja, Kellokosken sairaala

Vehniäinen Sanna, vt. toimistonhoitaja, sihteeri

Viiansuo Raimo, talousjohtaja, A-klinikkasäätiö

Wahlbeck Kristian, professori, STAKES

Widén Tove, ylihoitaja, Jorvin sairaala