

HUS Psykiatria

# PSYKIATRIAN TIEKARTTA 2025-2040

## Sisällysluettelo

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Sisällysluettelo .....                                | 2  |
| Johdanto ja yhteenveto .....                          | 3  |
| Tiekarttatyöhön osallistuneet tahot ja henkilöt ..... | 4  |
| 1 Toimeksianto ja sen toteutus .....                  | 6  |
| 2 Psykiatria eilen, tänään ja huomenna.....           | 7  |
| 3 Kohti seuraavaa vuosikymmentä .....                 | 12 |
| 3.1 Osastohoito .....                                 | 13 |
| 3.2 Päivystystoiminta.....                            | 20 |
| 3.3 Avohoito .....                                    | 23 |
| 3.4 Ikäryhmäkohtaiset palvelut.....                   | 27 |
| 3.4.1 Lastenpsykiatria .....                          | 27 |
| 3.4.2 Nuorisopsykiatria .....                         | 29 |
| 3.4.3 Geropsykiatria .....                            | 33 |
| 3.5 Tertiääriset palvelut.....                        | 36 |
| 3.5.1 Oikeuspsykiatria.....                           | 36 |
| 3.5.2 Riippuvuuspsykiatria .....                      | 39 |
| 3.5.3 Kehitysvammalääketiede .....                    | 41 |
| 3.6 Sisäinen organisoituminen ja henkilöstö .....     | 45 |
| 3.7 HUSin ja hyvinvointialueiden yhteistyö.....       | 51 |
| LIITE 1: Sidosryhmien näkemykset.....                 | 56 |
| LIITE 2: Lähteet.....                                 | 83 |

*Kansikuvan copyright: Yhteenliittymä Laakson Latu*

## Johdanto ja yhteenveto

Tiekartat ovat olleet HUS Psykiatrialla aiemminkin hyödynnetty tapa luoda näkyvyyttä tulevaisuuteen. Tälläkin kerralla tavoitteenamme on ollut luoda yhteistä ymmärrystä psykiatrian tilanteesta, ajankohtaisista ilmiöistä ja haasteista sekä kehittämistarpeista. Tiekarttatyön aikana olemme pyrkineet katsomaan myös laajemmin mielenterveyspalveluita kokonaisuutena, vaikkakin psykiatrian linssien läpi.

Psykiatrian ja ennen kaikkea mielenterveyspalveluiden toimijakenttä on laaja ja tätä työtä ei voi tehdä kukaan toimija yksin. Siksi olemme halunneet osallistaa sidosryhmiämme tähän työhön useissa eri vaiheissa. **Suuret kiitokset työhön osallistuneille!** Toivomme että tämä tiekartta antaa suuntaa niin HUSin sisäiselle toiminnalle ja kehittämiselle, mutta ennen kaikkea yhteistyössä sidosryhmien kanssa tehtävälle työlle.

Tiekarttamme lähestyy psykiatria kolmesta suunnasta:

- 1) Sote-uudistus, HUSin organisaatiouudistus ja kiristynyt taloustilanne **edellyttää** ja toisaalta mahdollistaa **palveluverkon ja palvelumallien kehittämistä**. Näemme tarpeellisenä selkeyttää palveluverkkoa ja määritellä, missä eri palveluita on kestävä ja järkevä tuottaa. Toisaalta palvelujen pitää elää ajassa ja vastata potilaiden tarpeisiin ketterästi esimerkiksi etäkonsultaation käytänteitä ja työkaluja kehittämällä.
- 2) Yhteiskunta ja väestön demografia muuttuu, hoitomuodot kehittyvät ja ymmärrys vaikuttavasta hoidosta lisääntyy. Nämä kaikki haastavat osaltaan mielenterveyspalveluita. Siksi **haluamme kehittää psykiatrian palveluita myös eri ikäryhmien ja tertiääristen palvelujen näkökulmasta**. Lasten, nuorten ja ikääntyneiden osalta tämä tarkoittaa mm. palveluvalikoiman kehittämistä ja hoitoketjujen sujuvoittamista, tertiääristen palvelujen osalta taas esimerkiksi toiminnan kirkastamista ja vahvistamista.
- 3) Sote-uudistus on muuttanut toimijakenttää ja yhteinen näkemys työnjaosta kaipaa selkeytystä. Toisaalta myös yhteiset haasteet työvoiman saatavuudessa ja rahoituksessa edellyttävät resurssien kohdentamista sinne, missä niistä saadaan paras mahdollinen vaikuttavuus. Esimerkiksi yhteisen taktisen tason segmenttityöryhmän kautta saisimme keskeiset **toimijat saman pöydän ääreen ratkaisemaan yhteisiä haasteita** palveluissa ja niiden kehittämisessä.

Parhaimpaan lopputulokseen pääsemme, kun toimimme yhdessä samansuuntaisesti.

Tiekartta-työryhmän puolesta,

*Jesper Ekelund, HUS Psykiatrian toimialajohtaja, Tiekartta-työryhmän johtaja*

## Tiekarttatyöhön osallistuneet tahot ja henkilöt

### HUS Psykiatrian tiekarttatyöryhmä

**Annika Thomson**, Linjajohtaja, Hyvinkään psykiatria (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Eila Sailas**, Hallinnollinen ylilääkäri (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Elina Santti**, Linjajohtaja, nuorisopsykiatria (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Jan-Henry Stenberg**, Linjajohtaja, digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Jesper Ekelund**, Toimialajohtaja (tiekarttatyöryhmän johtaja)

**Pekka Jylhä**, Linjajohtaja, mielialahäiriöt ja yleispsykiatria (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Päivi Soininen**, Johtava ylihoitaja (tiekarttatyöryhmän jäsen)

### Helsingin kaupunki

**Leena Turpeinen**, Terveys- ja päihdepalvelujen johtaja

**Mia Tuokko**, Johtajapsykiatri

### Itä-Uudenmaan hyvinvointialue

**Hanna Kaunisto**, Sosiaalityön johtaja

**Heidi Hovisilta**, Hoitotyön johtaja

### Keski-Uudenmaan hyvinvointialue

**Hanna Eronen**, Perhekeskuspalveluiden ylilääkäri

**Katariina Korhonen**, Sairaalapalvelut päällikkö

**Nina Tommola**, Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelujen päällikkö

**Pirjo Laitinen-Parkkonen**, Johtajaylilääkäri

**Sirkku Pekkarinen-Keto**, Aikuisten mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalvelut sekä lasten, nuorten ja perheiden palvelut palvelujohtaja

**Sirpa Litmanen**, Mielenterveys- ja päihdepalvelujen esimies

**Susanna Pitkänen**, Terveyspalvelut ja sairaanhoito palvelujohtaja

### Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

**Hanna Ryyänen**, Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ylilääkäri

**Heta Hytönen**, Erityisasiantuntija

**Jaana Koskela**, Erikoissairaanhoidon ohjauksen johtaja

**Jonna Hämäläinen**, Erityisasiantuntija

**Juha-Pekka Strömberg**, Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelulinjajohtaja

**Mari Ahlström**, Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden palvelualuejohtaja

**Markus Paananen**, Yhteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelualuejohtaja

**Markus Syrjänen**, Konsernipalvelujen johtaja

**Matias Pälve**, Palvelutuotannon johtaja

**Sanna Svahn**, Hyvinvointialuejohtaja

**Timo Hokkanen**, Vammaispalvelujen palvelualuejohtaja

### Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

**Agnes Stenius-Ayoade**, Päihde- ja mielenterveyspalvelut ylilääkäri

**Ainomaija Heiska-Johansson**, Perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintayksikön esimies

**Anna Peitola**, Palvelualuejohtaja

**Hanna Ahokas**, Päihde- ja mielenterveyspalvelut tehtäväaluepäällikkö

**Jaana Wessman**, Lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut ylilääkäri

**Maarika Metsätähti**, Ylilääkäri

### HUS Psykiatria, Mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja

**Jenni Komulainen**, Ylihoitaja

**Pekka Jylhä**, Linjajohtaja (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**HUS Psykiatria, Psykoosisairaudet ja oikeuspsykiatrian linja**

**Boris Karpov**, Linjajohtaja

**Joni Liskola**, Oikeuspsykiatrian vastuulääkäri

**Marja Palviainen**, Ylihoitaja

**Minna Huuskonen**, Ylihoitaja

**HUS Psykiatria, Hyvinkään linja**

**Annika Thomson**, Linjajohtaja (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Marika Suontaka**, Ylilääkäri

**Saija Syvänen**, Ylihoitaja

**Tero Levola**, Ylilääkäri

**HUS Psykiatria, Nuorisopsykiatrian linja**

**Elina Santti**, Linjajohtaja (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Teija Rintamäki**, Ylihoitaja

**HUS Psykiatria, Digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot**

**Jan-Henry Stenberg**, Linjajohtaja (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Katariina Bärlund**, Johtava sosiaalityöntekijä

**HUS Psykiatria, Keskitetyt palvelut**

**Lumikukka Socada**, ylilääkäri, kehitysvammalääketiede

**Katinka Tuisku**, osaston ylilääkäri

**HUS Psykiatria, hallinto ja vastuuhenkilöt**

**Eila Sailas**, Hallinnollinen ylilääkäri (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Jesper Ekelund**, Toimialajohtaja (tiekarttatyöryhmän johtaja)

**Johanna Tiusanen**, Ylihoitaja

**Maria Ameal**, Kehittämispäällikkö

**Niclas Sundman**, Talouspäällikkö

**Petri Näätänen**, Kehittämispäällikkö

**Päivi Soininen**, Johtava ylihoitaja (tiekarttatyöryhmän jäsen)

**Tuomo Töhönen**, Laatupäällikkö

**HUS Aivokeskuksen johto (Tulosalue 1)**

**Maarit Virta-Helenius**, Johtava ylihoitaja

**Ville Pursiainen**, Tulosaluejohtaja

**HUS Naisten, lasten ja nuorten palveluiden johto (Tulosalue 2)**

**Jari Petäjä**, Lasten ja nuorten sairauksien toimialajohtaja

**Leena Repokari**, Lastenpsykiatrian linjajohtaja

**Matti Holi**, Tulosaluejohtaja

**HUS Akuutti, leikkaus- ja tehohoitokeskuksen johto (Tulosalue 5)**

**Johanna Kaartinen**, ylilääkäri

**Jukka Vaahersalo**, ylilääkäri

**Leena Vikatmaa**, Tulosaluejohtaja

**Maaret Castrén**, Toimialajohtaja

**Veli-Pekka Harjola**, ylilääkäri

**HUS Kehittämistoiminta**

**Melisa Haahtinen**, Johtaja

**Tampereen yliopisto/Terapiat etulinjaan**

**Samuli Saarni**, Hankejohtaja, asiantuntija, professori

**Helsingin yliopisto**

**Erkki Isometsä**, Professori-ylilääkäri

**THL**

**Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen**, Oikeuspsykiatrian ylilääkäri

**Outi Linnaranta**, Mielenterveysyksikön ylilääkäri

**STM**

**Helena Vormo**, Asiakkaat ja palvelut –osaston (APO) Palvelujärjestelmäyksikön (PAL) lääkintöneuvos

**Tuula Kieseppä**, Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausosaston (OHO) ohjausyksikön (OHJA) erityisaisiantuntija

## 1 Toimeksianto ja sen toteutus

HUS yhtymähallitus antoi maaliskuussa 2024 HUS Psykiatrialle tehtäväksi laatia pitkän tähtäimen suunnitelman ("tiekartan"), joka ottaisi huomioon sote-uudistuksen vaikutukset sekä huomattavan suuren psykiatriapulian ja vuokralääkärimarkkinoiden muodostumisen. Tiekarttatyötä tulisi tehdä yhteistyössä Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin kanssa.

Ennen HUS yhtymähallituksen toimeksiantoa oli HUS Psykiatriassa jo tehty skenaariotyöskentelyä kolmen työpajan muodossa joulukuussa 2023. Työpajoissa arvioitiin psykiatrian nykytilaa SWOT-analyysin avulla sekä tuotettiin erilaisia skenaarioita tulevaisuustaulukkomenetelmällä. Skenaariotyöskentelyn ja muiden käytyjen keskustelujen pohjalta muodostettiin yhteenveto nykytoiminnasta ja siihen liittyvistä havainnoista.

Tämä yhteenveto jaettiin sidosryhmille kommentointia varten. Kommentit kerättiin osin kirjallisesti ja osin sidosryhmien ja tiekarttatyöryhmän kanssa käydyistä keskusteluista. Jokainen sidosryhmä sai itse valita, mihin teemoihin he halusivat ottaa kantaa omien vastuidensa ja kompetenssiensa pohjalta.

Yhteenveto nykytoiminnasta ja havainnoista sekä sidosryhmiltä saadut kommentit kerättiin yhteen sisältöanalyysia ja synteesiä varten. Suurin osa aihekokonaisuuksista oli verrattain yksinkertaisia johtopäätöksiltään, koska valtaosa kommenteista oli samansuuntaisia. Jotkut aihekokonaisuudet jakoivat kuitenkin mielipiteitä enemmän ja joissain tapauksissa mielipiteet olivat jopa vastakkaisia.

Kun kommentit oli kerätty ja analysoitu, työsti linjajohtajista, tutkijoista ja klinikoista koostunut kirjoittajatyöryhmä synteesin hyödyntäen omaa substanssiasiantuntemustaan sekä ymmärrystään tilannekuvasta ja reunaehdoista. Menetelmänä tämä muistuttaa tieteellisissä selvityksissä laajasti käytettävää integroivan kirjallisuus- ja näkemyskatsauksen metodia, joka on kuvailevan katsauksen muoto, jolla on yhtymäkohtia systemaattiseen katsaukseen. Tutkimusaineistoa ei kuitenkaan valikoida tai seulota yhtä kvantitatiivisesti ja tarkasti kuin systemaattisessa katsauksessa. Tällainen integroiva datan työstäminen on tarkoituksenmukaista ja hyödyllistä silloin, kun tutkittavaa ilmiötä halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti niin, että eri näkemykset tulevat hyvin edustetuksi.

Tässä raportissa on tavoiteltu mahdollisimman realistisia johtopäätöksiä ja toimenpide-ehdotuksia. Jonkin sidosryhmän ollessa selvästi eri mieltä kuin enemmistö, synteesin tekeminen ei ollut mahdollista. Yhteenveto sidosryhmien mielipiteistä ja mahdollisista eroista on tuotu esiin kunkin luvun lopussa ja tarkemmin liitteessä 1.

Lopuksi kokonaisraporttia oli vielä mahdollista kommentoida. Asiakirja käytiin läpi myös toimitusjohtaja Matti Bergendahlin kanssa ennen kuin se jätettiin HUS yhtymähallituksen kokouksen esityslistan taustamateriaaliksi.

## 2 Psykiatria eilen, tänään ja huomenna

### Palvelujärjestelmästä

Mielenterveys- ja päihdehoidon palvelujärjestelmään kuuluvat perus- ja erikoissairaanhoidon lisäksi mm. sosiaalihuolto, nuorisotyö sekä kolmas sektori, joilla on merkittävä rooli niin potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa kuin ongelmien ennaltaehkäisyssä. Palvelujärjestelmän monimuotoisuus on vahvuus ja ehdoton edellytys potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon kannalta. Toisaalta palvelujärjestelmän monimuotoisuus ja laajuus tuovat omat haasteensa vaikeuttaen esimerkiksi yhteisistä hoitoketjuista sopimista.

Psykiatrinen erikoissairaanhoido koostuu neljästä eri lääketieteen erikoisalasta: aikuis-, oikeus-, nuoriso- sekä lastenpsykiatriasta. Lisäksi näiden erikoisalojen sisällä on useita toisistaan selvästi erillisiä osaamisaloja, esimerkiksi gero-, riippuvuus-, neuro-, ja kehitysvamma-psykiatria sekä erityisosaamista kuten perehtyminen psykoosien, mielialahäiriöiden tai traumojen hoitoon.

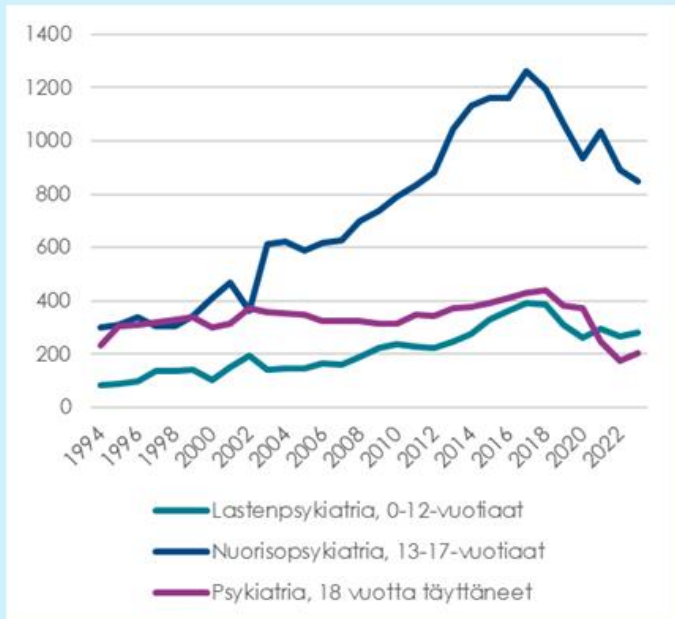
Psykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluita Uudenmaan väestölle tuotetaan kolmessa eri organisaatiossa/organisaation osassa. HUS Psykiatrian tuloksettuottaja tuottaa aikuisten ja nuorten sekundaari- ja tertiääritason palveluita alueen hyvinvointialueille, HUSin Lasten ja nuorten sairauksien yksikkö taas lastenpsykiatrisia palveluita. Helsingin kaupunki tuottaa omalle väestölleen sekundaaritason aikuispsykiatrian palveluita. Lisäksi osa hyvinvointialueista järjestää perustason erikoislääkäripalveluita lasten ja nuorten tarpeisiin. Näiden lisäksi HUS Psykiatrialla on kansallisia keskitettyjä vastuita (mm. sukupuoli-identiteetin tutkimukset) sekä muita toimintoja (mm. kehitysvammapsykiatria ja nettiterapiat), joita käyttävät myös muiden hyvinvointialueiden asukkaat. HUS Psykiatria palvelee laajasti terveydenhuollon järjestelmän eri tasoja aina perustason konsultaatioista tertiääritason hoitoon saakka.

### Psykiatria eilen

Psykiatristen sairauksien hoito on lisääntynyt valtakunnallisella tasolla vuosittain, mutta samanaikaisesti psykiatriseen hoitoon pääsyn kynnys nähdään korkeana ja yhteiskunnallinen kysyntä ylittää käytössä olevat resurssit. HUSissa lasten- ja nuorisopsykiatrian osalta avohoitokäyntien määrä on kasvanut koko 2000-luvun ajan, aikuispsykiatrian osalta avohoitokäyntien määrä on pysynyt melko tasaisena (Kuva 1: Avohoitokäynnit/1000 asukasta HUS). Kysynnän kasvu on johtanut ajoittain pidentyneisiin jonoihin ja tätä myötä myös henkilöstön lisääntyneeseen kuormitukseen (Kuva 2: Jonotiedot erikoisaloittain). Huolimatta psykiatristen sairauksien hoidon lisääntymisestä, psykiatrisen erikoissairaanhoidon menoissa

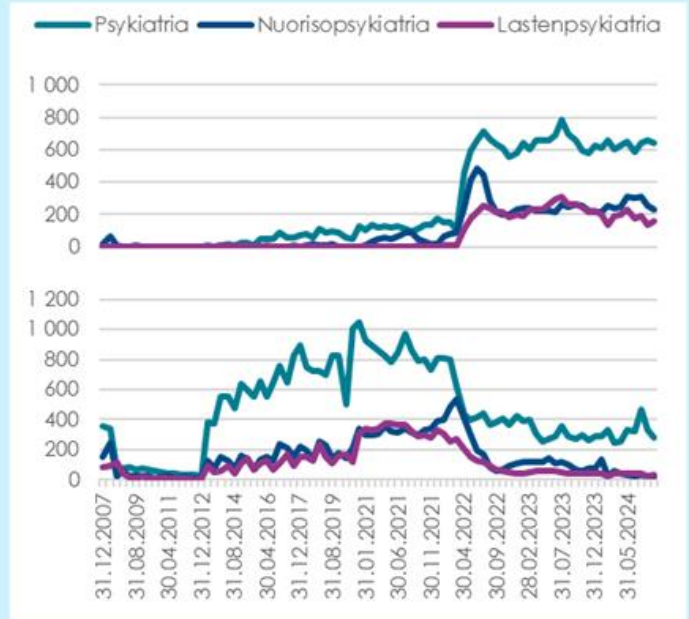
ei juurikaan ole tapahtunut kasvua koko 2000-luvun aikana. Muun erikoissairaanhoidon osalta kasvu on ollut merkittävää (Kuva 3: Erikoissairaanhoidon menot toiminnoittain).

**Uudenmaan väestön avohoitoikännit / 1000 ikäryhmän asukasta**



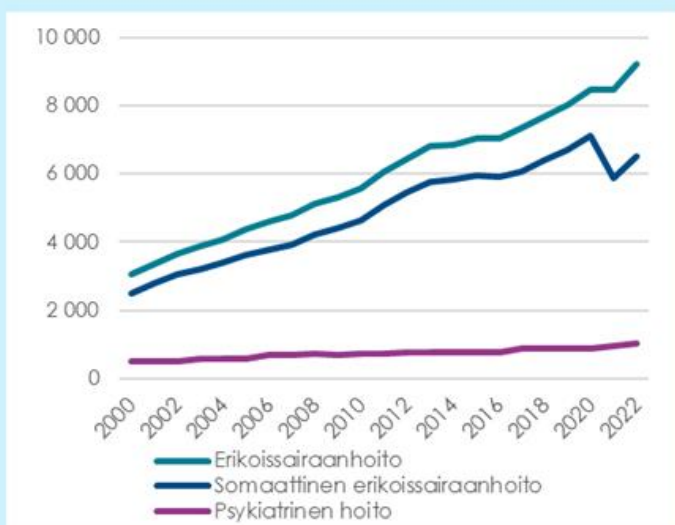
Kuva 1: Uudenmaan väestön avohoitokäynnit psykiatrian erikosalloilla 1994-2023. Lähde: SofkaNet/THL

**Jonotiedot, hoidontarpeen arvioon ja hoitoon odottavat yhteensä**



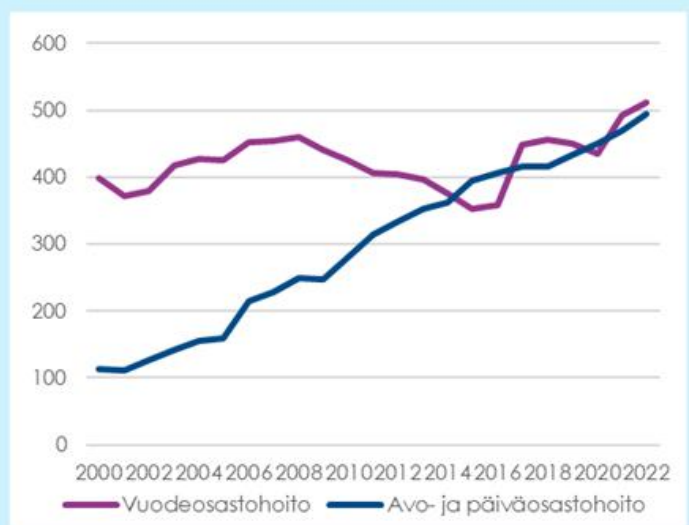
Kuva 2: Hoidontarpeen arviota (yllä) ja hoitoa (alla) odottaneiden määrät 2007-2024 psykiatrian erikosalloilla. Lähde: THL

**Erikoissairaanhoidon menot toiminnoittain 2000-2022**



Kuva 3: Erikoissairaanhoidon menot ovat kokonaisuudessaan kasvaneet koko 2000-luvun ajan, mutta psykiatrian osalta pysyneet tasaisina. Lähde: THL

**Psykiatrisen vuodeosasto- ja avohoidon kustannukset 2000-2020**



Kuva 4: Panostus avohoitoon näkyy kustannuskehityksessä: avohoidon kustannukset ovat kasvaneet ja osastohoidon pysyneet tasaisena. Lähde: THL

Psykiatrisen osastohoidon osalta viimeisten vuosikymmenten ajan trendinä on ollut ympärivuorokautisten laitosten alasajo, mitä avohoidon ja osittain asumispalvelujen on ajateltu korvaavan. Muutos ei ole täysin onnistunut ja osastopaikkojen vähentämisen on arvioitu menneen liian pitkälle, mikä näkyy mm. ruuhkina osastoilla, vaikeutena päästä osastohoitoon sekä liian aikaisena kotiutumisena osastolta. HUSissa osastopaikkojen määrää on merkittävästi laskettu 90-luvun jälkeen. Muutos avohoito painotteisuuteen näkyy psykiatrian kustannusten jakaumassa, jossa osastohoidon vuosittaiset kustannukset ovat pysyneet melko vakiona koko 2000-luvun ajan, kun taas avohoidon vuosittaiset kustannukset ovat nousseet merkittävästi (Kuva 4: Psykiatrisen vuodeosasto- ja avohoidon kustannukset 2000–2020).

Hoitoon pääsyn vaikeuksista huolimatta on psykiatrisessa hoidossa tapahtunut myös positiivista kehitystä. Vakavien päätetapahtumien osalta esimerkiksi itsemurhakuolleisuus on puolittunut vuoden 1990 jälkeen – tämä myönteinen käänne tapahtui valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin aikana (Tilastokeskus, 2017; Upanne ym 1999; Hakenen ym. 1999). Huomattavalla osalla itsemurhaan kuolleista on ollut mielenterveydenhäiriö, päihdehäiriö tai molemmat. Jotta positiivinen trendi voisi jatkua, psykiatrisen hoidon pitäisi pystyä jatkossakin vastaamaan näiden potilasryhmien hoitoon kaikilla hoidon tasoilla.

## **Psykiatria tänään ja huomenna**

Mielenterveyden häiriöiden osuus väestön tautitaakasta on voimakkaassa kasvussa nostoen mielenterveyspalvelujen roolia kansanterveyden edistämisessä. Mielenterveyden häiriöiden hoito on yhteiskunnallisesti merkittävää ja hoitamatta jättämisellä on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia niin inhimillisestä kuin kustannusnäkökulmasta. Mielenterveyden häiriöiden liittyvät epäsuorat kustannukset ovat suuret. Vuoden 2019 tietoihin perustuen mielenterveyden häiriöihin liittyvät syyt aiheuttavat yli puolet kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä (Suomen virallinen tilasto – tilasto eläkkeensaajista, 2019). Tyypillisesti mielenterveyden häiriöihin sairastutaan myös nuorena, jolloin ne voivat heikentää sairastuneen koulutusta ja työllistymistä johtaen epäsuoriin kustannuksiin. OECD raportin mukaan mielenterveyden suorat ja epäsuorat kustannukset ovat Suomessa OECD-maiden suurimpien joukossa. Arvion mukaan Suomessa vuonna 2015 kokonaiskustannukset olivat yli 11 miljardia euroa (OECD 28; 2018). Eri tutkimuksissa on arvioitu, että panostukset mielenterveyden edistämiseen sekä mielenterveyshäiriöiden hoitoon pienentävät epäsuoria kustannuksia. Näyttää on myös siitä, että interventioiden hyödyt ylittävät niiden aiheuttamat taloudelliset kustannukset (Wahlbeck ym. 2017; Chisholm ym. 2016; Knapp ym. 2011).

Valtakunnallisella tasolla mielenterveyspalveluissa on pulaa etenkin psykiatreista sekä psykologeista, mutta myös koulutetuista psykoterapeuteista (STM 2024:11). Asiantuntijoiden selkeä näkemys on, ettei psykiatristen alojen erikoislääkärimäärä vastaa väestön ja

palvelujärjestelmän tarpeita. Erityisen kriittinen tilanne on lasten- ja nuorisopsykiatrian osalta. (STM 2022:21). Erikoislääkäreiden rekrytointi kaikille psykiatrian erikoisaloille on ollut jo vuosia vaikeaa valtakunnallisesti ja sama on havaittu myös HUSissa. On kiinnostavaa, että Suomen psykiatrimäärä / 1000 asukasta on OECD maiden korkeimpia, mutta tästä huolimatta tarvittava virka- ja erikoislääkärimäärä julkisessa terveydenhuollossa vielä isompi. Tämä kertoo epäonnistuneesta erikoislääkäriresurssin käytöstä kansallisesti.

Erikoislääkärien heikko saatavuus on johtanut työroolien muutokseen, esimerkiksi sairaanhoitajien kohdalla, kun työtehtäviä on siirtynyt lääkäreiltä sekä sovitusti että suunnittelemattomasti sairaanhoitajille (Ameel, 2021). Samaan aikaan, sairaanhoitajilta on puuttunut kliininen erikoistumiskoulutus, joka takaisi riittävän erikoisalakohtaisen osaamisen. Psykiatrian ja mielenterveyden kliiniselle erikoistumistutkinnoille on esitetty selkeää tarve kansallisesti (STM 2024:9) ja erikoistuneen sairaanhoitajan vakanssit olisivat tulevaisuudessa tapa jäsentää ammatillista työnjakoa.

Työtehtävien muuttuminen on tapahtunut ilman systemaattista ohjausta ja eri ammattiryhmien työnkuvien ja ammattiryhmien välisen työnjaon osalta ei ole tehty systemaattista selvitystä. Eri ammattiryhmien osalta ei myöskään ole kansallisesti selkeää ohjausta henkilöstön riittävästä määrästä.

HUS-alueella mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu on nyt ja tulevaisuudessakin usealla eri toimijalla. Tällä hetkellä eri palveluja tuottavien toimijoiden väliselle yhteistyölle ei ole selkeitä rakenteita eikä toimijoiden rooleja ja tehtäviä ole selkeästi määritelty. Mielenterveyden häiriöiden palvelutarpeen kasvuun HUS ei yksin pysty vastaamaan vaan tarvitaan erikoissairaanhoidon lisäksi vahva perustaso, jotta lievempiin häiriöihin sekä elämän kriisitilanteisiin voidaan reagoida nopeasti ja siten ennaltaehkäistä vakavampia mielenterveydenhäiriöitä. Kansainväliseen vertailun perusteella Suomessa perustaso hoitaa monia muita maita pienemmän osuuden mielenterveyden häiriöstä. Tämän muuttaminen edellyttää HUSin, Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sitoutumista yhdessä sovittuihin toimintamalleihin sekä näiden jatkuvaa kehittämistä. Tärkeänä askeleena nähdään kaksipuolaiseen hoitojärjestelmään sitoutuminen, jonka perustana on integroidut hoitopolut, jossa niin perus- kuin erityistason vastuut on selkeästi määritelty. Yhtenä osana integroitua hoitopolkuja on HUSin tuottama konsultaatiotuki perustasolle vahvistaen perustason osaamista sekä mahdollistaen erikoissairaanhoidon arvion voidaanko erikoissairaanhoidolla tuottaa lisäarvoa potilaan hoidossa tilanteissa, joissa hoitavan tahon määrittely on epäselvää.

Tulevaisuudessa psykiatrisen hoidon keinovalikoima kehittyä ja monipuolistuu. Myös psykoterapiainterventioiden rooli tulee edelleen korostumaan. Tämän myötä tullaan tarvitsemaan selkeämpää ohjausta eri psykoterapiainterventioiden keston sekä toteutustavan suhteen, jotta rajallisen saatavuuden hoitomuodot voidaan kohdentaa niille, jotka siitä eniten

hyötyvät tai sitä eniten tarvitsevat. Tätä työtä edistetään tällä hetkellä Terapiat etulinjaan -hankkeen kautta.

Suomessa väestö ikääntyy vauhdilla seuraavien vuosikymmenten aikana. Vuoden 2021 väestöennusteen mukaan Uudellamaalla alaikäisten määrä vähenee, mutta täysi-ikäisten määrä tulee kasvamaan ja erityisesti yli 70-vuotiaiden määrä kasvaa 33 % vuoteen 2035 mennessä. Psykiatrian erikoisalojen kustannuksista noin 75 % kohdentuu täysi-ikäisille, joten psykiatristen palveluiden tarve tulee kasvamaan tulevina vuosina.

### 3 Kohti seuraavaa vuosikymmentä

Tämän osion lukuihin olemme koonneet yhteenvedon eri osa-alueiden nykytilanteesta ja haasteista, ehdotuksemme toimenpidekokonaisuuksista, yhteenvedon sidosryhmiltä saamistamme kommentteista (laajemmat kommentit liitteessä 1) sekä tunnistamamme riskit liittyen näihin toimenpidekokonaisuuksiin. Samat toimenpidekokonaisuudet voivat liittyä useampaan osa-alueeseen. Selkeyden vuoksi, olemme ne kuvanneet laajemmin vain yhdessä osiossa, mutta maininneet ne kunkin relevantin osion yhteydessä.

Taulukko 1: Yhteenvedo ehdotetuista toimenpidekokonaisuuksista

| Palveluverkkoja palvelumallit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Osastohoito</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riittävän potilaspaikkamäärän turvaaminen</li> <li>• ESH-vetoisen asumisvalmennustoiminnan vahvistaminen</li> <li>• Päivystysosaston perustaminen Meilahteen</li> <li>• Vuodeosastoprofiilien muuttaminen vastaamaan akuuttitoiminnan muutoksia</li> <li>• Kehitysvammapsykiatrian osastojen keskittäminen ja siirtäminen sairaalan yhteyteen</li> <li>• Valtion mielisairaaloiden palvelujen käytön vähentäminen HUS Oikeuspsykiatrian toimintaa kehittämällä</li> </ul> | <b>Päivystystoiminta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Päivystysverkoston tiivistäminen</li> <li>• Päivystysprosessin yhtenäistäminen ja avohoidon toiminnan laajentaminen</li> <li>• Päivystysosaston perustaminen Meilahteen</li> </ul>                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Avohoito</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avohoidon palveluajan lisääminen iltaan ja viikonloppuihin</li> <li>• Poliklinikkapisteiden (vuokrahoiteiden) määrän vähentäminen</li> <li>• Toiminnalliset muutokset: psykoterapiainterventiot, Terapiat etulinjaan, etäkonsultaatio</li> </ul>         |
| Ikäryhmäkohtaiset ja tertiäriset palvelut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Lastenpsykiatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osastopaikkamäärän kasvattaminen</li> <li>• Vaikeasti väkivaltaisten ja toistuvasti itseään vahingoittavien lasten hoidon kehittäminen</li> <li>• Avohoidon kehittäminen: kotipesätoiminta, Terapiat etulinjaan</li> <li>• Lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystys</li> </ul>                                                                                                                                                                                        | <b>Oikeuspsykiatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HUS oikeuspsykiatrian roolin vahvistaminen suomalaisessa oikeuspsykiatrian palveluverkossa</li> </ul>                                                                                                                                            |
| <b>Nuorisopsykiatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaikeasti oireilevien nuorten hoidon kehittäminen</li> <li>• Avohoidon kehittäminen</li> <li>• Tertiäriset palvelut: sukupuoli-identiteetti, syömishäiriöt, päihdepalvelut</li> <li>• Lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystys</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | <b>Riippuvuuspsykiatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uudenmaan hyvinvointialueiden ja HUSin yhteinen visio riippuvuuspsykiatrian organisoinnista ja tehtävistä palvelujärjestelmässä</li> </ul>                                                                                                   |
| <b>Geropsykiatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairaansijojen määrän kasvattaminen ja hoitomuotojen kehittäminen</li> <li>• Hyvinvointialueiden ja HUS Psykiatrian yhteisen geropsykiatrisen hoidon kehittäminen ja laajentaminen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Kehitysvammalääketiede</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osastojen siirtäminen osaksi sairaalakampusta ja profiloiminen</li> <li>• Lääkkäreiden vakanssien lisääminen</li> </ul>                                                                                                                    |
| Sisäinen organisoituminen, henkilöstö ja HUS-hyvinvointialueet-yhteistyö                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Sisäinen organisoituminen ja henkilöstö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Johtamisen rakenteiden, toimintamallien ja tiedolla johtamisen kehittäminen</li> <li>• Vuokratyövoimastaluopuminen tai käytön rajaaminen</li> <li>• Työnjaolliset muutokset</li> <li>• Työntekijämäärien uudelleen tarkastelu ja allokoiminen kehittämisen</li> </ul>                                                                                                                                                                         | <b>HUSin ja hyvinvointialueiden yhteistyö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaksipuolaisen hoitojärjestelmän selkiyttäminen</li> <li>• Taktisen tason segmenttityöryhmän perustaminen</li> <li>• Hyvinvointialueiden mielenterveyden tukeminen ja kansallisen osaamiskeskuksen perustaminen</li> </ul> |

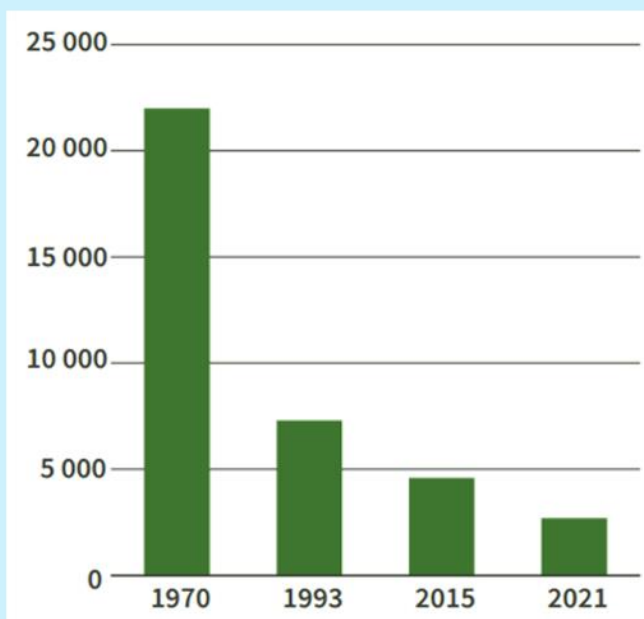
### 3.1 Osastohoito

#### Nykytilanne ja sen haasteet

Psykiatriseen vuodeosastohoitoon ohjataan potilaita pääosin tilanteissa, joissa potilaan vointi edellyttää jatkuvaa seurantaa. Näitä tilanteita ovat lähinnä akuutit psykoottiset oireet, vakava itsemurhavaara ja potilaan toimintakyvyn merkittävä heikentyminen siten, että tavallinen arki ei suju edes tuettuna. Siten lähes kaikki psykiatriset osastohoidot alkavat päivystyksellisesti. Elektiiviset osastohoidot rajoittuvat pääosin erikseen pyydettyihin tutkimusjaksoihin, kuten mielentilatutkimuksiin tai Valviran pyytämiin tutkimuksiin.

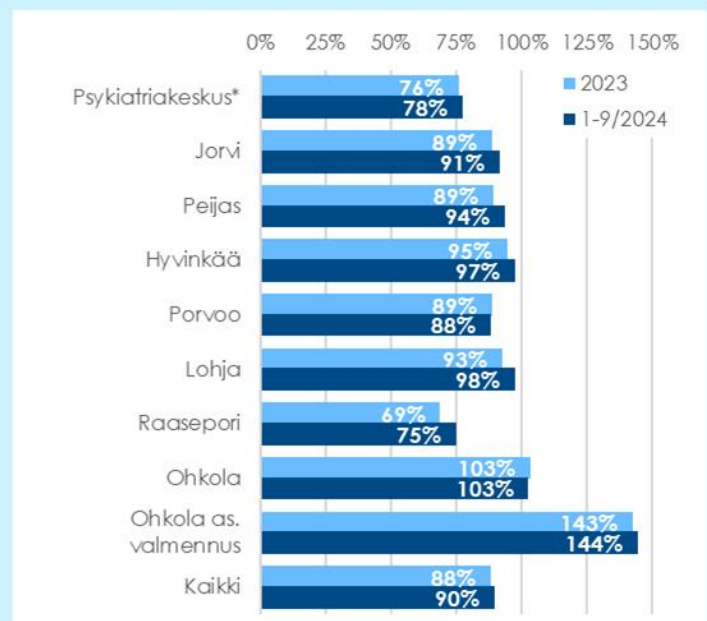
Psykiatrinen vuodeosastopaikkojen tarpeeseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten sairastavuus ja väestörakenne, avohoidon toimenpiteet, asumispalvelujen saatavuus ja laatu, kolmannen sektorin toiminta sekä sosiaalipoliittiset päätökset. Tämän myötä tarvittava psykiatrisen vuodeosastopaikkamäärän määrittäminen on haastavaa, ja sopiva vuodeosastokapasiteetti tulisi määrittää paikallisesti edellä mainitut tekijät huomioiden. Yleisenä trendinä viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana Suomessa ja kansainvälisestikin on ollut vuodeosastopaikkojen vähentäminen (Kuva 5: Psykiatrinen sairaansijojen määrä Suomessa 1970–2021.)

Psykiatrinen sairaansijojen määrä Suomessa 1970-2021



Kuva 5: Psykiatrinen sairaansijojen määrä Suomessa 1970-2021. Lähde: Linnaranta 2022

Psykiatrian osastojen keskimääräinen kuormitusaste 2023 ja 1-9/2024

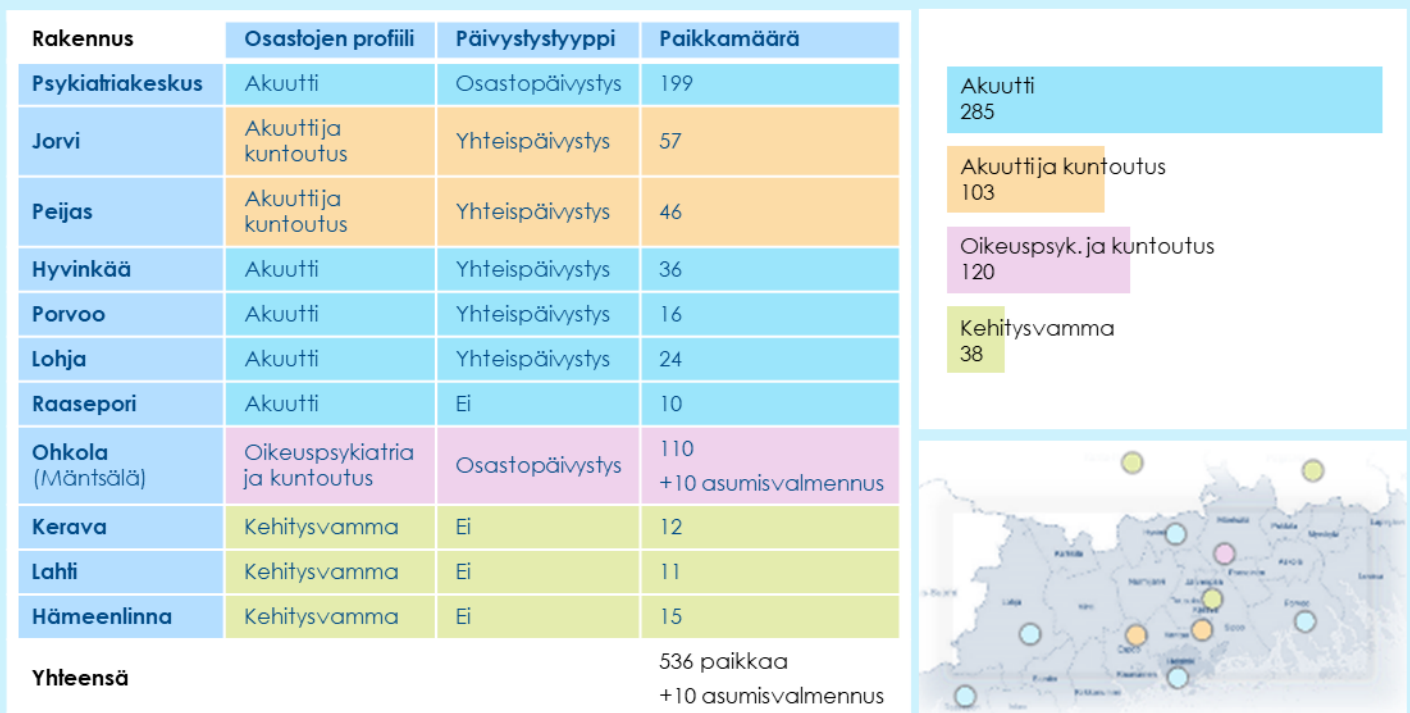


Kuva 6: Psykiatrian osastojen keskimääräinen kuormitusaste 2023 ja 1-9/2024. \*Psykiatriakeskuksen tertiäritason osastot madaltavat kokonaiskuormitusastetta. Lähde: HUS.

Nykyiset HUSin osastoverkoston osastoprofiilit ovat syntyneet historiallisen kehityksen seurauksena ja paikallisten organisaatioiden tarpeesta. Myös Helsingin kaupungilla on oma historiansa psykiatrisen osastohoidon järjestämisessä. HUS järjestää valtaosan Uudenmaan alueen psykiatrisesta osastohoidosta, lukuun ottamatta helsinkiläisten potilaiden hoitoa, joille Helsingin kaupunki järjestää jatkossakin omat psykiatrian osastopalvelut. Toiveena olisi, että osastoverkostoa voitaisiin jatkossa kehittää yhdessä Helsingin kaupungin kanssa, jotta verkosto palvelisi Uudenmaan väestöä parhaalla mahdollisella tavalla

Nykyinen osastokapasiteetti nähdään laaja-alaisesti liian pienenä. Tämä ilmenee esimerkiksi korkeina osastojen käyttöasteina ja siinä että sairaalahoitoa tarvitsevat potilaat eivät joko pääse psykiatriselle osastolle tai siirtyvät kotiin/jatkohoitoon liian huonokuntoisena. Erityisesti puutetta on vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kuntoutuspaikoista. Asiantuntija-arvio on, että pitkän aikavälin kuormitustavoitteen tulisi olla akuutiosastoilla noin 85 % ja pitkäaikaisilla kuntoutus- ja elektiivisillä osastoilla 90–95 %. Nyt tilanne on osittain ollut päinvastainen siten, että tertiääriosastoilla kuormitus on ollut alhaisempi kuin akuutiosastoilla ja kuntouttavien osastojen kuormitusaste yli 100 %. (Kuva 6: Osastojen käyttöasteet)

Tällä hetkellä Uudenmaan väestön käytettävissä on yhteensä noin 800 psykiatrista osastopaikkaa (HUS Psykiatrian aikuisten ja nuorten paikkojen lisäksi lastenpsykiatrialla ja Helsingin kaupungilla on omat osastonsa sekä valtion mielisairaaloista käytössä olevat paikat) (Kuva 7: HUS Psykiatrian nykyiset osastopaikat ja niiden sijainnit). Uudenmaan alueen



Kuva 7: HUS Psykiatrian nykyiset osastopaikat eri rakennuksissa, osastopaikkojen jakautuminen eri profiilin osastoille ja osastojen sijainnit. Ei sisällä lastenpsykiatrian, Helsingin kaupungin tai Valtion mielisairaaloiden paikkoja. Lähde: HUS

väestönkasvu ja ikääntyminen tulee nostamaan paikkatarvetta tulevina vuosina. Osastojen korkean kuormituksen lisäksi myös päihteiden käytön kasvutrendi ja akuuttihoiton riittämättömyys kertovat paikkamäärän noston tarpeesta. Toisaalta taas mielenterveysindikaattorit kertovat, että palveluntarve pienenee. Myös akuutti ja pitkäaikaista sairaalahoitoa korvaavien avohoitopalveluiden kehittämisessä on mahdollisuuksia, joilla voidaan vaikuttaa osastohoidon kysyntään.

Vuonna 2021 Suomessa pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevat potilaat (potilaat, joiden hoito oli kestänyt yli kuusi kuukautta) käyttivät sairaalapaikkamäärästä kolmanneksen. On arvioitu, että jatkossa erityishuomiota tulisi kiinnittää tämän potilasryhmän tuen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeeseen huomioiden sairaalahoito, tehostettu avohoito sekä asumispalvelut yhtenä kokonaisuutena (Linnaranta 2022). Myös apulaisoikeusasiamies on useampaan otteeseen ollut huolissaan psykiatristen potilaiden ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden mahdollisuuksista saada ihmisarvoisen elämän turvaavat asumispalvelut (EOAK/8646/2021). Psykiatrisesti oireileville potilaille on sairaalapaikkojen vähentyessä tullut tarjolle erilaisia asumismalleja, kuten yhteisöllistä asumista ja erilaisia tehostetun asumispalvelun muotoja, joissa tuen määrä vaihtelee. Suuntaus näissä palveluissa on kohti vähemmän intensiivistä tukea, mikä vaikuttaa suoraan laskevasti palvelun kustannuksiin, mutta samalla aiheuttaen vajetta vahvemmin tuetuista palveluista johtaen osalla potilaista tarpeettoman pitkiin osastohoitoihin.

Tällä hetkellä HUSin oikeuspsykiatrian yksikkö tarjoaa kevyesti resursoitua, itsenäiseen selviämiseen kuntouttavaa osastohoitoa kodinomaisissa olosuhteissa. Tällöin potilas voi olla myös tahdosta riippumattomassa hoidossa ja siten lääke- sekä muu tarvittava hoito voidaan tarjota potilaalle asianmukaisesti. Asumisvalmennuksen kaltaisen osastohoidon on katsottu merkittävästi vähentävän varsinaisen osastohoidon tarvetta esimerkiksi psykoosipotilailla, jotka toistuvasti lopettavat lääkityksensä avohoidossa ja palaavat sen takia toistuvasti osastohoitoon voinnin heiketessä. Tällä hetkellä HUSilla on 10 kodinomaista osastohoitopaikkaa Ohkolan kampuksella, mutta tarvetta olisi suuremmalle määrälle.

Psykiatrian osastohoidon nykyiset tilat ovat vaihtelevassa kunnossa ja osalla osastoista ei voida tarjota nykystandardien mukaista turvallista hoitoa potilaille ja työympäristöhenkilöstölle. Esimerkiksi Peijaksen osastot ovat ahtaita ja potilaat majoittuvat jopa liian pienissä kolmen hengen huoneissa, kun nykystandardin mukaisesti psykiatrinen osastohoito tulisi tarjota yhden hengen huoneissa rauhallisen ympäristön varmistamiseksi ja väkivaltariskin minimoimiseksi. Myös kehitysvammapsykiatrian ja Jorvin psykiatrian tilat ovat huonossa kunnossa.

Uusia tiloja on onneksi jo rakenteilla. Laakson yhteissairaalaan (valmistuminen vaiheittain 2027, 2028 ja 2030) tulee sijoittumaan niin somatiikan kuin psykiatrian toimintoja. Psykiatrian osastotoiminnan osalta Laaksoon tulee sijoittumaan Helsingin kaupungin Auran

sairaalaista siirtyvät 175 sairaansijaa ja Psykiatriakeskuksesta 149 sairaansijaa. Vuonna 2027 valmistuvaan osaan siirtyvät Psykiatriakeskuksesta aikuisten osastot ja vuonna 2030 valmistuvaan osaan nuorten ja lasten osastot. Psykiatriakeskuksen tiloja tullaan siis tarvitsemaan jossain määrin ainakin vuoteen 2030 saakka. Vajaalla käytöllä olevaa kapasiteettia voidaan kuitenkin hyödyntää tarpeellisten osastojen siirtojen mahdollistamiseksi (esimerkiksi Peijaksen ja Jorvin osastojen väistöt). Osana Laakson yhteissairaalan hanketta rakennetaan myös Mäntsälään Ohkolan sairaalan yhteyteen uusi rakennus oikeuspsykiatrisille potilaille vuonna 2026. Näiden kaikkien rakennusten valmistuttua ja toiminnan siirrettyä kokonaisuudessaan uusiin tiloihin tulee HUS Psykiatrian osastopaikkojen määrään noin 40 sairaansijan vaje verrattuna nykytilanteeseen.

## Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista

### Riittävän potilaspaikkamäärän turvaaminen

Riittävä potilaspaikkamäärä psykiatrian osastohoitoa tarvitseville potilaille tulee turvata. Nykypäätösten mukainen paikkamäärä ei riitä nykyisen palvelutason tuottamiseen kasvavalle väestölle. LYS-hankkeen myötä HUSin aikuisille kohdistettu osastopaikkamäärä tulee laskemaan 38 paikalla ja samanaikaisesti lasten paikkamäärä nousee 18 paikalla (Kuva 8, skenaario C). Nykyisen palvelutason ylläpitämiseksi HUS Psykiatria tarvitsisi 47 osastopaikkaa lisää vuoteen 2035 mennessä verrattuna nykytilanteeseen (Kuva 8, skenaario B). Nämä

Osastopaikkamäärän skenaariot

|                                                              | 2024                                                                          | 2035 skenaariot                                                                     |                                                                                  |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                              | Nykytila                                                                      | A. HUS Psykiatrian alustava suunnitelma                                             | B. Nykyinen palvelutaso huomioiden ikäryhmien kasvu <sup>2</sup>                 | C. Nykypäätösten mukainen tilanne <sup>3</sup>                                    |
| Väkiluku, milj.as.                                           | 1,76                                                                          | 1,88                                                                                |                                                                                  |                                                                                   |
| Käytössä olevat sairaansijat <sup>1</sup>                    | 805<br>Lapset 12<br>Nuoret 48<br>Aikuiset, Uusimaa 673<br>Aikuiset, valtio 72 | 882<br>Lapset 30<br>Nuoret 46<br>Aikuiset, Uusimaa 746<br>Aikuiset, valtio 60       | 852<br>Lapset 12<br>Nuoret 45<br>Aikuiset, Uusimaa 723<br>Aikuiset, valtio 72    | 785<br>Lapset 30<br>Nuoret 48<br>Aikuiset, Uusimaa 635<br>Aikuiset, valtio 72     |
| Sairaaansijojen muutos vrt. -24<br>(Nuoret ja aikuiset yht.) |                                                                               | +77 (+59)<br>Lapset 18<br>Nuoret -2<br>Aikuiset, Uusimaa 73<br>Aikuiset, valtio -12 | +47 (+47)<br>Lapset 0<br>Nuoret -3<br>Aikuiset, Uusimaa 50<br>Aikuiset, valtio 0 | -20 (-38)<br>Lapset 18<br>Nuoret 0<br>Aikuiset, Uusimaa -38<br>Aikuiset, valtio 0 |

Kuva 8: Osastopaikkamäärän skenaariot. **1)** Sisältää kaikki Uudenmaan alueen psykiatrian osastot niin HUSin kuin Helsingin toiminnassa sekä keskimääräiset valtion mielisairaalaista käytössä olevat osastopaikat (nyt noin 72 paikkaa, mitä pyrittäisiin vähentämään tulevaisuudessa 60 paikaksi). Helsingin osastot ovat jatkossakin Helsingin omaa toimintaa. **2)** Osastopaikkojen tarpeen kasvu on laskettu huomioimalla ikäryhmittäinen osastopaikkojen nykyinen palvelunkäyttö ja näiden ikäryhmien väestönkasvu 10-vuoden kohorteissa. **3)** Kuvaa niitä osastopaikkamääriä, joihin HUS on sitoutunut mm. LYS-suunnitelmien mukaisesti.

ennusteet eivät kuitenkaan huomioi sairaansijojen vajetta, jonka myötä todellinen tarve voi olla suurempi (Kuva 8, skenaario A). (Kuva 8: Osastopaikkamäärän skenaariot)

### **ESH vetoisen asumisvalmennustoiminnan vahvistaminen**

HUS psykiatria voi tuottaa tärkeää palvelua osastohoidon ja asumispalvelujen välillä, minkä avulla voidaan välttää potilaan nopea voinnin heikkeneminen osastohoidon jälkeen potilaan siirtyessä asumispalveluun. Tätä palvelumuotoa kutsutaan asumisvalmennukseksi. Asumisvalmennus on huomattavan paljon kevyemmin resursoitua ja siten halvempaa tuottaa kuin osastohoito. Se on myös potilaslähtöinen ja kustannusvaikuttava toimintamalli, jolle on tunnistettu enemmän kysyntää kuin tällä hetkellä on mahdollista tuottaa. Asumisvalmennustoiminnan lisääminen edellyttää neuvottelua hyvinvointialueiden kanssa, jotta raskasta palveluasumista voidaan samalla vähentää. Asumisvalmennuspaikkoja voitaisiin perustaa Laaksoon ja niiden määrä Ohkolassa voitaisiin kasvattaa.

### **Päivystysosaston perustaminen Meilahteen**

Meilahden yhteispäivystyksen yhteyteen tulee perustaa päivystysosasto. Päivystyksen ohessa olevia seurantapaikkoja on pidetty tärkeinä suurimmassa osassa Suomeen viime ja tulevana vuosina valmistuneissa ja valmistuvissa sairaaloissa. Kokemukset tämäntyyppisistä seurantayksiköistä ovat positiivisia ja klinikkojen yleinen käsitys on, että ne vähentävät osastohoidon tarvetta merkittävästi, jopa enemmän kuin tähän tarkoitukseen varattujen seurantapaikkojen määrä.

### **Vuodeosastoprofiilien muuttaminen vastaamaan akuuttitoiminnan muutoksia**

Päivystys- ja akuuttitoiminnan keskittämisellä on vaikutuksia myös psykiatristen vuodeosastojen profiileihin ja siihen, millaisia potilaita kullakin osastolla voidaan hoitaa. Osastojen profiilien muutoksissa otetaan nämä päivystysjärjestelyt huomioon. (Kuva 9: Alustava suunnitelma osastoverkon ja osastojen profiilien muutoksista)

### **Kehitysvammapsykiatrian osastojen keskittäminen ja siirtäminen sairaalan yhteyteen**

Kehitysvammapsykiatrian osastojen nyt käytössä olevat tilat eivät sovellu erikoissairaanhoidon tuottamiseen. On myös potilas- ja työturvallisuusriski, että ne sijaitsevat erillään toisistaan ja muusta sairaanhoidosta. Kehitysvammapsykiatrian osastotoiminnot tulee siirtää yhteen ja sairaalan yhteyteen. Kun Peijaksen uudet psykiatrian tilat valmistuvat, on psykiatrian nykyisistä tiloista mahdollista remontoida toimivat tilat kehitysvammapsykiatrian tarpeisiin.

## Valtion mielisairaaloiden palvelujen käytön vähentäminen HUS Oikeuspsykiatrian toimintaa kehittämällä

Valtion mielisairaaloiden ja THL:n kanssa käynnistetään neuvottelu valtion mielisairaaloiden palvelujen käytön hallitusta vähentämisestä laajennetulla oikeuspsykiatrian toiminnalla Ohkolassa ja oikeuspsykiatrian poliklinikalla. Tämä olisi kustannusneutraalia, mutta toiminnallisesti ylivertaista, sillä näin hoito saataisiin integroitua paremmin palvelujärjestelmään ja avohoitoon.

### Sidosryhmien kommentit

Suurin osa sidosryhmistä piti vuodeosastopaikkojen nykyistä määrää liian pienenä, Helsingin kaupunki näkee osastopaikkamäärän riittävänä. Näkemys perustui käytännön havaintoon siitä, että potilaat, joiden katsottiin tarvitsevan sairaalahoitoa, eivät pääse psykiatrisille osastoille. Edelleen todettiin, että liian huonokuntoisia potilaita kirjataan ulos sairaalasta. Sidosryhmillä oli eriäviä näkemyksiä siitä kasvaako osastopaikkojen tarve samassa suhteessa kuin väestö vai voidaanko tätä kasvua hillitä muilla toimilla, kuten sopivia asumispalvelumuotoja kehittämällä.

Osastoprofiilien osalta sidosryhmien kommentit erosivat selvästi toisistaan ja vaikutelmaksi jäi, että osastoprofiilien tarkastelu on välttämätöntä, mutta se tulee olemaan haastavaa.

#### Alustava suunnitelma osastoverkon ja osastojen profiilien muutoksista

##### Osastojen profiilien muutos

- Porvoon osaston muuttuminen hoito- ja kuntoutusosastoksi.
- Lohjan ja Raaseporin osastojen profiilien arviointi

##### Lakkautettavat osastot

- Psykiatriakeskuksen toiminta siirtyy Laakson sairaalaan
- Kehitysvammapsykiatrian osastot siirtyvät Peijakseen

##### Perustettavat osastot

- Meilahteen perustetaan päivystysosasto
- Laakson yhteissairaala aloittaa toimintansa

##### Paikkamäärän kasvattaminen

- Jorvin, Peijaksen sekä Ohkolan vuodeosastopaikkamäärää kasvatetaan
- Asumisvalmennuspaikkoja lisätään Laakson sairaalan sekä Ohkolan sairaalan yhteyteen

| Rakennus                  | Ehdotetut muutokset                                                                                                                                           |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Psykiatriakeskus</b>   | • Osastot siirtyvät Laakson sairaalaan                                                                                                                        |
| <b>Meilahti</b>           | • Akuuttiosaston perustaminen                                                                                                                                 |
| <b>Laakso</b>             | • Psykiatriakeskuksen sekä Auroran sairaaloiden akuutti- ja kuntoutusosastot siirtyvät Laakson sairaalaan<br>• Asumisvalmennuspaikkojen perustaminen Laaksoon |
| <b>Jorvi</b>              | • Kasvatetaan akuutti- ja kuntoutusosaston paikkamäärää hallitusti                                                                                            |
| <b>Peijas</b>             | • Kasvatetaan akuutti- ja kuntoutusosaston paikkamäärää hallitusti<br>• Kehitysvammapsykiatrian toiminta siirtyy Peijakseen                                   |
| <b>Hyvinkää</b>           | • Ei muutosta                                                                                                                                                 |
| <b>Porvoo</b>             | • Profili muuttuu hoito- ja kuntoutusosastoksi mahdollistaen päivystyksen lakkauttamisen                                                                      |
| <b>Lohja</b>              | • Osaston profiilin ja päivystyksen arviointi.                                                                                                                |
| <b>Raasepori</b>          | • Osaston profiilin arviointi                                                                                                                                 |
| <b>Ohkola</b>             | • Kasvatetaan kuntoutus- ja oikeuspsykiatrian paikkamäärää hallitusti                                                                                         |
| <b>Ohkola asumisvalm.</b> | • Kasvatetaan paikkamäärää hallitusti                                                                                                                         |
| <b>Kerava</b>             | • Toiminta siirtyy Peijakseen                                                                                                                                 |
| <b>Lahli</b>              | • Toiminta siirtyy Peijakseen                                                                                                                                 |
| <b>Hämeenlinna</b>        | • Toiminta siirtyy Peijakseen                                                                                                                                 |

Kuva 9: Alustava suunnitelma osastoverkon ja osastojen profiilien muutoksista.

Useissa kommentteissa huomioitiin henkilökunnan saatavuuteen, etenkin lääkäreiden saatavuuteen, liittyvät ongelmat, joiden ratkaiseminen edellyttää myös osastotoiminnan muutoksia. Osastoprofilointi on kiinteästi yhteydessä psykiatrian päivystysverkoston kehittämiseen. Päivystysosaston perustamista pidettiin tarpeellisena. ESH-vetoisen asumisvalmennustoiminnan lisäämistä pidettiin tarpeellisena.

## **Riskit**

Mikäli rahoituksen kasvu ei riitä kattamaan nousseita osastopalveluiden kustannuksia, joudutaan sopeutuksia mahdollisesti hakemaan muista toiminnoista HUSin sisällä. Helsingin päätyessä järjestämään psykiatrinen osastohoito jatkossakin omana toimintana johtaa tilanteeseen, jossa Meilahden päivystysosaston perustamista tulee arvioida uudelleen.

### 3.2 Päivystystoiminta

#### Nykytilanne ja sen haasteet

Psykiatrisista sairauksista päivystyksellistä arviota edellyttävät akuutit psykoottiset oireet, vakava itsemurhavaara ja potilaan toimintakyvyn merkittävä heikentyminen. Vakavien kriisitilanteiden arviointia ja hoitoa varten tarvitaan riittävä määrä päivystyspisteitä, joissa on käytettävissä psykiatrasta osaamista.

Päivystystoiminta ja psykiatrinen osastohoito nivoutuvat monella tavalla yhteen. Suurin osa psykiatrian osastohoitojaksoista alkaa päivystyksellisesti. Myös akuutin suljetun psykiatrian osaston toiminta edellyttää ympärivuorokautista psykiatrasta päivystystä, sillä tällaisella osastolla tulee olla valmius tehdä tahdosta riippumattomia toimenpiteitä. Lainsäädäntö näiden toimenpiteiden osalta edellyttää ”psykiatriaan perehtyneen” lääkärin hyväksyntää toimenpiteille ja tämän lääkärin tulee olla saatavilla 30 minuutin kuluessa. Toistaiseksi tulkinta laista on ollut, että varallaolopäivystys on riittämätön akuutin psykiatrisen osaston tarpeisiin, koska toimenpiteiden hyväksyntää ei voi tehdä esimerkiksi videovälitteisellä etäyhteydellä.

Päivystysasetus edellyttää, että psykiatrian erikoisalan päivystyksessä on valmius arvioida ja seurata potilaan kriisitilanteita ensisijaisesti monimuotoisilla avohoitoon ja vapaaehtoisuuteen perustuvilla palveluilla, jotka on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina niitä tarvitaan. Asetuksen myötä päivystyksien yhteyteen olisi saatava mahdollisuus seurata kriisitilanteita, jotka todennäköisesti eivät edellytä osastohoitoa, mutta edellyttävät lyhytaikaista seurantaa. Tätä mahdollisuutta ei tällä hetkellä ole Meilahden yhteispäivystyksessä tai sen yhteydessä psykiatrian erikoisalan päivystyksessä. Tällainen seurantamahdollisuus hyödyttäisi merkittävästi esimerkiksi tunne-elämän epävakaudesta kärsivien potilaiden hoitoa ja mahdollisesti jopa tukisi itsemurhien ennaltaehkäisyssä. Samoin reaktiivisten tilojen, aineiden laukaiseman tai epäselväksi jäävän oireilun ja somaattisten sairauksien poissulun hoidossa seurantamahdollisuus parantaisi potilaiden hoitoa. Oletettavasti myös tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon lähetettyjen potilaiden määrä vähenisi.

Yleisesti arvioidaan, että psykiatriseen päivystykseen hakeutumista voidaan vähentää esimerkiksi avohoidon akuuttiaikoja tarjoamalla sekä avohoidon aukioloaika laajentamalla, liikkuvalla psykiatrisella avohoidolla ja monimuotoisilla digitaalisilla palveluilla. Samoin perusterveydenhuollon valmius ja kyky vastata lievien mielenterveysongelmien ja elämänkriisien hoitoon vähentää psykiatrien päivystystyön tarvetta.

Virka-aikana psykiatrinen päivystys on hyvinvointialueiden järjestämänä terveysasemilla, lukuun ottamatta Helsinkiä, jossa psykiatrinen päivystys on tällä hetkellä HUSin järjestämänä Meilahden yhteispäivystyksessä Haartmanin sairaalan tiloissa.

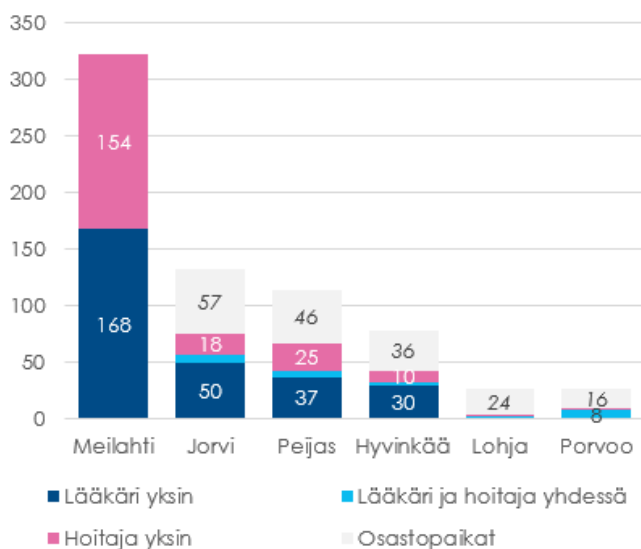
Virka-ajan ulkopuolella HUS vastaa alueensa psykiatrisesta päivystyksestä, lukuun ottamatta Helsingin kaupungin Auroran sairaalan osastopäivystystä. HUS psykiatrialla on ollut yhteensä 11 päivystysrinkiä:

- 5 yhteis- ja osastopäivystyksen yhdistelmäringiä (Hyvinkää, Lohja, Porvoo, Peijas ja Jorvi),
- 1 yhteispäivystyksenringi (Meilahti),
- 2 osastopäivystysringiä (Psykiatriakeskus ja Ohkola),
- 2 lasten- ja nuortenpsykiatrian yhteistyörinkejä, joista toinen on takapäivystysringi,
- 1 takapäivystysringi.

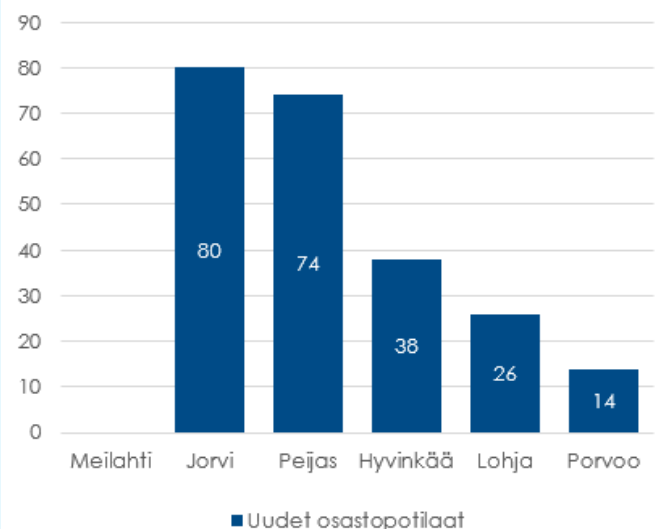
Nykyinen päivystysverkosto on kansallisesti arvioiden tiivis, kallis ja lääkäripuutteen vuoksi vaikea ylläpitää. Osassa päivystyspisteistä paikalla on ympärivuorokautinen psykiatrinen etupäivystys, vaikka päivystykseen saapuvien potilaiden määrä on vähäinen ja esimerkiksi yöaikaista päivystystarvetta ei käytännössä ole lainkaan (Kuva 10: Päivystyksen potilasmäärät, päivystävän lääkärin vastaamat osastopaikat ja uudet osastopotilaat päivystyspisteittäin.).

Eri yhteispäivystyspisteiden välillä toimintatavoissa on vaihtelevuutta. Meilahden ja Uuden lastensairaalan päivystyspisteissä mielenterveysongelmista kärsivä potilas voidaan siirtää

**Päivystyksen potilaat 2 viikon aikana**



**Uudet osastopotilaat 2 viikon aikana**



Kuva 10: Päivystyksen potilasmäärät, päivystävän lääkärin vastaamat osastopaikat ja uudet osastopotilaat päivystyspisteittäin. Päivystyksen potilasmäärä perustuu muiden kuin Meilahden osalta 2 viikon seurantaan. Meilahden luvut sisältävät myös arkena virka-aikana tavatut potilaat joiden osuus oli 27%. Meilahden päivystyksestä osastohoito tarvitsevat potilaat ohjautuvat pääasiassa Auroran sairaalaan, mistä syystä määrät eivät näy HUSin tilastoissa.

suoraan hoitajan tekemästä hoidon tarpeen arvioinnista psykiatrian vastuulle. Muissa yhteispäivystyspisteissä samoin kuin muiden erikoisalojen kohdalla myös psykiatrian vastuulle siirrytään konsultaation tai läheteen kautta yleislääketieteen päivystäjän ohjaamana.

## **Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista**

### **Päivystysverkoston tiivistäminen**

Päivystyspisteitä tulee vähentää ja ympärivuorokautista päivystystoimintaa keskittää. Päivystysverkoston tiivistäminen vaikuttaa myös osastojen profilointiin, sillä akuutit suljetut osastot tarvitsevat tuekseen etupäivystyspisteen.

### **Päivystysprosessin yhtenäistäminen ja avohoidon toiminnan laajentaminen**

Päivystysprosessi tulisi korjata kaikissa päivystyspisteissä yhtenäiseksi. Avohoidon aukiolon pitkittäminen iltaan ja akuuttiajat viikonlopulle voivat vähentää psykiatrisen päivystyksen käyttöä.

### **Päivystysosaston perustaminen Meilahteen**

Tätä on kuvattu tarkemmin luvun [Osastohoito](#) toimenpidekokonaisuuksien ehdotuksissa.

## **Sidosryhmien kommentit**

Pääosin päivystyspisteiden karsimista pidettiin perusteltuna, mutta näkemys ei ollut yhtenäinen. Akuuttiosastotoiminnan keskittämistä pidettiin mahdollisena, jos se oli päivystysverkon karsimisen edellytys. Päivystystoiminnan yhtenäistämistä pidettiin pääosin tarpeellisenä, mutta näkemys oli osin ristiriitainen. Yleisesti päivystysosaston perustamista pidettiin tarpeellisenä.

## **Riskit**

Tiivistyneen palveluverkon myötä on riskinä, että ensihoidon kuljetukset sekä liikkuvan työn tarve lisääntyy eivätkä toivotut kustannussäästöt tämän myötä realisoidu.

Päivystysverkon muutokset vaikuttavat myös osastojen profilointiin ja osasta osastoista tulisi jatkossa avo-osastoja. On mahdollista, että näille avo-osastoille ohjautuu profiloinnista huolimatta potilaita, joiden hoidossa jouduttaisiin turvautumaan tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin. Toimenpiteisiin ei kuitenkaan näillä osastoilla voitaisi päivystysaikana ryhtyä psykiatriaan perehtyneen lääkärin puuttuessa, mikä voisi aiheuttaa osastolla vaaratilanteen joko potilaalle itselleen, muille potilaille tai henkilökunnalle.

### 3.3 Avohoito

#### Nykytilanne ja sen haasteet

Valtaosa psykiatrisista potilaista hoidetaan avohoidossa ja suurin osa heistä ei missään vaiheessa tarvitse psykiatrista osastohoitoa. Avohoidon vahvistaminen on ollut 2000-luvulla vahva kansallinen ja kansainvälinen trendi ja osastohoito on muuttunutkin enemmän avohoidon tukifunktioksi. HUS Psykiatria tarjoaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon koko Uudenmaan väestölle lukuun ottamatta Helsingin aikuisväestöä, jolle Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimet tuottavat palvelut. Lisäksi HUS Psykiatrialla on tertiääripoliklinikoita, joilla tarjotaan erikoistuneita palveluja laajemmalle väestölle kuin vain Uudenmaan asukkaille. Joidenkin häiriöiden kohdalla HUS Psykiatrialla on lisäksi kansallisia hoito- ja tutkimusvastuita.

HUS Psykiatriaan tullaan potilaaksi elektiivisellä tai päivystyksellisellä läheteellä tai päivystyspoliklinikan tekemän konsultaation kautta. Elektiivisissä läheteissä noudatetaan STM:n yhtenäisiä perusteita kiireettömälle hoidolle. HUS Psykiatrian aikuispsykiatrian läheteissä on tapahtunut jatkuvasti pientä nousua (muutosprosentti 2020-2023: +30 %). Lähetemäärät vaihtelevat hyvinvointialueittain suhteessa väestöön (vaihteluväli vuonna 2023: Vantaa-Kerava 15 – Itä-Uusimaa 9,7). Eniten läheteitä tulee terveyskeskuksista (vuonna 2023 56 % läheteistä). Läheteiden palautusprosentti on pysynyt viimeiset vuodet samana ollen noin 36 %.

Psykiatrinen avohoito on monimuotoista sekä tarjoaa tavanomaisten tutkimus- ja hoitokäyntien lisäksi muun muassa tehostettua avohoitoa, etätapaamisia, ryhmä- ja verkostohoittoja, erilaisia psykoterapioita ja neuromodulaatiohoitoja. Avohoidon palveluita kehittämällä voidaan osin ennaltaehkäistä päivystyskäyntejä ja osastohoitojaksoja sekä lyhentää osastohoidon pituutta.

HUS Psykiatrian avohoitoa tarjotaan Uudenmaan alueella 40 eri osoitteessa. Osa poliklinikoista on isoja ja niihin on keskitetty runsaammin sekä henkilöstöä että palveluja. Osa yksiköistä on hyvin pieniä ja siten haavoittuvia, henkilöstön kannalta turvattomia sekä kalliita ylläpitää.

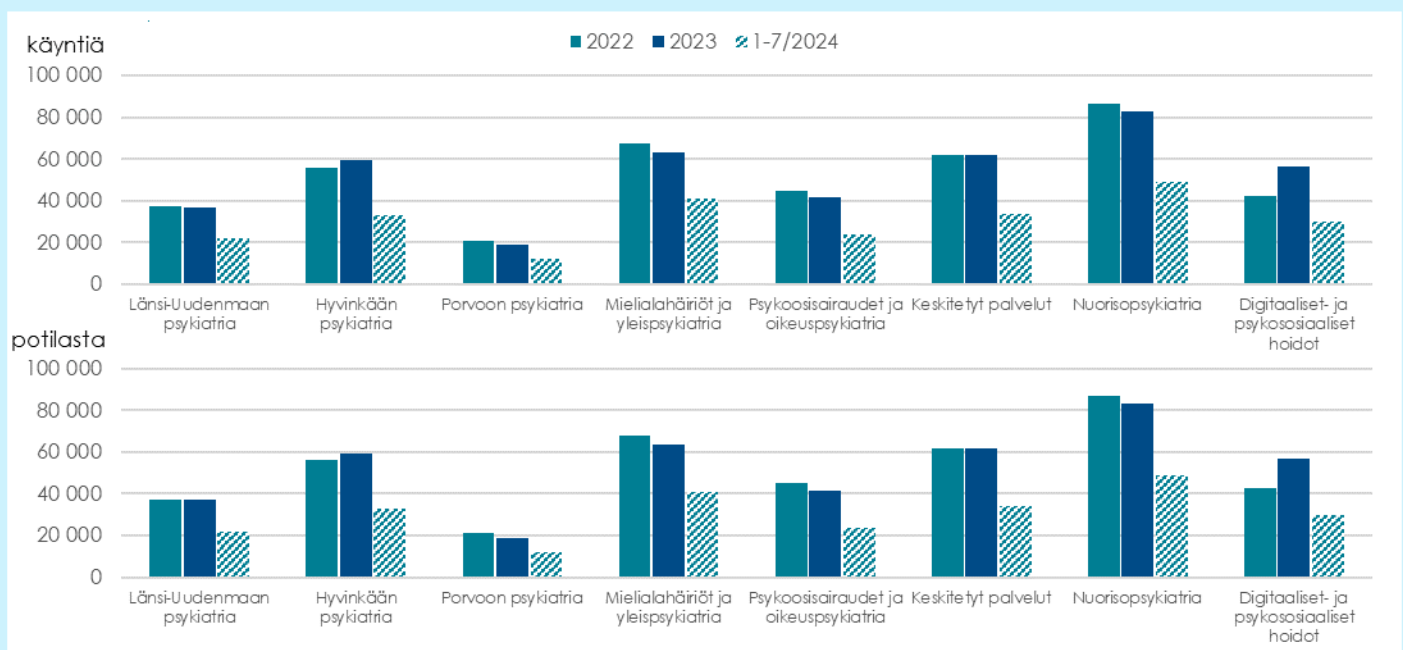
HUS psykiatria hoitaa vuosittain reilut 30 000 potilasta, ja avohoidon käyntejä on vuosittain noin 420 000 (Kuva 11: käyntien ja potilaiden jakautuminen linjoittain). Suurin diagnoosiryhmä on mielialahäiriöt, joka kirjattiin diagnoosiksi 53 % potilaista (54 % kaikista vuoden 2023 toimenpiteistä). Seuraavaksi suurin taas oli psykoosisairaudet, joka kirjattiin diagnoosiksi 10 % potilaista (22 % toimenpiteistä).

Psykiatrinen avohoito toteutetaan pääosin HUSin omana tuotantona. Osalle potilaista voidaan tarjota psykoterapiaa varten palvelusetelitä, joita annetaan sekä varhaisostopalveluterapiana (20 kertaa, annetaan tietyin kriteerein perusterveydenhuollon potilaalle, yleisimmin annettu palveluseteli) että erikoissairaanhoidon vastaanotolta ohjauksena kuntoutukseen tutkimusten jälkeen.

Avohoidon tulee pystyä vastaamaan myös kiireellisiin psykiatrisen hoidon tarpeisiin, jotta osastohoitoa ja päivystyskäyntejä voidaan ennaltaehkäistä. Kiireaikoja tarvitaan niin virka-aikana kuin virka-ajan ulkopuolella. Kiireaikoja tulisi pystyä tarjoamaan sekä HUS psykiatrialla hoidossa oleville potilaille että uusille potilaille. Tällä hetkellä organisaation kyvykyys vastata kriisiytyneisiin tilanteisiin vaihtelee linjoittain. Erityisen haasteen tuo Meilahden sairaalan yhteispäivystyksen ja Helsingin kaupungin psykiatrisen avohoidon välinen potilaspolku organisaatorajan takia.

Elektiivisillä läheteillä tuleville potilaille tarjotaan myös iltavastaanottoja kello 16–18. Myöhäisiltapäivä- ja ilta-aikojen tarve tulee toistuvasti esille, kun useat potilaat toivovat vastaanottoja ilta-aikaan sekä myös viikonloppuisin. Virka-ajan ulkopuolisten vastaanottojen tarjoaminen nostaa toiminnan kustannuksia. Lisäksi turvallisuussyistä niitä voidaan tarjota vain osastotoiminnan yhteydessä tai isoilla keskitetyillä poliklinikoilla, joilla on paikalla useita työntekijöitä.

Käynti- ja potilasmäärät HUS Psykiatrian linjoilla



Kuva 11: HUS Psykiatrian eri linjojen käynti- ja potilasmäärät 2022, 2023 ja 1-7/2024.

Lähde: HUS

## Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista

### Avohoidon palveluajan lisääminen iltaan ja viikonloppuihin

Tällä hetkellä HUSin kyvykkyys vastata potilaiden kriisiytyneisiin tilanteisiin vaihtelee linjoittain. Kiire- ja akuuttiaikoja virka-aikana sekä virka-ajan ulkopuolella tulee lisätä, jotta voidaan paremmin vastata akuutteihin psykiatrisen hoidon tarpeisiin ja näin ennaltaehkäistä päivystyskäyntejä sekä osastohoitoa.

Kiireettömiä iltavastaanottoaikoja lisätään siltä osin, kun ne ovat mahdollista järjestää turvallisesti sekä kustannustehokkaasti.

### Poliklinikkapisteiden (vuokrakohteiden) määrän vähentäminen

Poliklinikkaverkostoa tulee tiivistää. Tämä lisää työturvallisuutta ja pienentää kustannuksia, kun toimintoja keskitetään isommille poliklinikoille. Palveluverkon tiivistäminen vaatii tuekseen etäpalveluiden sekä liikkuvien palveluiden lisäämistä, jotta potilaiden tarpeisiin voidaan vastata.

### Toiminnalliset muutokset: psykoterapiainterventiot, Terapiat etulinjaan, etäkonsultaatio

Erilaiset psykoterapiainterventiot ovat kasvava osa psykiatrasta avohoitoa, ja hoitojärjestelmän tulee pystyä vastaamaan tähän kasvavaan tarpeeseen. Psykoterapiainterventioiden saatavuutta edistetään strategisella osaamisen kehittämisellä sekä koulutusresurssien suunnittelulla käytöllä. HUS-HY yhteistyönä rakennettua omaa psykoterapiakoulutusta kehitetään ja otetaan käyttöön sekä toimitaan aktiivisesti kaksipuolaisen psykoterapeuttikoulutuksen edistämiseksi yhdessä muiden tahojen kanssa.

Terapiat etulinjaan -malli on tarkoitus integroida avohoidon arkeen. Hoidon saatavuuden varmistamiseksi Terapiat etulinjaan toimii jatkossa myös osaamiskeskusrakenteena, joka vastaa menetelmien arvioinnista, koulutuksesta, laadunseurannasta, implementaatiosta sekä digitaalisten menetelmien ja sisältöjen kehittämisestä.

Hyvinvointialueille suuntautuvaa konsultaatiotoimintaa lisätään laajennetun reaaliaikaisen etäkonsultaatio (eREK) – mallilla. Tavoitteena on, että konsultaatiomahdollisuus on saatavilla aina virka-aikana. Hyvän saatavuuden myötä virka-ajan lähetteet voitaisiin jatkossa laatia pääsoin eREK-konsultaation jälkeen, joka sujuvoittaisi läheteprosessia, parantaisi hoidon porrastusta sekä vähentäisi läheteiden palautuksia. eREK-mallin myötä voitaisiin seurata perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kysyntä-tarjonta-tasapainoa ja hoitopolkujen toteutumista sekä saada palautetta näiden toimivuudesta.

## **Sidosryhmien kommentit**

Kaikki sidosryhmät olivat kiire- ja iltavastaanottoaikojen lisäämisen kannalla, näiden kustannusvaikutuksia kuitenkin tulisi tarkastella huolella. Sidosryhmät näkivät hyödyllisenä, että nykyiset eri yksiköiden toimintamallit yhtenäistettäisiin sekä jatkokehitys toteutettaisiin yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Tärkeänä pidettiin kehitystä suuntaan, jossa virka-ajan kiireaikoja tarjottaisiin oman hoitajan vastaanotolle – ei vieraalle henkilölle potilaalle vieraasta yksiköstä. Poliklinikkaverkoston tiivistämisessä nähtiin tärkeänä, ettei se johda hoidon saatavuuden merkittävään heikkenemiseen erityisesti reuna-alueilla.

EREK-toimintaa pidettiin hyvänä tapana tarjota konsultaatioita. Esitettiin konsultaatioiden laajentamista muihin ammattiryhmiin. Itse järjestelmän toimivuutta ei pidetty parhaana mahdollisena ja sen teknistä toimivuutta tulisikin jatkossa kehittää.

## **Riskit**

Tiivistyneen palveluverkon myötä riskinä on, että tarvittavien liikkuvien palveluiden kustannukset ylittävät palveluverkon tiivistämisestä saatavat säästöt.

Iltavastaanottojen, kiirevastaanottojen sekä eEREK -toiminnan lisääminen vaativat lisähenkilöstöä. Riskinä on, että tarvittavaa muutosta ei pystytä toteuttamaan lisähenkilöstön heikon saatavuuden takia.

### 3.4 Ikäryhmäkohtaiset palvelut

#### 3.4.1 Lastenpsykiatria

##### Nykytilanne ja sen haasteet

HUSissa lastenpsykiatrian linja kuuluu eri tulosalueeseen kuin muu psykiatria (Tulosalue 2:een, Lasten ja nuorten toimiala). HUS Lastenpsykiatria vastaa koko Uudenmaan alueen alle 13-vuotiaiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, lisäksi lastenpsykiatria tuottaa tertiääritason palveluita, kuten palvelua lasten ja nuorten oikeuspsykologian yksikössä väkivaltaa kohdanneille lapsille ja nuorille.

HUS Lasten- ja nuorisopsykiatria toimivat kiinteässä yhteistyössä, sillä peruspalvelujen tasolla lasten ja nuorten mielenterveyden palveluketjut ja hoitomallit on tyypillisesti organisoitu yhdeksi kokonaisuudeksi osaksi lasten ja nuorten palveluja. Tiivis yhteistyö sujuvoittaa toimintaa perustason kanssa sekä on johtamisen kannalta välttämätöntä huomioiden esimerkiksi yhteinen etu- ja takapäivystysrinki. Lastenpsykiatrian toiminnassa on yhtenevää nuorisopsykiatrisen hoidon kanssa, lukuun ottamatta osastohoitoa, joka korostuu nuorisoiäisillä potilailla.

Lastenpsykiatrian palvelutarve on ollut hienoisessa nousussa sekä käyntien että potilaiden osalta. Vuoden 2024 ensimmäisellä puoliskolla potilaita oli edellisen vuoden vastaavaan ajanjaksoon verrattuna 2 % enemmän ja käyntejä 4 % enemmän. Nykyiset palvelut ja väestörakenne huomioiden lasten ja nuorten palvelutarpeen on arvioitu vähenevän v. 2035, mutta v. 2025–2030 ennuste ei merkittävästi poikkea nykyisestä tasosta. On kuitenkin huomioitavaa, että nykyisissä palveluissa on nähtävissä puutteita (esim. riittämätön osastokapasiteetti), joka on aiheuttanut hoitovajetta. Tämä tulee huomioida jatkossa lasten palveluita suunniteltaessa, vaikka väestönkasvun perusteella palveluntarve näyttäisi vähentyvän.

Lastenpsykiatrian osastohoitokapasiteetti on tällä hetkellä pieni. Väestöön suhteutettu osastopaikkakapasiteetti on 0,03/1000 vastaavan ikäistä asukasta, maan keskiarvon ollessa 0,19/ 1000 vastaavan ikäistä asukasta (THL 49/2024). Liikkuvalla intensiivisellä avohoidolla pystytään korvaamaan osastohoitoa, mutta kaikkien vaikeimmin oireilevien lasten hoitomahdollisuudet ovat tällä hetkellä riittämättömät. Lastenpsykiatrialla, nuorisopsykiatrialla sekä Diakonissalaitoksella on käytössä yhteinen intensiivisen lastensuojelun toimintamalli, johon kuuluu yksikön vahva resurssi, sairaalakoulu sekä erikoislääkärin palvelut yksikköön tuotettuna. Kokemukset tästä mallista ovat olleet hyviä ja toimintaa tulisi jatkaa myös tulevaisuudessa.

Lastenpsykiatrian haaste on pitkään ollut perustason palvelujen heikko saatavuus sekä näiden palveluiden hajanaisuus. Tämä on johtanut tilanteeseen, jossa merkittävä osuus jopa lievestä ongelmista on päätynyt erikoissairaanhoidon. Huomioiden lastenpsykiatrien saatavuuden haasteet nyt ja tulevaisuudessa, hyvinvointialueiden ja HUSin välistä yhteistyötä tulee kehittää, jotta perustaso pystyy vastaamaan lievempien häiriöiden hoidosta sekä mielen-terveydenhäiriöiden ennaltaehkäisystä.

Lasten- ja nuorisopsykiatrialla toimii yhteinen etupäivystysrinki. Päivystysaikana potilaat ohjautuvat lääkärin arvioon suoraan hoidon tarpeen arvioinnista. HUS alueen muut etupäivystyspisteet toimivat lähete- / konsultaatioperiaatteella, kuten myös lasten ja nuorten valtakunnalliset palvelut. Alaikäisten psykiatristen potilaiden odotusaika päivystyksessä venyy kiireaikoina merkittävästi, mikä kuormittaa koko Uuden lastensairaalan päivystystä. Psykiatrasta sairaanhoitajaa ei ole saatu kaikkiin vuoroihin, jolloin päivystäjä vastaa ilman lähetettä tulevan potilaan arviosta kokonaisuudessaan. Päivystys koetaan erittäin kuormittavana. Lastenpsykiatrit pilotoivatkin tällä hetkellä kahden yhtäaikaisen iltapäivystäjän mallia päivystyksen kuormittavuuden vuoksi.

## **Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista**

### **Osastopaikkamäärän kasvattaminen**

Laakson yhteissairaalaan valmistuessa toteutetaan lasten osastopaikkojen lisäys, sekä perustetaan yhteisosasto nuorisopsykiatrian kanssa vastaten nykyistä vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten osastoa. Tämä osasto palvelee myös kansallisesti erittäin vakavasti psyykkisesti oirehtivia lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat turvaosasto-olosuhteita erityistason yksikössä.

### **Vaikeasti väkivaltaisten ja toistuvasti itseään vahingoittavien lasten hoidon kehittäminen**

Kehitetään vaikeasti väkivaltaisten ja toistuvasti itseään vahingoittavien lasten hoitoa yhteistyössä lastensuojelun kanssa.

### **Avohoidon kehittäminen: kotipesätoiminta, Terapiat etulinjaan**

Avohoidon palvelut tulee jatkossakin turvata riittävien osastohoitopalveluiden rinnalla ja palveluita kehittäessä tulee huomioida nykyisten palveluiden puute sekä hoitovaje.

Lastenpsykiatrian kotipesätoiminta tukee jatkossa perustason lasten psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoa mm. menetelmäkoulutuksin.

Terapiat etulinjaan -hankkeessa kehitetään jatkossa myös mm. Lasten interventionavigaattori sekä muita lasten tukipalveluluita. Porrasteista hoitovalikkoa suunniteltaessa huomioidaan keskeisesti vanhemmuuden tuki sekä keskeiset häiriöt, kuten käytöshäiriöt sekä neuropsykiatristen häiriöiden tuki.

### Lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystys

Nykyisen päivystysjärjestelmän kehittäminen esimerkiksi triage-hoitajan avulla. Päivystysvalvonnassa tapahtuvan yön yli seurannan ilman potilaan siirtymistä psykiatriselle akuutti-osastolle toteuttamismahdollisuuksien selvittäminen ja edistäminen.

### Sidosryhmien kommentit

Sidosryhmien näkemyksen mukaan lasten osastopaikkamäärä näyttäytyy tällä hetkellä riittämättömänä. Sidosryhmät näkivät tärkeänä vaikeasti väkivaltaisten ja toistuvasti itseään vahingoittavien lasten hoidon kehittämisen yhteistyössä lastensuojelun sekä perustason terveydenhuollon kanssa. Lisäksi tuotiin esille tarve huomioida vanhempien tuki lasten psykososiaalisissa menetelmissä niin neuropsykiatrisissa kuin käytöshäiriöissäkin. Yhtenä näkökulmana tuotiin myös ruotsinkielisten laadukkaiden palveluiden turvaaminen nyt ja tulevaisuudessa. Tärkeänä nähdään erikoissairaanhoidon konsultaatiotuen saatavuuden parantaminen hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille (ml. lastensuojelulaitokset sekä valtion koulukodit).

### Riskit

Lastenpsykiatrian palveluiden kehittämisessä keskeisenä haasteena näyttäytyy valtakunnallinen pula lastenpsykiatrian erikoislääkäreistä. Riskinä on, että osastopaikkamäärän kasvattaminen sekä avohoitopalveluiden laajentaminen lisäävät virkalääkäreiden kuormitusta, joka voi edelleen heikentää lääkäreiden saatavuutta virkoihin. Tätä voidaan ennaltaehkäistä selkeillä työnkuvilla ja lääkäreiden työpanoksen rajaamista tehtäviin, joissa heidän työpanoksensa on välttämätöntä.

### 3.4.2 Nuorisopsykiatria

#### Nykytilanne ja sen haasteet

Lapsuus- ja nuoruusvaiheen merkitys ihmisen koko elämän hyvinvoinnin ja terveyden kannalta on merkittävä. Suuri osa psyykkisistä sairauksista puhkeaa lapsuuden ja nuoruuden aikana. Mielenterveyden häiriöt ovat koululaisten ja opiskelijoiden tavallisimpia terveyteen

liittyviä ongelmia. Nuorten tulevaisuuteen liittyy yhä enemmän globaaleja epävarmuustekijöitä, kuten ilmastonmuutos, jotka voivat aiheuttaa tulevaisuutta koskevaa ahdistusta ja epävarmuuden tunnetta.

Nuorten koettu psyykinen hyvinvointi ja työkyky on huonontunut ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten määrä kasvaa ja on kansainvälisesti katsottuna iso. Pandemian jälkeen nuorten uudet psykiatriset diagnoosit ovat lisääntyneet erikoissairaanhoidossa lähes viidenkaksella.

HUS Nuorisopsykiatria vastaa koko HUS alueen 13–17-vuotiaiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. HUS Nuorisopsykiatria tavoittaa ja hoitaa vuosittain merkittävän osan, noin 7–8 % ikäryhmästä, ja on psykiatrisen erikoissairaanhoidon suurin ikäsegmentti. Nykyisellään osastohoidon paikkoja on Psykiatriakeskuksessa 46, avohoidon toimipisteitä 28 koko Uudenmaan alueella sekä henkilöstöä noin 500 psykologit ja sosiaalityöntekijät mukaan lukien. HUS Nuorisopsykiatrian toiminta on järjestetty nykyisten Uudenmaan hyvinvointialueiden mukaan, pois lukien osastotoiminnot sekä erityispoliklinikat, jotka palvelevat koko Uttamaata.

Kokonaisuudessa tarkastellen nuorisopsykiatrisen osastohoidon kysyntä on kasvanut viime vuosien aikana merkittävästi. Nuorisopsykiatrian osastohoidon kesto on taas lyhentynyt (2,8 vrk), ja etenkin akuuttiosastojen kuormitus on korkea, yli 95 %. Väestöön suhteutettu osastopaikkaosuus on 0,48 paikkaa/1000 vastaavan ikäistä asukasta, joka on matalampi kuin koko mana keskiarvo 0,89 paikkaa/ vastaavan ikäistä 1000 asukasta (THL 49/2024). Modernin nuorisopsykiatrisen osastohoidon tarkoitus on olla kestoiltaan mahdollisimman lyhyttä, jolloin hoidon painopiste säilyy avohoidossa. Osa potilassegmenteistä, kuten vakavasti masentuneet nuoret, hyötyisivät kuitenkin selvästi pidemmistä osastohoidon jaksoista, jota tämänhetkinen osastokapasiteetti ei mahdollista.

Alkuvuoden 2024 nuorisopsykiatrian potilasmäärä kasvoi 9,0 % ja avohoidon käyntimäärät kääntyivät kasvuun 5,5 %, verrattuna samaan ajanjaksoon vuonna 2023. Polikliinistä avohoittoa tuetaan nykyisin tehostetun avohoidon toiminnalla, joka vastaa erityisen suuressa riskissä olevien nuorten akuuttivaiheen hoidosta.

Nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido on pääosin avohoittoa (palveluista 87 % avohoittoa). Nuorisopsykiatria tuottaa omana toimintana polikliinisen hoidon osana useita fokuksitoituja häiriökohtaisia hoitomalleja, joita täydennetään palveluseteli- ja ostopalveluterapioilla. Tertiääripalveluina tuotetaan mm. sukupuoli-identiteetin tutkimuksia, neuropsykiatriaa, päihdepsykiatriaa ja yleissairaalapyykiatriaa.

HUS nuorisopsykiatrian yhteistyörajapinnat ovat moninaiset, mikä haastaa johdonmuksista strategista johtamista. Yhdyspintoihin kuuluvat hyvinvointialueiden lisäksi muun muassa HUSin LaNu-segmenttiryhmä sekä Diakonissalaitos. Vaikeasti oireilevien ja

vaativaa sijoitusta tarvitsevien lasten ja nuorten hoidon porrastus sekä psykiatrisen hoidon ja arjen tuen ja asumisen järjestäminen koordinoitusti ovat olleet LaNu-segmenttir ryhmän fokuksena. Tämän potilasryhmän tarpeisiin vastatakseen lasten ja nuorisopsykiatrialla sekä diakonissalaitoksella on käytössä intensiivisen lastensuojelun toimintamalli, johon kuuluu yksikön vahva resurssi, sairaalakoulu sekä erikoislääkärin palvelut yksikköön tuotettuna. Kokemukset mallista ovat olleet hyviä ja toiminta vastaa nuorisopsykiatrian näkökulmasta kehysriihen -24 ehdotusta hybridiyksiköistä.

Lasten ja nuorten porrasteista hoitomallia on kehitetty Terapiat Etulinjaan -toimintamallin tukemana. Tätä on kuvattu tarkemmin luvussa [HUSin ja hyvinvointialueiden yhteistyö](#).

## Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista

### Vaikeasti oireilevien nuorten hoidon kehittäminen

Vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten osasto palvelee myös kansallisesti erittäin vakavasti psyykkisesti oirehtivia lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat turvaosasto-olosuhteita erityistason yksikössä. Vaikeasti oireilevien ja 'suurkuluttajien' eli runsaasti osastohoidon palveluja käyttävien potilaiden ympärille rakennetaan toimiva ammattilaisverkosto ja hoitomalli. Varsinaisten lastensuojelun hybridiyksiköiden (kehysriihi –24) toimintamalli on jo pitkälti olemassa, ja sitä voidaan tämältyyppisten yksiköiden henkilöstölisäyksen tarve huomioiden lähestyä esimerkiksi lastensuojelun hankeyhteistyön kautta. HUSilla voi olla myös merkittävä rooli lastensuojelun menetelmien, kuten MDFT:n pohjalta kehitettävien menetelmien koulutuksessa ja käyttöönotossa.

### Avohoidon kehittäminen

Avohoidon palveluvalikkoa kehitetään ja polikliinisen hoidon tukena käytetään edelleen manualisoituja näyttöön perustuvia, skaalautuvia ja ylläpidettäviä hoitomalleja. Erikoissairaanhoidon hoitovalikon tulisi kuitenkin yhteen sovittua kehittyvien perustason palvelujen kanssa, jonka suunnittelussa nuorisopsykiatria toimii mielellään yhteistyökumppanina.

Lisäksi nuorisopsykiatria kehittää ja laajentaa Uudellemaalle tehostetun avohoidon ja päiväyksiköiden toimintamallin polikliinista hoitoa tukemaan kiireellisestä avohoitoa tarvitseville nuorille (esimerkiksi itsetuhoisesti käyttäytyvät nuoret). Tavoitteena on palveluiden paranemisen lisäksi osastohoidon tarpeen väheneminen.

### Tertiäriset palvelut: sukupuoli-identiteetti, syömishäiriöt, päihdepalvelut

HUSin vastuu nuorten sukupuoli-identiteetin tutkimuksesta ja hoidosta jatkuu ja toimintaa vahvistetaan.

Syömishäiriöiden osalta vakiinnutetaan organisaatiouudistus, jossa syömishäiriötoiminta keskitetään hallinnollisesti nuorisopsykiatrian ja syömishäiriöiden linjalle. Uudistuksen tarkoituksena on kehittää ja mahdollistaa saumattomasti nuorten syömishäiriöiden hoito syömishäiriöihin perehtyneen tiimin toimesta silloinkin, kun nuoren syömishäiriöön liittyy merkittävää psykiatrasta yhteissairastavuutta, kuten masennustila tai itsetuhoista käyttäytymistä.

Nuorisoikäisten potilaiden, jotka tarvitsevat myös erikoissairaanhoidon taseisia päihdepalveluja, tulisi jatkossa saada paremmin integroitua hoitoa ja esimerkiksi korvaushoidon järjestämistarpeen selvittäminen on ajankohtaista. Hoidon pääpaino tulisi kuitenkin pysyä perustason palveluissa (pois lukien nuorten korvaushoitoja haastavat kaksoisdiagnoosipotilaat) huomioiden hoidon saavutettavuus.

### Lasten- ja nuorisopsykiatrian päivystys

Tätä on kuvattu tarkemmin luvussa [Lastenpsykiatria](#)

### Sidosryhmien kommentit

Sidosryhmien näkökulmasta hoidon porrastus nuorisopsykiatrian osalta on haastava, ja lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoito perustasolla koetaan osin vaikeaksi järjestää. Lastenpsykiatria verrattuna nuorisopsykiatrian lähetekynnys koetaan korkeaksi, johtaen tilanteeseen, jossa myös osa vaikeasti oireilevista nuorista on hoidossa perustasolla. Nostettiin esille tarve kehittää nuorisoikäisten erikoissairaanhoidon ja perustason välistä hoitoketjua sekä palveluvalikkoa, jotta nuorten hoito olisi mahdollisimman saumatonta. Osa Uudenmaan hyvinvointialueista näkee nuorten avo- sekä osastohoidon toimintakapasiteetin riittämättömänä, jonka nähdään johtavan lastensuojelun häiriökysyntään, joka on kallista ja ei-vaikuttavaa hoitoa. Tätä häiriökysyntää voitaisiin vähentää kehittämällä ja vahvistamalla vaikuttavia hoitomuotoja, kuten tehostettua avohoitoa ja välimuotoisia palveluita. Lisäksi tuotiin esille nuorten erikoissairaanhoidon pitkää jonottamisaikaa (niin avo- kuin osastohoitoon) sekä konsultaatioyhteistyön puutteita perustason kanssa. Syömishäiriöitä sairastavien nuorten sekä kehitysvammaisten alaikäisten hoitopolut tunnistetaan puutteellisiksi ja pirstaleisiksi. LaNu-päivystyksen walk-in toimintamallia toivotaan myös tarkasteltavaksi uudelleen, eli palveleeko malli erikoissairaanhoidon tarvitsevia lapsia ja nuoria. Vanhempien mahdollisuus osallistua nuorten osastohoitoon tulisi varmistaa jatkossakin. Esille tuotiin myös tarve nuorten päihdehoidon kehittämiseksi painottuen jalkautuviin ja matalan kynnyksen palveluihin. STM pyysi huomioitavaksi ns. hybridiyksiköiden perustamista kehysriiheen -24 perustuen. Lasten ja nuorisopsykiatrian sekä diakonissalaitoksen kanssa yhteistyönä järjestetty intensiivisen lastensuojelun toimintamalli nähdään toimivana, mutta koetaan sen olevan riittämätön vastaamaan alueen tarpeisiin. Esille tuotiin myös tarve harkita

Valtion koulukotien ja nuorisopsykiatrian yhteistyön vahvistamista, sillä nykyisessä mallissa koulukodit sekä muut vaativan tason laitoshoidon yksiköt tukeutuvat toiminnassaan usein yksityisiin psykiatreihin.

## **Riskit**

Nuorisopsykiatrian palveluiden kehittämisessä keskeisenä haasteena näyttäytyy valtakunnallinen pula nuorisopsykiatrian erikoislääkäreistä. On erittäin tärkeää, että palvelumäärän ja -muotojen muutokset tehdään huolellisesti, jotta ne eivät turhaan lisää virkalääkäreiden kuormitusta, joka voi edelleen heikentää lääkäreiden saatavuutta virkoihin. Tätä voidaan ennaltaehkäistä selkeillä työnkuvilla ja lääkäreiden työpanoksen rajaamista tehtäviin, joissa heidän työpanoksensa on välttämätöntä.

### **3.4.3 Geropsykiatria**

#### **Nykytilanne ja sen haasteet**

Uudenmaan väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa 21 % vuoteen 2035 mennessä ja voimakkaimmin kasvaa 85 vuotta täyttäneiden osuus (104 %). Vanhimmissa ikäluokissa somaattiset sairaudet, kuten muistisairaudet, altistavat voimakkaasti psykiatriselle oireilulle, minkä vuoksi psykiatrisen arvioinnin ja hoidon tarve lisääntyy suhteessa paljon nopeammin kuin ikääntyvien lukumäärä kasvaa. Väestönosuuteen ja sairastavuuteen nähden geropsykiatrian absoluuttinen ja suhteellinen resursointi on hyvin pieni. Vanhusväestön nopea kasvu aiheuttaa vääjäämättä vuodeosastokapasiteetin tarpeen nousua (Kuva 13: Ennuste geropsykiatrian tarpeesta).

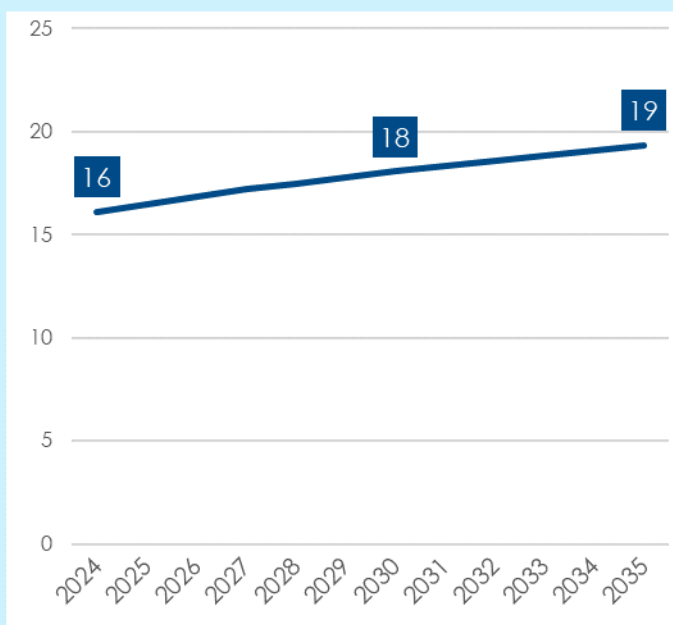
Geropsykiatrian toiminta on monimuotoista ja perustuu vahvaan yhteistyöhön eri tahojen kanssa. Suuri osa hoidosta toteutetaan yhteistyössä geriatrian ja sosiaalipalveluiden (kotihoidon) kanssa. Keskeisiä potilasryhmiä alalla ovat mielialahäiriöt, ei-affektiiviset psykoosit, aivosairauksiin liittyvät neuropsykiatriset häiriöt ja erilaiset ahdistuneisuushäiriöt,

erityisesti yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. HUSin kaikki kolme geropsykiatrasta osastoa sijaitsevat Psykiatriakeskuksessa. Geropsykiatrinen poliklinikka on alueellisesti jakautunut Jorvin, Tikkurilan ja Helsingin poliklinikoihin. Näiden toimintojen lisäksi geropsykiatria järjestää Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella Katriinan sairaalassa hybridiosastolla geropsykiatrasta hoitoa erillissopimuksella niille potilaille, jotka eivät tarvitse mielenterveyslain mukaista rajaamista. Yhteistyö Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa on aktiivista ja geropsykiatria järjestääkin viikoittaiset konsultaatiot useisiin alueen perustason sairaaloihin ja geriatriksille poliklinikoille sekä konsultaatiopuhelinpalvelut ja eREK-konsultaatiot HUS-alueen terveydenhuollon toimijoille.

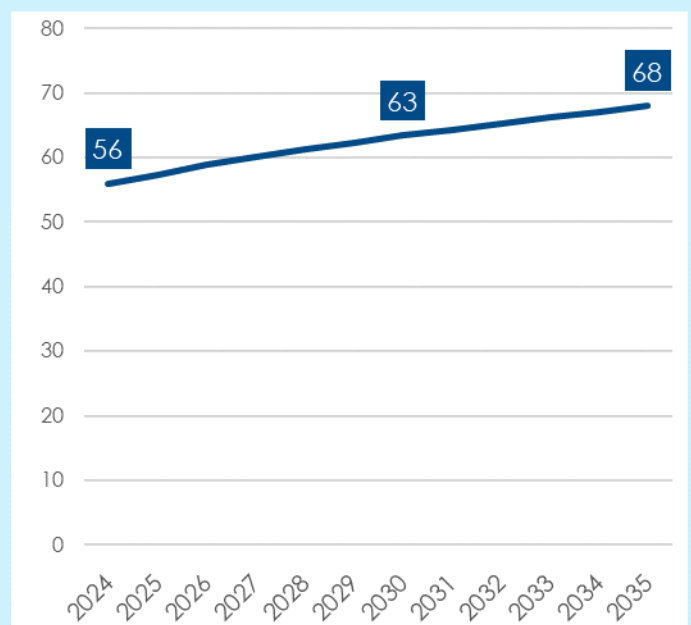
Sairaalapaikkojen tehokasta käyttöä häiritsee riittävästi tuetun palveluasumisen niukka saatavuus Uudenmaan hyvinvointialueilla, mikä on johtanut pitkittyneisiin hoitajaksoihin. Tuetun palveluasumisen saatavuutta lisäämällä voitaisiin ehkäistä pitkiä hoitajaksoja ja parantaa näin potilaiden pääsyä osastohoitoon. Potilaiden hoidon kannalta keskeinen ongelma on sähköhoidon jo vuosia vaikeana jatkunut jonotilanne: nykyisin hoitoa joudutaan odottamaan osastopotilaillakin usein yli kuukauden ajan. Potilaiden vaikeaoireisuus on lisääntynyt ja sähköhoidon tarve kautta psykiatrian on kasvanut.

Geropsykiatrasta osaamista ylläpidetään sisäisten koulutusten avulla ja mm. vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelman avulla. Nopeimmin kasvavan potilasryhmän (muistisairauksien neuropsykiatriset oireet) hoidossa kehitetään uusia hoitomuotoja, kuten lääkkeettömän hoidon malleja. Lisäksi tutkimusten mukaan geropsykiatriset potilaat hyötyvät myös

**Arvio geropsykiatrian osastopaikkojen tarpeesta 2024-2035**



**Arvio geropsykiatrian avohoitokäyntien tarpeesta 2024-2035**



Kuva 12: Arvio geropsykiatrian osastopaikkojen ja avohoitokäyntien tarpeen kehityksestä tulevana vuosina. Arvio perustuu ikäryhmittäisen kasvun ennusteeseen ja olettaa ikäryhmän palvelunkäytön pysyvän nykyisellä tasolla. Lähde: HUS, tilastokeskus, tiekarttatyöryhmän analyysi

psykoterapiasta nuorempien potilaiden tapaan. Geropsykiatristen potilaiden terapiatarve tulisiikin pitää mukana Terapiat etulinjaan -hankkeen kehittämisessä.

## **Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista**

### **Sairaansijojen määrän kasvattaminen ja hoitomuotojen kehittäminen**

Vanhusväestön nopea kasvu aiheuttaa vääjäämättä vuodeosastokapasiteetin tarpeen nousua. Sairaansijatarpeen kasvuun voidaan vaikuttaa palveluasumista kehittämällä sekä tehokkaampien hoitomuotojen kuten sähköhoidon saatavuuden merkittäväällä parantamisella ja avohoidossa kriisitilanteiden ennaltaehkäisyllä ja tehokkaalla hoidolla.

### **Hyvinvointialueiden ja HUS Psykiatrian yhteisen geropsykiatrisen hoidon kehittämisen ja laajentaminen**

Somaattiseen sairaanhoitoon integroituvaa geropsykiatrista hoitoa (ns. hybridimalli tai vastaava) tulisi edelleen kehittää kertyneiden kokemusten mukaisesti. Tiivis ja monipuolinen konsultatiivinen sekä koulutuksellinen yhteistyö geriatrian ja hyvinvointialueiden tuottamien palvelujen kanssa on keskeistä.

## **Sidosryhmien kommentit**

Konsultaatiotoimintaa geropsykiatrian kanssa kiiteltiin. Esille tuotiin, että geropsykiatrisille osastoille on vaikea saada potilaita. Myös absoluuttinen ja suhteellinen resursointi näyttyy pienenä. Esille tuotiin huoli osastopalveluiden riittävydestä tulevaisuuden väestökehitys huomioiden. Toisaalta asumispalveluiden saatavuus näyttäytyi riittämättömältä ja merkittävä osa osastohoitoa odottavista potilaista odottaa asumispalvelupaikkaa. Hybridiosastotoiminnan osalta näkemykset vaihtelivat, osa toivoi tämän toiminnan jatkamista sekä laajentamista, toisaalta havaittiin myös tarve toiminnan tarkemmalle kustannusvaikuttavuuden arvioinnille.

## **Riskit**

Palveluiden kehittämisen haasteena näyttäytyy henkilökunnan saatavuuteen liittyvät tekijät. Lisäksi toiminnan järjestämisen vastuun jakautuminen sekä hyvinvointialueille, että HUS Psykiatrialle, saattaa johtaa hoitoketjujen toimimattomuuteen ja saman kaltaisten palvelujen järjestämiseen hieman eri näkökulmista. Tämä muodostaa myös riskin osaoptimoinnin mahdollisuudelle esim. resurssien käytön suhteen, mikäli yhteisiin toimintatapoihin ei pystytä riittävällä tasolla sitoutumaan.

### 3.5 Tertiääriset palvelut

HUS Psykiatria on integroitu järjestelmä, johon kuuluu myös maan johtava tertiäärisiä palveluja alueellisesti ja kansallisesti tarjoava yliopistoklinikka. Tertiääristen palvelujen tarve kehittyä ajassa, minkä vuoksi valikoimaa tulee myös kehittää. Tertiääriset työryhmät ovat suosittuja koulutuspaikkoja, mahdollistavat kliinisen työn ja tutkimuksen yhdistämisen sekä mielekkäiden työnkuvakokonaisuuksien rakentamisen. Tässä osiossa tarkastellaan tarkemmin kolmea tertiäärisen palvelun kokonaisuutta: oikeuspsykiatria, riippuvuuspsykiatria sekä kehitysvammalääketiede.

#### 3.5.1 Oikeuspsykiatria

##### Nykytilanne ja sen haasteet

Terveystieteiden tutkimuksessa oikeuspsykiatrian tehtävänä on vastata psyykkisesti sairaiden henkilöiden tutkimuksesta ja tietyissä tapauksissa myös hoidosta. HUS Psykiatria tarjoaa rikosoikeudellisen oikeuspsykiatrian palveluja eli tekee THL:n pyynnöstä rikoksesta syytettyjen tai epäiltyjen henkilöiden mielentilatutkimuksia. Mielentilatutkimusten määrä on Suomessa viime vuosina hieman lisääntynyt. Vuodesta 2017 alkaen mielentilatutkimuksia koko maassa on tehty vuosittain keskimäärin noin 96, vuonna 2021 tutkimuksia tehtiin 113 (Tilastotietoa oikeuspsykiatrian tehtäväalueen päätöksistä, THL). Ohkolan sairaalassa mielentilatutkimuksia tehdään vuosittain 12–17 kpl (2020: 14 kpl, 2021: 12 kpl, 2022: 14 kpl, 2023: 17 kpl). Toukokuussa 2024 meneillään olevien mielentilatutkimusten päätyttyä Ohkolassa on tehty 12 tutkimusta ja loppuvuodelle on jo sovittuna 5 uutta tutkimusta, joten vuoden 2024 kokonaismäärä tulee olemaan edellisvuotta suurempi.

Terveystieteiden oikeuspsykiatrian aluetta on mielenterveyslakiin, kehitysvammalakiin ja päihdehuoltolakiin pohjautuva tahdosta riippumatta annettava hoito. HUS Psykiatria hoitaa sekä THL:n oikeuspsykiatriseen hoitoon määräämiä potilaita, että niin sanottuja vaikeahoitoisia potilaita, jotka sairautensa takia toimivat ajoittain itselleen tai ympäristölleen vaarallisesti. THL määrää potilaat pääosin hoidettavaksi samaan sairaalaan, jossa mielentilatutkimus on suoritettu. Siviilioikeuspsykiatrian tehtäviä HUS Psykiatria tekee vähemmän, joskin niiden tarve on tunnistettu.

Ohkolan sairaalan 110 paikkaa (sisältää oikeuspsykiatrian ja muu psykoosikuntoutuksen) on käytännössä aina täynnä. Vuonna 2023 keskimääräinen kuormitus osastoilla oli 103 %. Lisäksi HUS Psykiatrialla on oikeuspsykiatrinen poliklinikka, joka toimii kahdessa eri pisteessä. Toukokuussa 2024 hoidossa oli 66 oikeuspsykiatrista potilasta, joista 27 valvonta-ajalla (eli siis kirjoilla osastolla tahdosta riippumattomassa hoidossa, mutta käytännössä avohoidossa) ja 8 harjoittelussa valvonta-ajalla siirtymiseen. Oikeuspsykiatriset

sairaalahoidot ovat tyypillisesti hyvin pitkiä, sillä keskimäärin oikeuspsykiatrinen hoito kestää 8–10 vuotta (Kaarre et al. 2022). Ohkolan lisäksi Uudenmaan potilaita hoidetaan myös Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa. Näiden valtion mielisairaaloissa hoidettavien potilaiden vuosittaiset kustannukset ovat noin 8 miljoonaa euroa.

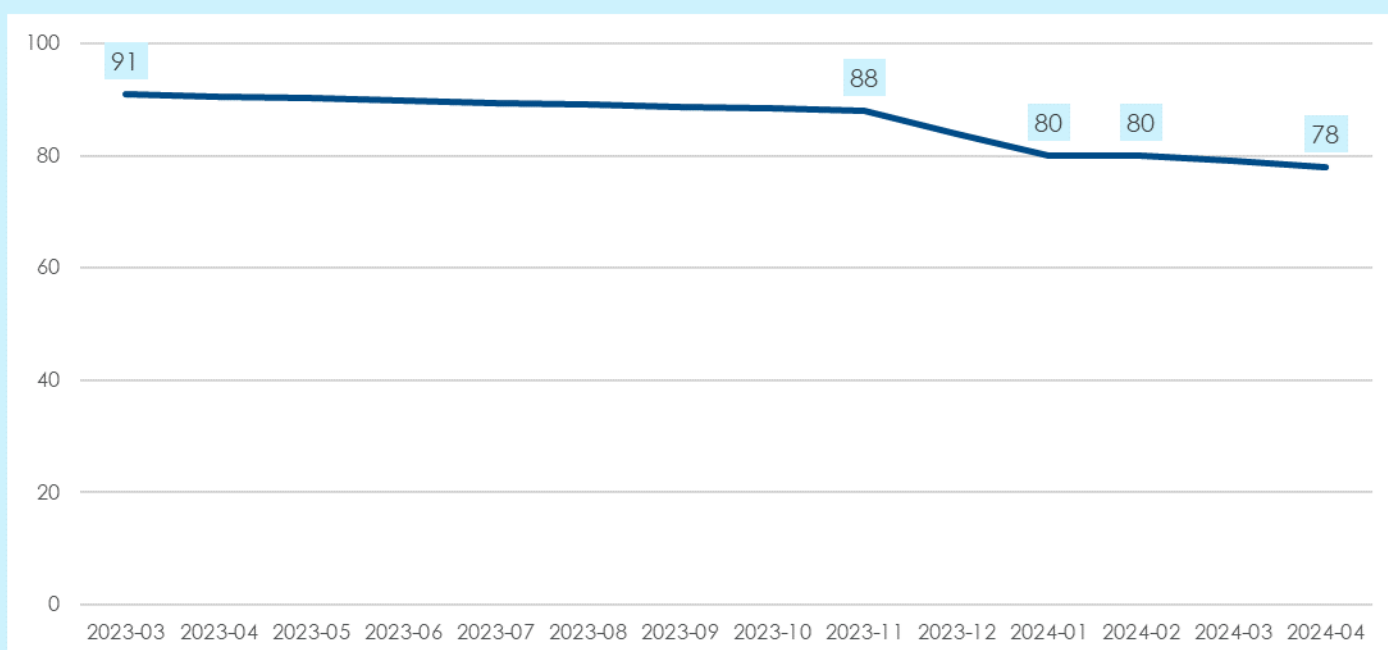
HUS Psykiatrian tahtotilana on ollut tarjota oikeuspsykiatrisille kuntoutujille hoitoa lähellä omaa kotipaikkaa ja omaisia. Yleisesti on pyritty myös lyhentämään oikeuspsykiatristen hoitojen kestoja ja kehittämään polikliinista oikeuspsykiatriaa. Valtion mielisairaaloissa hoidettavien potilaiden määrää onkin saatu viime vuosina laskettua (Kuva 14: Valtion mielisairaalan potilaat) ja tavoitteena on jatkaa samaa trendiä tulevinä vuosina.

## Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista

### HUS oikeuspsykiatrian roolin vahvistaminen suomalaisessa oikeuspsykiatrian palveluverkossa

Lisäämällä asumisvalmennuspaikkoja sekä oikeuspsykiatrian poliklinikan toimintaa, pystytään siirtämään oikeuspsykiatrisia potilaita aiempaa sujuvammin valvonta-ajalle, joka mahdollistaa vähäisemmän valtion mielisairaaloiden käytön. Laajennettava oikeuspsykiatrinen toiminta on siis näin kustannusneutraali sekä toiminnallisesti järkevä ja potilaslähtöinen tapa hoitaa oikeuspsykiatrisia potilaita hoidon integroitua paremmin palvelujärjestelmään ja avohoitoon aiempaa tehokkaammin.

Uudenmaan alueen valtion mielisairaaloissa hoidossa olevien potilaiden määrän kehitys  
03/2023–04/2024



Kuva 13: Uudenmaan alueen valtion mielisairaaloissa hoidossa olevien potilaiden määrän kehitys.  
Lähde: HUS

Osastojen osalta Ohkolaan on jo päätetty rakentaa modernit sekä hyvin resursoidut oikeuspsykiatrisen yksikön tilat, mikä vahvistaa yksikön roolia suomalaisessa oikeuspsykiatrian palveluverkossa. Avohoidon osalta taas tavoitteena on vahvistaa ja kehittää oikeuspsykiatriasta avohoitotoimintaa, jonka osaamisessa on havaittu puutteita kansallisella tasolla. Tätä puutetta voidaan korjata rakentamalla kansallisia osaamiskeskittymiä esimerkiksi parafilioiden hoitoon ja muihin oikeuspsykiatriisiin erityiskysymyksiin.

Strategisena tavoitteena on vahvistaa HUSin roolia mielentilatutkimusten tekijänä ainakin eteläsuomalaisten potilaiden osalta. Ohkolan tontin puitteissa on mahdollista löytää tilaa myös osastotoiminnan laajentamiselle, mikäli suurempi määrä eteläsuomalaisia potilaita halutaan hoitaa lähempänä kotiseudun muuta palveluverkostoa.

Muutoksen edistämiseksi aloitetaan neuvottelut valtion mielisairaaloiden ja THL:n kanssa palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

## **Sidosryhmien kommentit**

HUS Psykiatrian tavoitteeseen lisätä oikeuspsykiatriasta toimintaa mm. vahvistamalla oikeuspsykiatriasta poliklinikkatoimintaa suhtaudutaan valtaosin myönteisesti, mutta muutoksissa tulisi huomioida tämän potilasryhmän erityistarpeet sekä Valtion mielisairaaloiden erityisosaaminen vaikeahoitoisten/vaarallisten sekä oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa.

## **Riskit**

Oikeuspsykiatristen potilaiden osastohoidon osalta kansallinen koordinaatio puuttuu, joka on johtanut osaoptimointiin valtion mielisairaaloiden kapasiteetin suunnittelun tapahtuessa ilman keskustelua palvelujärjestelmän kanssa. Riskinä nähdään, että HUSin lisätessä omaa palvelutuotantoaan, Valtion mielisairaaloista vapautuu paikkoja, jonne THL voi määrätä potilaita hoitoon kasvattaen näin HUS-alueen oikeuspsykiatristen potilaiden absoluuttista määrää.

Oikeuspsykiatrian suunniteltu kehittäminen vaatii lisäresursseja sekä investointeja. Mikäli näitä ei pystytä järjestämään riskinä on, että suunnitelmaa ei päästä toteuttamaan ja tilanne pysyy ennallaan.

### 3.5.2 Riippuvuuspsykiatria

#### Nykytilanne ja sen haasteet

Alkoholinkulutus on Suomessa eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen ongelma on runsas kertakulutus eli humalajuominen. Terveysthuollon naispotilaista noin 10 %:lla ja miespotilaista lähes 20 %:lla on arvioitu olevan alkoholiongelma (Alkoholiongelmat: Käypä hoito -suositus, 2015).

Huumeiden osalta suomalaisten huumeiden kokeilu ja käyttö ovat yleistyneet 1990-luvulta lähtien (Karjalainen K et al. 2023) ja yhä useammalla 15–69-vuotiaalla suomalaisella on omakohtaista kokemusta huumeista. Nuorista aikuisista (25–34-vuotiaat) lähes puolet on kokeillut huumeita ja ikäryhmän miehistä yli puolet. Yleisimmin kokeiltu tai käytetty huume on kannabis. Kannabista kokeilleiden osuus on viisinkertaistunut vuoden 1992 kuudesta prosentista 29 prosenttiin vuonna 2022. Myös muita huumeita joskus elämänsä aikana kokeilleita on vuonna 2022 aiempaa enemmän.

Tutkimustieto viittaa siihen, että kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla paras hoitotulos saavutetaan integroidulla hoidolla, jolla tarkoitetaan päihde- ja muun mielenterveyden häiriön hoitoa samanaikaisesti yhden moniammatillisen työryhmän toimesta (Hakobyan S et al. 2020). Mitä huonompi toimintakyky on, sen tärkeämpää on integroitu hoito. Päihde- ja riippuvuusstrategiaan on kirjattu kansalliset painopisteet päihdehoidon kehittämisessä (STM 2021:17) ja mm. psykososiaalisten hoitojen osalta on olemassa Palveluvalikoimaneuvoston suositukset (Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. 2021.; Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät osa 1: Alkoholiriippuvuus. 2020).

Käytännön tasolla palveluiden saatavuus on kuitenkin hyvin vaihtelevaa ja usein puutteellista. Julkiseen terveydenhuoltoon kuuluvia palveluja on myös ulkoistettu kolmannen sektorin toimijoille (esim. opioidikorvaushoito), jolloin palveluketjut eivät ole sujuvia ja palveluiden kokonaisuus on usein pirstaloitunut ja vaikeasti hahmotettava. Päihdehäiriöiden hoitoa toteutetaan myös sosiaalihuollon alaisuudessa, vaikka kyse on sairauksien hoidosta ja määritelmällisesti siten osa terveydenhuollon toimintaa. Päihdehäiriö saattaa myös rajoittaa muun tarpeellisen terveydenhoidon, kuten psykiatrisen hoidon, saamista.

Apulaisoikeusasiamies Maija Sakslin on todennut, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kiireelliset tarpeet ja oikeus välttämättömään hoitoon ei näytä toteutuvan riittävän nopeasti ja laitospaikkoja saatetaan joutua odottamaan viikkoja. Päihdesairauksissa tarpeellisten kuntoutusjaksojen saaminen vaihtelee ja välillä niitä ei tarjota lainkaan. Lisäksi

päihdekuntoutusjaksot ovat liian lyhyitä. Päihdeongelmasta kärsivät näyttävät jäävän myös asumispalveluiden ulkopuolelle (EOAK/4968/2022).

HUS Psykiatrian riippuvuuspsykiatrian palvelut muodostuvat yhdestä osastosta, korvaushoitopoliklinikasta ja riippuvuuspsykiatrian poliklinikasta. Riippuvuuspsykiatrialla tehdään erityisosaamista vaativia psykiatrisia ja päihdearvioita sekä vaativia erotusdiagnostisia arvioita. Tällaisia tilanteita ovat epäilyt vakavasta psykiatrisesta häiriöstä riippuvuussairauksen rinnalla, opioidikorvaushoidon tarpeen arviointi, raskaudenaikainen päihdehoito, somaattisen erikoissairaanhoidon konsultointi mm. maksansiirtoarvioissa ja haastavissa kivun hoidollisissa tilanteissa silloin kun riippuvuus on komplisoimassa tilannetta. Lisäksi hoidetaan opioidiriippuvuutta silloin kun tilanne vaatii erikoissairaanhoidon erityisosaamista. Riippuvuuspsykiatrian resurssi on pieni suhteessa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden samanaikaissairastavuuden yleisyyteen nähden.

Valtaosa riippuvuusongelmista ja vakavien psykiatrisen häiriöiden samanaikaissairastavuudesta hoidetaan kuitenkin muualla erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja/tai sosiaalipalveluissa. HUS psykiatrian tehtävänä on siis tarjota erityisosaamisen tukea yhteistyökumppaneille. Haasteena kuitenkin on, että historiallista syistä tarjoama kohdistuu selvästi eri tavoin eri Uudenmaan hyvinvointialueille ja että Uudenmaan hyvinvointialueet ovat organisoineet päihdehoidon hyvin eri tavoilla. Palvelujärjestelmän kehittämiseksi onkin tärkeää saavuttaa hyvinvointialueiden kanssa yhteinen visio riippuvuuspsykiatrian organisoinnista ja tehtävästä palvelujärjestelmässä.

## **Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista**

### **Uudenmaan hyvinvointialueiden ja HUSin yhteinen visio riippuvuuspsykiatrian organisoinnista ja tehtävistä palvelujärjestelmässä**

HUS Psykiatrian tehtäviä riippuvuuspsykiatrian osalta tulee tarkentaa yhteistyössä Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa. Nykyinen resurssi ei mahdollista hoidossa olevien potilaiden määrän olennaista lisäämistä. Siksi tulee tarkastella, onko resurssi parhaiten käytettävissä konsultaatiotoimintana ja muuhun palvelujärjestelmään integroituna, tai halutaanko kaksois-/kolmoisdiagnoosipotilaiden eriytettyä hoitoa lisätä ja mitä tertiäärisiä palveluja on tarpeellista ja taloudellista tuottaa HUS Psykiatrian toimesta.

## **Sidosryhmien kommentit**

Sidosryhmät tunnistivat tarpeen kiireellisille toimenpiteille huomioiden päihderiippuvuuskien lisääntymisen ja päihdekuolemien tapahtumisen nuorella iällä. Kommenteissa painotettiin integroidun päihde- ja mielenterveyshoidon tärkeyttä. Tunnistettiin myös, että

päihdepalveluiden sisällöt ja tuottajat vaihtelevat merkittävästi alueittain ja kaivattiin yhte-neväisiä hoitokriteerejä ja työnjakoja HUS Psykiatrian ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välille. Lisäksi ehdotettiin erillisen tarkemman selvityksen tekemistä riippuvuuspsykiatris-ten potilaiden hoidosta ja palveluista. Hoitopolkujen ja työnjaon yhtenäistämisen arvioitiin voivan tuoda sekä taloudellista hyötyä, että parantaa integraatiota sosiaalipalvelujen kanssa. Esille tuotiin myös toiminnallisten riippuvuuksien osalta tarve tunnistamisen ja hoidon pa-rantamiselle.

Kommenteissa todettiin, että päihdepotilaille suunnatun osastohoidon kapasiteetti kuvau-tuu riittämättömänä ja kaivattiin lisää mahdollisuuksia saada riippuvuushäiriöistä kärsiviä potilaita tertiääritason osastohoitoon, mutta myös enemmän konsultatiivista palvelua riip-puvuuspsykiatrialta perustasolle. Lisäksi nostettiin esille tarve riippuvuussairauksien osaa-misen vahvistaminen osana lääkäreiden perus- ja jatkokoulutusta.

## **Riskit**

Mikäli HUS psykiatria ja Uudenmaan hyvinvointialueet eivät onnistu luomaan yhteistä stra-tegiaa sekä hoitopolkuja on riskinä riippuvuuspsykiatristen potilaiden hoidon heikkenemi-nen lisäten mahdollisesti päihderiippuvuuksien esiintyvyyttä sekä päihdekuolemien mää-rää.

### **3.5.3 Kehitysvammalääketiede**

#### **Nykytilanne ja sen haasteet**

Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuoltopiirin erikoissairaanhoidon / vaativan erityis-huollon tasoiset kehitysvammalääketieteen palvelut siirtyivät Eteva-kuntayhtymältä liik-keenluovutuksella HUSille 1.1.2023. Muutos erityishuoltopiirin sosiaalipalveluista HUSin järjestämiksi ja tuottamiksi sekundaari- ja tertiääritason erikoissairaanhoidon palveluiksi oli nopea ja vaativa. Muutoksessa etuina pidettiin mm. kehitysvammaisten terveydenhuol-lon ja erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuutta yhtä laadukkaasti kuin muulla väestöllä nimenomaan terveydenhuoltopalveluna eikä sosiaalitoimen palveluna, joina niitä oli aiem-min tarjottu (yhdenvertaisuuslaki, YK:n vammaisoikeuksien sopimus, normaalisuusperi-aate).

HUSille siirtynyt erikoissairaanhoidon kokonaisuus on integroitunutta kehitysvammalää-ketiedettä, kehitysvammapsykiatriaa ja sosiaalihuollon vammaispalveluiden erityisosaamista. Kehitysvammapsykiatrian osastoilla toteutetaan tahdosta riippumatonta erityishuol-toa kehitysvammalain mukaisella tavalla – mielenterveyslain mukaista hoitoa yksiköissä ei toteuteta. HUS kehitysvammalääketieteen yksikkö toimii itsenäisesti ainoana yksikkönä,

jossa potilaita voidaan hoitaa kehitysvammalakiin perustuen, tarvittaessa lainmukaisia rajaamistoimenpiteitä soveltaen. Kehitysvammalakia ei rajoittamisten osalta voida soveltaa muilla osastoilla. Yksikön palveluita käyttää 6 eri hyvinvointialuetta sekä Helsinki. Lisäksi konsultaatiotukea annetaan HUSin muille erikoisalueelle, YTA-alueelle sekä muualle Suomeen. HUS tuottaa myös hyvinvointialueille ja kansallisesti suunnattua kehitysvammalääketieteen koulutusta. Yhteistyö Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa on poikkeuksellisen tiivistä ja liikkuvien asiantuntijoiden palveluja tarjotaan myös hyvinvointialueiden vaativan asumisen yksiköihin.

Kehitysvammalääketieteen yksikön palveluihin kuuluvat kehitysvammapsykiatrian osastopalvelut (yhteensä 42 sairaansijaa kolmessa eri sijainnissa: Kerava, Lahti (lapset) ja Hämeenlinna (osastomoduulit aikuisille sekä nuorille)), kehitysvammalääketieteen poliklinikka, kehitysvammapsykiatrian konsultaatiopoliklinikka, sekä liikkuvat kehitysvammalääketieteen asiantuntijapalvelut.

Kehitysvammapsykiatrian osastoille on keskitetty tertiääriosamista ja ne toimivat paitsi HUSin alueella myös valtakunnan tasolla merkittävinä koulutuspaikkoina. Kehitysvammaisten diagnostiikkaan, haastavaan käytökseen ja vaativiin hoitoihin erikoistuneita osastoja tarvitaan vaikeasti- ja syvästi kehitysvammaisten, autismikirjolla olevien kehitysvammaisten, muista syistä tertiääritason erityisosaamista ja erityistä osastoympäristöä vaativien sekä niiden, joiden hoidossa täytyy noudattaa kehitysvammalakia, hoidon järjestämiseksi. Kehitysvammapsykiatrian osastojen osaamista viedään jo nyt muille psykiatrian osastoille, joilla yleensä kyetään hoitamaan lievästi tai keskivaikeasti kehitysvammaisia henkilöitä.

Ennen liikkeenluovutusta HUSille palveluita ajateltiin ja johdettiin osana sosiaalitoimea ja kehitysvammapsykiatrian yksiköitä vaativampana, kuntouttavana asumispalveluna. Toiminnan johtamisesta ja yksiköiden toiminnasta vastasivat Etevan aikaan sosiaalityöntekijät ja palvelupäälliköt lääkärien toimiessa suppeassa asiantuntijaroolissa. Palveluiden siirtyessä HUSiin myös toiminta muuttui erikoissairaanhoidon alaiseksi, jonka myötä suuri osa toiminnan johtamisesta ja toteuttamisesta kuuluu nykyään lääkäreille. Muutos on tuonut mukanaan merkittävän lisäyksen lääkäriyön tarpeeseen. Liikkeenluovutuksen yhteydessä resurssilisäyksiä ei voitu reunaehtojen mukaan esittää, ja toiminnan mukana siirtyi 170 vakanssia, joista 2 oli lääkärin vakanssia. Liikkeenluovutuksen jälkeen vakanssimäärää on saatu nostettua siten, että lääkäriyön osuus on nyt kokonaisuudessaan 4,55 htv (3 lääkärivirkaa ja keskitettyjen palvelujen puolelta tarjottava erikoistuvien lääkäreiden työpanos). Lastentautien erikoislääkäripalveluita joudutaan ostamaan 4 tuntia viikossa ja lisäksi on tunnistettu tarve lasten/nuorisopsykiatrian ja lastenneurologiselle osaamiselle. Lääkäreiden työpanos näyttäytyy tällä hetkellä riittämättömänä HUS-tasoisena ja turvallisen lääketieteellisen toiminnan varmistamiseksi. Huomioitavaa on myös, että kehitysvammaisten lääketieteellinen hoito on koko maassa valitettavasti kehityksestä jäljessä verrattuna sekä ei-

vammaisten hoitoon että kehitysvammaisten hoitoon muualla Länsi-Euroopassa, mikä näkyy myös lääkärityövoiman resurssoinnissa.

Myös hoitohenkilöstöstä (lähi- ja sairaanhoitajat, ohjaajat) on koko toiminnan ajan ollut vakava puute, jonka vuoksi suuri osa sairaansijoista on käyttämättä. Yhtenä keskeisenä syynä on yksiköiden sijaintiin ja kokoon liittyvät työolosuhde- ja työturvallisuusongelmat.

Kehitysvammapsykiatrian osastot sijaitsevat tällä hetkellä sairaalakampuksista erillisinä ja haavoittuvina pieninä yksiköinä. Tämä aiheuttaa turvallisuus-, tehokkuus- sekä rekrytointihaasteita. Lisäksi Hämeenlinnan osasto sijaitsee YTA-alueen ulkopuolisella hyvinvointialueella ja siirtymäajan (v. -25 loppuun mennessä) jälkeen on epävarmaa, miten toiminnot voivat jatkua siellä. Osastojen profilointi vaatisi myös tarkastelua. Lapsille on tällä hetkellä oma osastonsa Lahdessa, mutta nuorille ei ole omaa osastoa. Nuoria hoidetaan Hämeenlinnassa käyttäen samoja tiloja aikuisten kanssa, aiheuttaen sairaansijojen vajaakäyttöä, sillä hoito täytyy toteuttaa vuorotellen aikuisten kanssa. Huomioitava on myös vaativimpien asumispalveluiden paikkojen vähyys Uudellamaalla, mikä aiheuttaa mm. hoitajaksojen pitkittymistä osastoilla. Asumispalvelupaikkoja lisäämällä voitaisiin lyhentää hoitajaksojen pituutta ja näin parantaa kehitysvammapsykiatrisen osastohoidon saatavuutta.

## **Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista**

### **Osastojen siirtäminen osaksi sairaalakampusta ja profiloinnin kehittäminen**

Tällä hetkellä osastojen sijainti haavoittuvina pieninä yksiköinä on merkittävä työturvallisuusriski, aiheuttanut rekrytointihaasteita sekä johtanut osastojen vajaan käyttöön. Keravan ja Hämeenlinnan osastot tulee siirtää osaksi suurempaa sairaalakampusta ja lähelle päivystystoimintaa. Osastot tulee myös samalla profiloida: oma osasto akuuteille tilanteille ja osasto/moduuli nuorisoikäisten palveluille. Parhaiten tähän sopisi Peijaksen sairaalakampus. Saman kampuksen yhteyteen tulisi keskittää avohoitotoiminnot ja liikkuvat asiantuntijapalvelut.

### **Lääkäreiden vakanssien lisääminen**

Lääkäreiden määrä on tällä hetkellä riittämätön. Kehitysvammalääketieteen toiminnan jatkamiseksi tarvitaan vähintään 3 lääkärintervikaa lisää, siten että virassa olevien lääkäreiden määrä nousee kuuteen. Lisäksi yksikkö voi edelleen toimia erikoistuvien koulutuspaikkana, jonka myötä kokonaislääkärimäärä olisi noin 7 lääkärinä. Lisäyksen jälkeen lääkäriresurssointi olisi edelleen suhteessa toiminnan volyymiin matalampi kuin esim. Varsinais-Suomen alueella ja vastaisi esim. Pirkanmaan tilannetta, missä sama toiminta sijaitsee

sosiaalihuollon puolella. Lisäksi tulisi turvata niin lastentautien, lasten/nuorisopsykiatrian ja lastenneurologinen osaaminen.

### **Sidosryhmien kommentit**

Kommenteissa tuotiin esille huoli kehitysvammalääketieteen henkilöstövajeesta, joka näkyy niin perustasolla kuin erikoissairaanhoidossa. Sidosryhmät näkivät myös tärkeänä osastotoiminnan kehittämisen, kuten osastojen siirtämisen osaksi sairaalakampusta sekä nuorille suunnattujen toimintojen perustamisen. Konsultaatiotoiminta nähdään erittäin tärkeänä osana yksikön toimintaa ja tämän kehittämiseksi nähdään edelleen tarvetta, kuten jalkautuvan tuen saatavuuden lisäämiselle asumisyksiköihin, sekä konsultaatiotuen kattavuuden laajentamisena myös lapsille ja nuorille.

### **Riskit**

Kehitysvammapsykiatrian tilat ovat tällä hetkellä heikossa kunnossa ja sijaitsevat erillisinä toimipisteinä kaukana muusta sairaalaverkosta. Mikäli toiminnalle ei löydetä uusia tiloja, tai vastaavasti vanhoja tiloja peruskorjata, riskinä on, että tilat todetaan soveltumattomaksi kehitysvammapsykiatrian toimintaan muodostaen äkillisen tilatarpeen toiminnan jatkumisen turvaamiseksi. Tilakysymykset ovat haastaneet myös hoitohenkilöstön rekrytointia, joten mikäli tähän kysymykseen ei löydetä ratkaisua, riskinä on henkilöstötilanteen heikkeneminen jo kriittisessä tilanteessa.

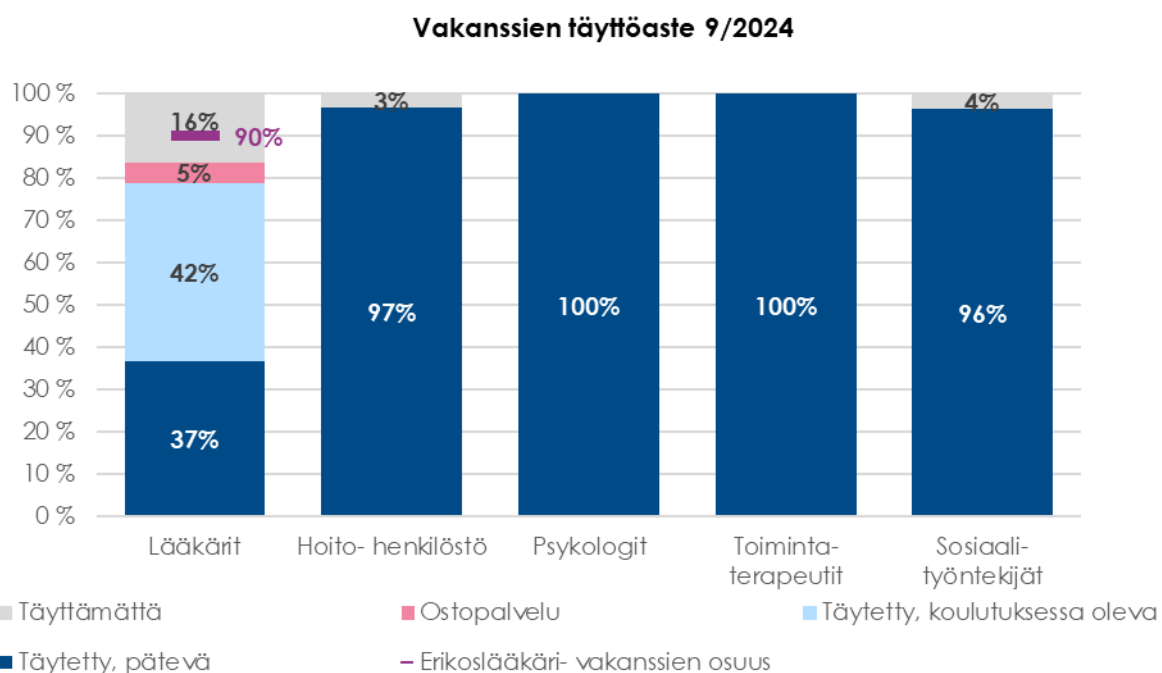
### 3.6 Sisäinen organisoituminen ja henkilöstö

#### Nykytilanne ja sen haasteet

HUS Psykiatria on jakautunut kahdeksaan linjaan, jotka ovat muodostuneet ajansaatossa erilaisten organisaatiomuutosten myötä. Viimeisimpänä HUS-yhtymän uuden tulosaluepohjaisen organisaatiouudistuksen 1.1.2023 myötä, jossa esimerkiksi Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon sairaanhoitoalueet lakkautettiin. Linjat ovat muodostuneet erilaisten periaatteiden mukaan, osa on ikäperusteisia (esimerkiksi Nuorisopsykiatrian linja), osa alueellisia (esimerkiksi Hyvinkään psykiatrian linja), osa häiriökohtaisia (esimerkiksi Mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja) ja osa taas ammattiryhmäkohtaisia (esimerkiksi Pokit linjaan kuuluvat lähes kaikki psykologit).

Ajan saatossa kehittyneet rakenteet ilmenevät myös eri sairaaloissa ja yksiköissä vallitsevina erilaisina toimintakäytänteinä, joiden yhtenäistämistyö on vielä kesken. Erilaiset toimintakäytännöt voivat johtaa epätasavertaisiin prosesseihin, jotka heijastuvat niin potilaisiin (samaa hoitoon pääsee toisella puolella Uuttamaata selvästi nopeammin kuin toisaalla) kuin myös henkilöstöön (erilaiset käytännöt ja mallit mm. henkilöstöjohtamisessa).

HUS Psykiatrialla työskentelee useita eri ammattiryhmiä, joiden saatavuus vaihtelee eri ryhmien välillä suuresti. Psykologien ja sairaanhoitajien osalta tilanne on lähiaikoina parantunut huomattavasti ja käytännössä kaikki vakanssit ovat täytettynä. Lääkäreiden osalta tilanne on ollut haastava jo pitkään. Haasteet liittyvät erityisesti psykiatristen alojen



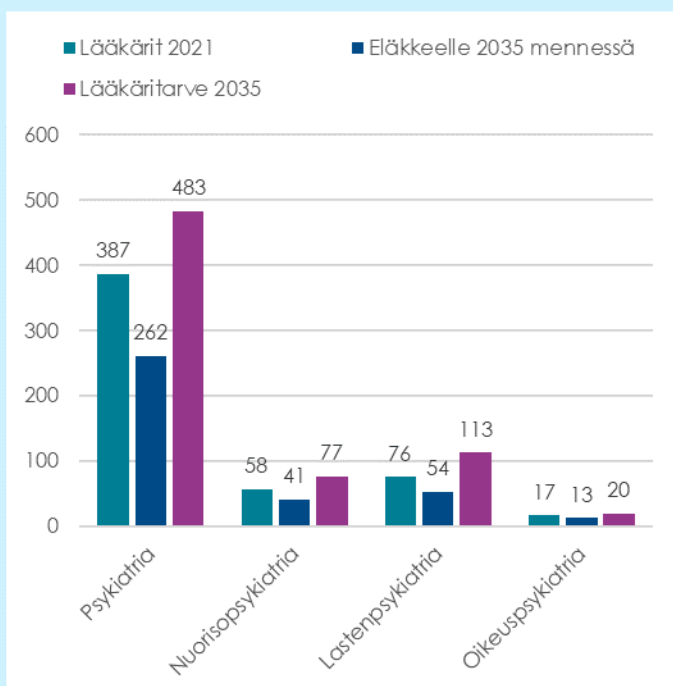
Kuva 14: Vakanssien täyttöaste 9/24

erikoislääkäreiden saatavuuteen, mikä konkretisoituu siinä, että erikoislääkäreiden vakansseista lähes puolet on täytetty koulutuksessa olevilla lääkäreillä (Kuva 14: Vakanssien täytöaste 9/2024). Erityisen haastava lääkäritilanne on HUS-alueella lasten- ja nuorisopsykiatriassa. Myös valtakunnallisella tasolla erikoislääkäritilanne on heikko (STM 2022:21).

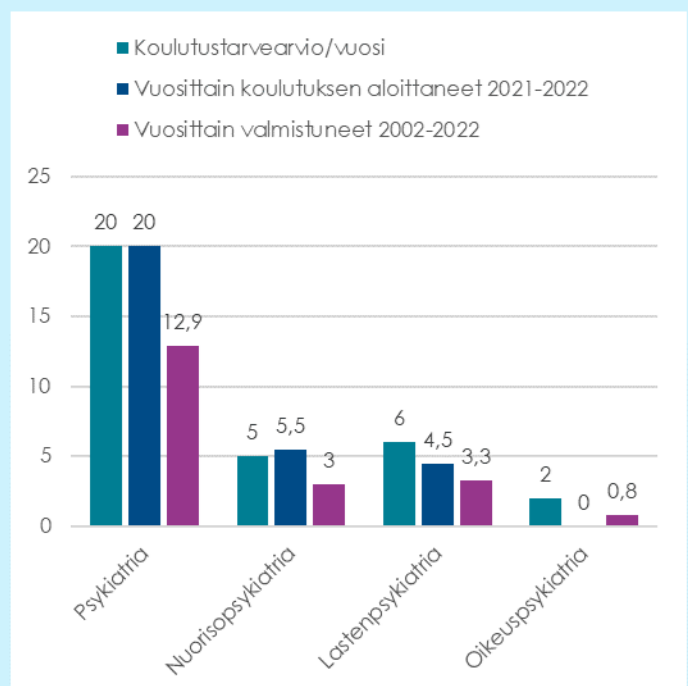
Lääkäritilanne tulee heikkenemään entisestään kaikilla psykiatrian aloilla seuraavien vuosikymmenien aikana eläköitymisen ja valmistuvien erikoislääkäreiden epäsuhdan takia (Kuva 15: Erikoislääkäritilanne psykiatrian eri erikoisaloilla HUSin ERVA-alueella). Heikon erikoislääkärisaatavuuden lisäksi tilannetta vaikeuttaa yksityisen palvelujärjestelmän (sisältäen vuokralääkäriytytykset) nousu. Myös hyvinvointialueet ovat osaltaan pyrkineet parantamaan psykiatristen palveluiden saatavuutta alueellaan palkkaamalla psykiatrian alojen erikoislääkäreitä suoraan työsuhteeseen. Tämä on muodostanut markkinan, jossa erittäin rajallisesta psykiatrian alojen erikoislääkäriresurssista kilpailevat niin erikoissairaanhoito, perustaso kuin yksityinen sektori. Jotta HUS pystyy jatkossakin varmistamaan riittävän erikoislääkäriresurssin, tulee sen tehdä aktiivisia toimia erikoislääkäreiden saatavuuden turvaamiseksi. Konkreettisia keinoja ovat mm. vuokralääkäriytyövoimasta luopuminen ja/tai sen käytön rajaaminen, hyvinvointialueiden kanssa tapahtuvan yhteistyön kehittäminen (mm. konsultaatiotoimintaa kehittämällä) sekä henkilöstön pitovoiman parantaminen.

Henkilöstötilanteen haasteiden kulminoituessa lääkäreiden saatavuuteen voitaisiin työnjollisilla muutoksilla kohdistaa rajallinen lääkäriytyövoima niihin tehtäviin, joissa lääkärin osaaminen on välttämätöntä. Yhtenä mahdollisuutena nähdään, että lääkärin lisäksi hoidon

**Lääkäritilanne 2021, lääkäritarve 2035 ja eläköitymiset 2035 mennessä**



**Erikoislääkäreiden koulutustarvearvio ja vuosittain koulutuksen aloittaneet ja valmistuneet**



Kuva 15: Erikoislääkäritilanne psykiatrian eri erikoisaloilla HUSin ERVA-alueella. Lähde: STM 2022:21

kokonaissuunnittelusta vastuun voisi kantaa tulevaisuudessa myös psykologi ja/tai lisäkoulutettu sairaanhoitaja, sillä erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilasryhmiä, joiden osalta hoidon toteuttamisen päävastuu on tälläkin hetkellä muilla henkilöstöryhmillä kuin lääke-reillä. Näiden ryhmien osalta hoidon suunnittelusta voisi hyvin vastata riittävän koulutuksen saanut sairaanhoitaja tai psykologi. Lääkäri pysyisi edelleen hoitovastuullisena sekä konsultaatiotukena epäselvissä tilanteissa. Sairaanhoitajien roolia tulisi muutenkin vahvistaa ja aktiivisesti edistää sairaanhoitajien kliinisen nimikesuojatun erikoistumistutkinnon palauttamista. Jatkossa tulisi myös selvittää sairaanhoitajien rajoitetun lääkkeenmääää-misoikeuden laajentamisen mahdollisuuksia koskemaan myös psykiatrisia tautitiloja. Li-säksi HUS psykiatria tukee hallitusohjelman mukaista linjausta säädösperäisten lausunto-jen ja erilaisten todistusten vähentämisestä. HUS psykiatrian näkökulmasta ensisijaisena tarpeena olisi arvioida osan KELAn lausuntojen tarpeellisuutta, kuten B-lausunto kuntou-tuspsykoterapiaa varten näiden lausuntojen korkean läpimenoprosentin luota. Työnajolliset muutokset vaativat lainsäädännöllisiä muutoksia, joten näiden eteenpäin vieminen tulee vaatimaan verkostoitumista ja kansallista keskustelua.

HUS psykiatrian henkilöstön määrä ei ole vuosien aikana kasvanut, huolimatta väestön kas-vusta sekä palvelutarpeen noususta. Tulevaisuuden palvelutarpeeseen vastaaminen – sisäl-täen sairaalapaikkojen lisäämisen sekä avohoitoon liittyvät muutokset, kuten ilta- ja viikon-loppuvastaanottojen lisäämisen – eivät ole mahdollisia ilman henkilöstön määrän kasvatta-mista. Myös mahdolliset työnjaolliset muutokset tuovat tarpeen jatkossa tarkastella eri hen-kilöstöryhmien välisiä suhdelukuja. Avohoidon edelleen jatkaessa kasvuaan myös kuntou-tuksesta vastaavien työntekijöiden (toimintaterapeutit, fysioterapeutit, ohjaajat) tarve tulee kasvamaan. Lisäksi tälläkin hetkellä sosiaalityön rooli nähdään merkittävänä osana potilaan hoitoprosessia, ja osaamisen lisäämisellä nähdään mahdollisuuksia niin lääkäreiden kuin hoitohenkilöstön työkuorman keventämisessä.

Hyvä ja laadukas johtaminen on yksi tärkeimpiä organisaation menestyksen kulmakivistä. Hyvällä johtamisella voidaan parantaa toiminnan laatua ja kustannusvaikuttavuutta sekä varmistaa henkilöstön veto- ja pitovoima. Hyvä johtaminen edellyttää tuekseen tietoa ja sel-keitä tavoitteita, joita tiedolla johtamisen käytänteet ja työvälineet tukevat. Esimerkiksi hen-kilöstösuunnittelua tulisikin jatkossa tehdä aiempaa strategisemmin huomioiden mm. pal-velutarpeen kasvu, alueellinen tasa-arvoisuus sekä eri henkilöstöryhmien yhteistyön merki-tys hoidon vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisääjänä.

## Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista

### Johtamisen rakenteiden, toimintamallien ja tiedolla johtamisen kehittäminen

HUSin sisäistä linjarakennetta tulee selkeyttää, linjojen lukumäärää vähentää ja johtoryhmän kokoa pienentää. Johtamista tulee ylipäätään HUS-tasoisesti kehittää johtamisen yhtenäistämiseksi ja prosessien tasavertaistamiseksi. Tiedolla johtamisen edellytyksiä tulee myös parantaa läpi HUSin koko organisaation. Yhtenäiset toimintamallit ja tiedolla johtaminen tukevat osaltaan tasalaatuisten palvelujen toteuttamista koko Uudenmaan väestölle.

### Vuokratyövoimasta luopuminen tai käytön rajaaminen

Yksityiset työvoiman välittäjäyritykset pystyvät rekrytoimaan lääkäreitä pois viroistaan ja välittämään erikoislääkäreitä moninkertaisilla kustannuksilla. Ostopalvelulääkäreiden kustannukset muodostavat HUS psykiatrialla jo merkittävän osan lääkäreiden henkilöstökustannuksista (vuosina 2023–2024 8–11 %). Vuokratyövoiman käyttö on heikentänyt erikoislääkäreiden saatavuutta virkoihin, sekä samanaikaisesti nostanut henkilöstökustannuksia. Ehdotetaan vuokratyövoimasta luopumista tai sen rajaamista tiukasti määriteltyn laajuuteen esim. 2 % palkkakustannuksista.

### Työnjaolliset muutokset

Henkilöstötilanteen heikentyessä, erityisesti psykiatrian alojen erikoislääkäreiden osalta, tulee arvioida tarkasti, mihin eri ammattiryhmien työaikaa käytetään parhaan terveyshyödyn saavuttamiseksi. Merkittävimmät työnjaon muutokset tarvitsevat lainsäädännön päivittämistä. Tunnistettuja kehittämiskohteita ovat Kelan lausuntojen terveyshyödyn arviointi, hoidon kokonaissuunnittelun vastuun laajentaminen psykologeille ja lisäkoulutetuille sairaanhoitajille, sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisoikeuden laajentaminen koskemaan myös psykiatrisia tautitiloja sekä lääkkeiden toimituksen uudenaisten tapojen arviointi, kuten toimitus apteekista ajantasaisen lääkityslistan perusteella.

### Työntekijämäärien uudelleen tarkastelu ja allokoinnin kehittäminen

Tulevaisuuden palvelutarpeeseen vastaaminen – sisältäen sairaalapaikkojen lisäämisen sekä avohoitoon liittyvät muutokset, kuten ilta- ja viikonloppuvastaanottojen lisääminen – ei ole mahdollisia ilman henkilöstön määrän kasvattamista. Työntekijämäärien muutostarpeet tulee arvioida huomioiden niin palveluntarpeen kasvu, alueellinen tasa-arvo kuin muutokset eri palvelumuotojen tarpeissa, kuten eri osastohoitomuodot ja avohoidon palvelumuodot. Jatkossa tulisi kehittää työkalut strategista pitkäjänteistä johtamista varten, jotta

voidaan huomioida muutokset niin palveluiden kysynnässä, ammattiryhmien välisessä työnjaossa kuin henkilöstön tasavertaisessa ja kustannustehokkaassa allokoinnissa.

## **Sidosryhmien kommentit**

Huoli psykiatrian erikoislääkäreiden riittävydestä on laaja-alaisesti jaettu. Lisäksi tuotiin esille lääkäreiden pitovoimaan liittyviä tekijöitä, kuten lisääntyvä eettinen stressi sekä yksityisen parempi kilpailuasetelma palkkauksen sekä työaikojen joustavuuden suhteen. Osa sidosryhmistä tuo esille kilpailuasetelmien sekä päällekkäisten järjestelmien purkamisen tarkeyttä lääkäreiden riittävyden turvaamiseksi erikoissairaanhoidon tarpeeseen. Osa sidosryhmistä näkee taas tärkeänä, että säilytetään hyvinvointialueiden oikeus palkata myös psykiatrian alojen erikoislääkäreitä, sillä heidän osaamiselleen on tunnustettu tarve. Vuokralääkäreiden käytön rajaamista kannatetaan laaja-alaisesti.

Psykologien osaamistaso sekä henkilöstötilanne on tällä hetkellä hyvä, joka puoltaa työnkuvien uudelleen tarkastelua.

Hoitohenkilöstön osalta hoitotyön kehittäminen nähdään laaja-alaisesti tärkeänä. Tällä hetkellä sairaanhoitajien koulutus on hyvin kevyt mielenterveysasioiden liittyen, joka puoltaa erikoissairaanhoidantutkintoa. Hoitotyön sisällön kehittäminen nähdään tärkeänä. Lisäksi hoitotyön johtamista oman profession kautta pidetään tärkeänä ja HUS psykiatrialla käytössä olleen kumppanuusjohtamisen periaatetta kannatetaan jatkossakin.

Psykiatrian sosiaalityö nähdään laaja-alaisesti tärkeänä osana psykiatriseen potilaan laadukasta hoitoa, sillä psykiatrian potilaat ovat usein sosiaalihuoltolain mukaisesti erityisen tuen tarpeessa olevia asiakkaita. Yhteisenä näkemyksenä on, että sosiaalityön vähentäminen lisäisi niin lääkäreiden kuin hoitajien työkuormaa.

Organisoitumisen suhteen osa sidosryhmistä näkee tarpeellisena organisaatorakenteen muutokset ja maantieteellisten linjojen vähentämisen. Toisaalta osa sidosryhmistä näkee maantieteellisten linjojen purkamisen vaikeuttavan paikallista yhteistyötä reuna-alueilla ja potentiaalisesti heikentävän mahdollisuutta turvata palvelut, sillä henkilöstön joustavuus ja valmius toimia yli yksikkörajojen nähdään edellytyksenä nykyisen toiminnan toteutumiselle.

## **Riskit**

Ostopalvelulääkäreistä luopuminen voi johtaa virassa/viransijaisuudessa olevien lääkäreiden työmäärän kasvamisen, mikäli tilalle ei saada rekrytoitua työsuhteessa olevia lääkäreitä. Tämä voi aiheuttaa virkalääkäreille riskin uupumiselle ja irtisanoutumiselle, mikä edelleen heikentää lääkäritilannetta.

Työtehtävien siirtäminen lääkäreiltä muille työntekijäryhmille lisää näiden työntekijöiden työtehtäviä sekä kasvattavat vastuuta ja näin luovat paineen palkkojen tarkastukselle. Mikäli lääkärien työn tuottavuus ei kasva samassa suhteessa työtehtävien vähenemisen myötä, on riskinä henkilöstökulujen kasvu.

Mikäli työnjaollisten muutosten vaatimat lakiesitykset eivät etene eduskunnassa, ei toivottuja muutoksia pystytä toteuttamaan.

### 3.7 HUSin ja hyvinvointialueiden yhteistyö

#### Nykytilanne ja sen haasteet

Tänä päivänä Uudellamaalla perustason mielenterveys- ja päihdepalveluita tuottaa 5 eri hyvinvointialuetta ja HUS vastaa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta neljän hyvinvointialueen osalta. Helsinki taas järjestää itse suuren osan väestönsä psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, käyttäen HUSin tuottamia tertiäärisiä palveluita.

Nykyisellään HUSin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden välisen yhteistyön määrä ja laatu vaihtelevat alueittain. Taustalla on se, että hyvinvointialueiden mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat vaihtelevasti organisoitu ja resursoitu sekä työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on osin selkiytymätön ja hoitopolut sopimatta. Toimintaa ei ole sovitettu yhteen eikä työnjaosta ole sovittu riittävällä tasolla. Nämä puutteet haastavat palvelujen saatavuutta sekä oikein kohdentumista.

Ideaalitilanteessa mielenterveyden häiriöissä päästäisiin hoitoon nopeasti. Parhaiten tämä voitaisiin toteuttaa, kun arvio ja perustason hoito toteutettaisiin osana muuta perusterveydenhuoltoa siten, että myös erikoissairaanhoidon tuki ja ohjaus ovat saatavilla nopeasti ja joustavasti. Palvelujärjestelmän pitäisikin pystyä vastaamaan koko mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kirjoon aina varhaisesta ja ennaltaehkäisevästä tuesta vaikeisiin ja äkillisiin tilanteisiin saakka. Jotta koko Uudenmaan väestö voisi saada yhdenvertaiset mielenterveyspalvelut, tulee Uudenmaan toimijoilla olla yhteinen näkemys psykiatrisesta erikoissairaanhoidon tehtävistä, päivystyksestä, perusterveydenhuollon tehtävistä sekä päihde- ja sosiaalipalveluista. Vaikka yhteistyötä tehdään eniten Uudenmaan hyvinvointialueiden kanssa, HUSilla on myös tärkeä rooli muiden YTA-alueen hyvinvointialueiden kanssa tehtävässä yhteistyössä. Etelä-Suomen YTA-alueen yhteistyösopimus allekirjoitettiin syksyllä 2024 ja yhteistyön kehittäminen jatkuu tämän sopimuksen tukemana.

Selkeimmillään yhteinen näkemys rakentuisi kaksipuolaisen hoitojärjestelmän varaan. Kaksipuolaisessa hoitojärjestelmässä niin hyvinvointialueilla kuin HUSilla on selkeät vastuut potilaiden diagnostiikan ja hoidon osalta sekä näiden pohjalta luodut yhteiset hoitomallit sekä -linjaukset. Onnistumisen edellytyksenä on tiivis yhteistyö HUSin ja hyvinvointialueiden välillä, jossa huomioidaan hoitovastuun lisäksi myös HUSin tuottamien konsultaatioiden mahdollisuudet potilaiden hoidontarpeeseen vastaamisessa. Yhtenä esimerkkinä konsultaatioiden hyödyntämisestä on tilanteet, jossa potilaan hoitotahon määrittely on epäselvää, tällöin konsultaation avulla voidaan arvioida tuoko erikoissairaanhoidon lisäarvoa potilaan hoidossa.

Nykyisessä mallissa osalla Uudenmaan hyvinvointialueista on syntynyt väliportaita hyvinvointialueiden alettua rekrytoida psykiatristen alojen erikoislääkäreitä pystyäkseen

vastaamaan perusterveydenhuollossa hoidettavien haastavampien potilaiden tarpeisiin. Tämä on sinällään ymmärrettävä ratkaisu, mutta voi helposti johtaa kokonaisuuden kannalta suurempiin haasteisiin. Syntymässä oleva väliporras syö yhteisiä resursseja ja vaarantaa erityisesti erikoislääkäreiden saatavuutta erikoissairaanhoidon tarpeisiin. Tämä taas heikentää HUSin mahdollisuutta varmistaa riittävä työvoima sekä laadukkaat, asukkaiden yhdenvertaiset, potilasturvalliset sekä kustannustehokkaat erikoissairaanhoidon palvelut sekä tuki Uudenmaan hyvinvointialueille. Koska yhteiskunnan suunnalta tuleva kysyntä ylittää käytössä olevat resurssit, tulisi Uudenmaan hyvinvointialueiden ja HUSin pystyä yhdessä vastaamaan tähän kysyntään niin, että palvelut on järjestetty tavalla, jolla saavutetaan paras terveyshyöty kustannustehokkaasti.

Nykyäänkin HUS tukee perusterveydenhuollon mielenterveystyötä monin tavoin – muun muassa Mielenterveystalon, nettiterapioiden, koulutusten, digitaalisten sisältöjen ja konsultaatioiden avulla. Digitaalisten sisältöjen osalta HUSilla on myös merkittävä kansallinen rooli digitaalisten sisältöjen tuottajana. Myös Terapiat etulinjaan -hanke on hyvä esimerkki integroiduista hoitopoluista. Hankkeessa on luotu lasten ja nuorten porrasteinen hoitomalli (sisältöpohjainen hoitomallien porrastus ennen erikoissairaanhoidoa), jota ollaan ottamassa käyttöön Uudenmaan hyvinvointialueilla sekä mahdollisesti myös kansallisesti.

Terapiat etulinjaan -mallin ylläpitämiseksi HUS tarjoaa keskeisiä tukipalveluja (mm. digitaalisen koulutuskokonaisuuden, terapianavigaattorin, Mielenterveystalon palvelukokonaisuuden kansalais- ja ammattilaispalvelut sekä nettiterapiat), tukea koulutuskokonaisuuksiin ja interventioiden koordinaatioon sekä konsultaatiopalvelua. Konsultaatiotoiminnan alueellinen yhtenäistäminen sekä eREK -toiminnan kehittäminen ja laajentaminen ovat tärkeitä alueiden tuen varmistamiseksi. Osa hyvinvointialueista on kehittämässä uusia rakenteita, kuten nuorisoasemia ja lyhytterapiayksiköitä, nuorten keskivaikkeiden oireiden hoitoa ajatellen, joka on tunnistettu yhdeksi keskeiseksi nuorten hoitovajeeseen liittyväksi tekijäksi. Lastensuojelulla on toive entistä laajemmasta integraatiosta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi on suuri tarve. Tällä hetkellä esimerkiksi HUSin nuorisopsykiatria tavoittaa vuosittain 7–8 % ikäluokkansa uusimaalaisesta väestöstä – kysynnän ylittäessä selvästi epidemiologisen tiedon perusteella olevan tarpeen. Kehittämistä tulee vauhdittamaan myös mahdollinen tuleva lasten ja nuorten terapiatakuu, joka kohdistuu alle 23-vuotiaiden perustason mielenterveyden psykososiaalisiin hoitoihin. Takuu toteutetaan säätämällä enimmäisaika lainsäädännön piiriin kuuluvan psykososiaalisen intervention aloittamiselle lapsille ja nuorille. Lasten ja nuorten terapiatakuu-lakiesityksen myötä YTA-sopimuksessa tulee määritellä mm. psykososiaalisten menetelmien valinta, käyttöönotto, ylläpito ja vaikuttavuuden arviointi.

## Ehdotukset toimenpidekokonaisuuksista

### Kaksiportaisen hoitojärjestelmän selkiyttäminen

Uudenmaan alueella tulee sitoutua mielenterveyden häiriöiden hoitovastuun osalta kaksiportaiseen hoitojärjestelmään (mm. hoitomallit, hoitolinjaukset). Tämä tarkoittaa, että perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut aidosti integroidaan muuhun perusterveydenhuoltoon, ne tukeutuvat yhteiskehittämiseen Terapiat Etulinjaan / perustettavan osaamiskuskrakenteen kanssa sekä yhteistyöhön psykiatrian erikoissairaanhoidon kanssa. Tästä järjestelmästä ja sen rooleista ja vastuista tulee Uudellamaalla muodostaa yhteinen näkemys ja osapuolten tulee sitoutua toimimaan sen mukaisesti.

### Taktisen tason segmenttityöryhmän perustaminen

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa on ehdotettu käytäntöjen kehittämistä, joilla erikoissairaanhoidon ohjaa ja tukee perustason palveluissa toteutettavaa hoitoa. Lisäksi on ehdotettu palvelujen yhteensovittamista konkreettisilla yhteistyömuodoilla perustason toimijoiden kesken sekä perus- ja erityistason välillä. Tämän toteuttamiseksi ehdotetaan, että Uudenmaan alueelle perustetaan mielenterveys- ja päihdeasioiden oma, HUS aluetta kattava, taktisen tason segmenttiryhmä, jossa HUSin ja hyvinvointialueiden edustajat yhdessä seuraavat, kehittävät ja pyrkivät yhtenäistämään mielenterveyspalvelujen ja päihdehuollon toimintojen saatavuutta ja laatua.

Tämä segmenttityöryhmä osaltaan vastaisi mm. seuraavien yhteisten periaatteiden ja käytänteiden kehittämisestä ja yhtenäistämisestä:

- Selkeät ja alueellisesti yhdenvertaiset erikoissairaanhoidon pääsyn kriteerit ja palvelut sekä konsultaatiotuen käytänteet potilaiden hoitoon.
- Perusterveydenhuollon, opiskeluhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon välisten konsultaatiokäytänteiden lisääminen ja yhdenvertaisen konsultaatorakenteen muodostaminen alueesta riippumatta.
- Lääkärityövoiman osaoptimoinnin välttäminen ja keinojen tunnistaminen, jotta lääkärityöpanos, etenkin harvalukuiset lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkärit, voidaan turvata yhteisvastuullisesti HUSin ja hyvinvointialueiden välillä.

### Hyvinvointialueiden mielenterveyspalveluiden tukeminen ja kansallisen osaamiskeskuksen perustaminen

Terapiat Etulinjaan -hankkeen avulla on parannettu perustason mielenterveyspalveluiden saatavuutta sekä prosesseja. Hankkeen tärkeimpiä hyvinvointialueiden tukipalveluita ovat täysin uudistettu Mielenterveystalo.fi – palvelu, hoidon tarpeen arviointijärjestelmät

(Terapia- ja interventionavigaattorit, yhteistyössä DigiFinlandin kanssa), kansallinen Terapiakoulutusalue, laaturekisteri, palvelusetelijärjestelmä ja tiedolla johtamisen tukipalvelut. Kehitetyt palvelut ovat laajasti käytössä kaikilla hyvinvointialueilla, esimerkiksi Terapiavigaattorin avulla arvioidaan yli 100 000 potilasta ja koulutusalueella koulutetaan tuhansia ammattilaisia vuosittain. Näiden muodostettujen rakenteiden vakiinnuttamiseksi nähdään tärkeänä, että HUSiin perustetaan psykososiaalisten menetelmien ja digitaalisten mielenterveyspalveluiden osaamiskeskus. Osaamiskeskuksen tehtävänä on ylläpitää ja kehittää hyvinvointialueita tukevia palveluita keskittämisesetuksen mukaisesti sekä ylläpitää useita teemakohtaisia kansallisia yhteiskehittämisverkostoja tämän työn mahdollistamiseksi.

## Sidosryhmien kommentit

Uudenmaan erillisratkaisussa katsottiin tärkeäksi löytää yhteinen näkemys psykiatrisen erikoissairaanhoidon, päivystyksen, perusterveydenhuollon sekä päihde- ja sosiaalipalvelujen välille. Esimerkkinä nostettiin esiin korvaushoitopotilaat, joiden palvelut pitkälti tuotetaan sosiaalihuollossa ja samalla on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon osaaminen turvataan korvaushoidon yhteydessä. HUSin riippuvuuspsykiatrian rooli suhteessa hyvinvointialueiden mielenterveys- ja päihdeyksiköihin kaipaa selkeyttämistä.

Työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä todettiin olevan osin selkiytymätön ja hoitopolut sopimatta. Taktisen tason mielenterveyssegmenttityöryhmä nähtiin hyvänä keinona kehittää HUSin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden yhteistyötä sekä edistää kaksiportaista palveluiden järjestämistä. Kaksiportainen palvelujärjestelmä nähtiin hyvänä pohjana yhteistyölle, mutta todettiin sen määrittelyn vielä kaipaavan tarkennusta. Yhteistyön määrän ja laadun todettiin vaihtelevan paljon alueittain. Hus psykiatria tuottaa koulutuksia perusterveydenhuollon yksiköille osin koordinoitusti ja osin tarvelähtöisesti. Tärkeänä nähtiin konsultatiivisten mallien, kuten eRek-toiminnan kehittäminen, jotta perustaso pystyy toimimaan erityistason ohella.

Lievien psykiatristen häiriöiden hoidossa on palvelujärjestelmässä aukko, jota Terapiat etulinjaan -toimintamalli paikkaa. Terapiat etulinjaan -toimintamalli sai kiitosta ja nähtiin tärkeänä, että mallia tuetaan jatkossakin. Resurssivaje tuotiin esiin sekä hoitoportaan alkuvaiheessa (perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksiköissä) että loppuvaiheessa (erikoissairaanhoidossa). Mielenterveys- ja päihdeyksiköt sijaitsevat usein erillään terveyskeskuksista, minkä katsottiin vaikeuttavan paikallista yhteistyötä. Perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kaivataan lääkäreitä somaattisen erotusdiagnoosiikan tekemiseen ja hoidon kokonaiskoordinaatioon. Jatkossa pitää arvioida olisiko hyvinvointialueiden mielenterveys- ja päihdeyksiköillä roolia lääkäreiden koulutuksen näkökulmasta. Lasten, nuorten ja vähemmistöjen tilanne ja psykiatrisen hoidon tarpeet nostettiin esille.

Esiin nostettiin myös näkökulma, ettei ole tarvetta hyvinvointialueiden liian keskitettyyn ohjaukseen, diversiteetti voi luoda uuttakin.

Katsottiin tärkeäksi, että HUS Psykiatria edelleen ylläpitää ja kehittää digitaalisia mielen-terveys- ja päihdepalveluja Mielenterveystalossa.

## **Riskit**

Mikäli tiiviimpään yhteistyöhön ei sitouduta, on riskinä, että Uudellemaalle syntyy kolmi-portainen järjestelmä, jossa hoitopolut ovat pirstaleisia ja osaoptimoituja sekä psykiatristen alojen erikoislääkäreiden rajallinen määrä jakautuu epäoptimaalisesti hyvinvointialueiden, HUSin sekä yksityisen sektorin palveluntuottajien kesken. Tämä nostaa kustannuksia sekä heikentää erikoissairaanhoidon ammattilaisten saatavuutta entisestään heikentäen HUSin mahdollisuutta tarjota riittävää tukea perustasolle kiihdyttäen edelleen kolmiportaista järjestelmää. Mikäli hyvinvointialueet alkavat tuottamaan psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja joko itse tai ostamalla erikoissairaanhoidon palvelut muilta palveluntuottajalta kuin HUSilta, syntyy 5 erilaista erikoissairaanhoidon järjestelmää. Tämä voi pahimmillaan johtaa pirstaloituneeseen ja osaoptimoituun järjestelmään synnyttäen kokonaisuudessaan kalliimman järjestelmän, sekä heikentää HUSin kyvykkyyttä ylläpitää lain edellyttämiä palveluita (kuten päivystys).

## LIITE 1: Sidosryhmien näkemykset

Sidosryhmien kommentit perustuvat heidän kirjallisesti esittämiin kommentteihinsa sekä kommenttien läpikäynnissä esille tulleisiin lisäkommentteihin, jotka on keskustelun aikana kirjattu ylös. Kommenttien oikeinkirjoitusta on paikoin muokattu luettavuuden helpottamiseksi. Kommentit on esitetty organisaatiotasolla, koska on ajateltu kukin henkilön edustavan ennen kaikkea omaa organisaatiotaan. Kunkin organisaation työhön osallistuneet edustajat on nimetty tämän dokumentin alussa.

### Psykiatriset vuodeosastopaikkamäärät

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue totesi kommentteissaan, että vuodeosastopaikkoja tulee olla riittävästi, eikä osastopaikkoja voida nykyisestä vähentää. Ensisijaisesti tulee huomioida, että painopiste on perusterveydenhuollon vahvistamisessa ja erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun hillitsemisessä. Potilaspaikkojen lisääminen lisää myös muita kuluja, kuten tilakulut, vuokratyövoima jne. Länsi-Uusimaa näkee, että osastopaikkoja ei vääjäämättä tarvitse nostaa väestönkasvua korkeammin sillä osastoilla asu-mispalveluita odottavien määrä on korkea ja asumista sekä avohoitoa kehittämällä voitaisiin paremmin vastata näiden potilaiden hoidon tarpeeseen samalla vapauttaen osastokapasiteettia. Esille tuotiin myös HUS osastopaikkojen sisäisen allokaation kehittämisen mahdollisuudet osastojen kuormituksen ollessa vaihteleva. Samanaikaisesti nähdään tärkeänä kehittää HUSin avohoitoa. Päivystysosaston perustamista Meilahden kampusalueelle pidettiin kannatettavana ajatuksena. Nuorisoikäisten osalta todettiin osastohoitopaikkojen vähentämisen menneen jo liian pitkälle nostoen osastohoidon odotusajan pitkiksi. Tarve nähtiin mahdollisesti nuorisoikäisten osastohoitokapasiteetin lisäämiselle, lasten ja nuorten yhteisosastoa pidettiin hyvänä ajatuksena.
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei halunnut ottaa kantaa vuodeosastopaikkojen määrään, mutta totesi, että mahdollisesti paikkoja liian vähän, jatkuvasti ”väännetään kättä”, saadaanko potilaat siirrettyä,
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue katsoi, että psykiatrian osastopaikkoja on liian vähän.
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue katsoi, että perustason näkökulmasta osastolle pääsyn kynnys on liian korkea ja potilaita ulos kirjoitetaan liian huonokuntoisina avohoitoon. Paikkojen lisääminen nähdään välttämättömänä.

- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden kanta poikkesi jossain määrin edellisistä, ja Helsinki lausui, että vuodeosastojen tarve ei nouse lineaarisesti väestön kasvun kanssa. Nykyisellä vuodeosastopaikkojen määrällä pärjätään, jos niin halutaan. Helsingin kaupunki ei näe osastopaikkamäärää riittämättömänä. Helsingissä, asumistalvelujen kanssa on sovittu hoitopoluista ja päiivystysaikaisista potilassiirroista. Jos paikkoja lisätään, henkilökuntaa ja tiloja pitää lisätä. Helsinki lähtisi pikemminkin miettimään, miten avohoittoa voidaan lisätä ja tehostaa. Johtopäätöksenä Helsinki totesi, että: “Näillä osastopaikoilla pärjätään. Vaatii isoa fokusta, miten avohoittoa ja välimuotohoitoja tehostetaan. Niitä on ollut pitkään Helsingissä psykoosihoidossa, ja nyt niitä luodaan myös mielialapuolella. Liikkuva työ, addherenssityö yms. pitää potilaat avohoidossa, niin että eivät pala osastohoitoon. Helsingin kuntoutuskodeista ei juurikaan tule potilaita päiivystykseen.”
- Kaikki HUS Psykiatrian asiantuntijat, kattaen päiivystystoiminnasta vastaavat ja akuutti- ja kuntoutusosastotoiminnasta vastaavat henkilöt koko alueella, olivat vahvasti ja yksimielisesti sitä mieltä, että vuodeosastopaikkamäärä on liian pieni, tilanne on kriittinen, ja se pahenee väestökasvun, huonokuntoisten osastotilojen ja LYS-suunnitelman vähenysten myötä.
- STM ei halunnut ottaa kantaa itse vuodeosastopaikkojen lukumäärään, mutta totesi, että on arvioitava, miten arvioidaan pitkäaikaisen osastohoidon tarve ja toisaalta tuetun asuminen, intensiivisen avohoidon ja etäosastohoidon antamat mahdollisuudet ja niiden vaikutus vuodeosastotarpeeseen. On määriteltävä pitkäaikaisen osastohoidon potilasryhmät. Lisäksi olisi määriteltävä pitkäkestoisten (yli 6 kk) osastotutkimus- ja hoitojaksojen tarve, esim. riippuvuuspsykiatrian toiminnoissa. Lopulta, STM totesi, että suunnittelussa huomioitava lyhyt-, ja pitkäkestoisten paikkojen tarve.
- THL totesi, että paikkamäärien väheneminen erityisesti päiivystysvalmiudessa olevien yksiköiden osalta ei näytä mahdolliselta huomioiden alueen väestönkasvu, päihdehäiriöiden ja päihdepsykoosien nopea lisääntyminen erityisesti HUS-alueella. Myös itsemurhien määrä osastohoidon aikana on kasvanut. Paikkamäärien korjaus on siis perusteltua. Osastojen turvallisuuteen on kiinnitettävä huomiota itsemurhien ehkäisemiseksi ja työ- ja turvallisuuden varmistamiseksi. Nuorten osastopaikkojen määrän riittävyys on arvioitava erikseen syömishäiriöiden lisääntymisen vuoksi. Lisäksi THL kysyi Onko 56 oikeuspsykiatrialle varattua paikkaa riittävä määrä ja ovatko paikat saavutettavissa Etelä-Suomen keskeiselle oikeuspsykiatrian toimijalle ei –vangittuja tutkittavia, oikeuspsykiatriin hoitoon määrättäviä ja oikeuspsykiatrisen tason hoitoa tarvitsevia ajatellen? Valtaosa mielentilatutkituista on Etelä-Suomesta ja hoito sekä tutkimus edellyttävät usein muiden erikoisalojen konsultointia ja päihdepsykiatrasta osaamista. Ehdotuksena THL

totesi, että laajentuva poliklinikkatoiminta voi ajan myötä osin kehittyä korvaamaan oikeuspsykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Mikäli asumisvalmennusta ja eritasoisesti tukea tarjoavaa asumispalvelua olisi enemmän käytettävissä, HUS saattaisi voida lisätä pitkäaikaisen kuntouttavan hoidon kapasiteettiaan, vrt. valtion mielisairaaloiden avoimet ja vähemmän suljetut osastot

- Tampereen yliopiston professori totesi, että psykiatristen osastopaikkojen suunnittelu on pitkään perustunut oletukseen, että sairaalapaikkojen tarvetta voidaan vähentää melko lineaarisesti avohoitoa kehittämällä. Käytännössä tämä ei ole aiemminkaan perustunut mihinkään teoriaan tai mekanismiin, vaan ainoastaan historiaan. Viime vuosina on nähty, että tämä lineaarinen väheneminen on loppunut. Vaikuttavia mekanismeja, joilla sairaalahoidon väheneminen lineaarisesti jatkuisi ei ole tällä hetkellä näköpiirissä. Tämän perusteella hän toteaa, että sairaalapaikkoja ei pidä vähentää ilman, että voidaan osoittaa sairaalapaikkojen tarpeen vähentyneen. Käytännössä ainoat tavat vähentää osastopaikkojen tarvetta ovat entistä tiiviimpi ja sujuvampi yhteistyö perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden välillä. Keskeistä olisi siis tiivistää HUS-HVA-yhteistyötä hoitoketjusuunnittelun kokonaisuuden osalta. Tiekartan keskeinen strateginen tavoite tulisi olla Uudenmaan erillisratkaisun mielenterveys- ja päihdepotilaille aiheuttamien haittojen, minimointi.”

## Psykiatristen osastojen profiilit ja erikoistuminen

- HUS Psykiatrian Länsi-Uudenmaan linja totesi, että läntisen Länsi-Uudenmaan näkökulmasta Lohjalle sijoittuvalle akuutti-/yleispsykiatriselle vuodeosastotoiminnalle on selkeä tarve. Lohjan suljetut osastopaikat ovat aktiivisessa käytössä palvelun oman alueen lisäksi osin myös muita alueita. Ei nähdä tarvetta lähisairaaloiden osastoprofiilien muuttamiseen. Lohjan sairaalan psykiatrisen osaston muuttaminen subakuutiksi lisäisi ambulanssikuljetuksia, hankaloittaisi Länsi-Uudenmaan linjan avohoidon toimintaa ja Lohjan sairaalan päivystyksen toimintaa. Osastopaikkojen kysyntää lisäävät osaltaan alueelle sijoitetut useat tehostetun avohoidon palveluasumisyksiköt, joissa runsaasti vaikeahoitoisia (ulkopaikkakuntalaisia) potilaita. He ehdottivat, että tässä vaiheessa ei tehdä muutosta lähisairaaloiden osastoprofiileihin. Pääkaupunkiseudulla (Jorvi, Peijas) kampuskohtainen profilointi on helpompaa ja voisi helpottaa ja sujuvoittaa kampusten sisäistä työnjakoa.
- STM totesi osastoprofiilien suhteen, että palvelukokonaisuudet sovitaan yhteistyöalueella ja myös kansallisesti.

- THL kommentoi, että erityisesti ensipsykoosissa ja nuorilla läheisten mahdollisuus osallistua tiiviisti hoitoon on tärkeää ja osaston sijainti ideaalitalanteessa mahdollistaisi tämän sekä nopean paluun omaan asuinympäristöön, jonne tuki annettaisiin intensiivisen avohoidon keinoin. Kuntoutuksessa potilaan mahdollisuus harjoitella arkeen paluuta asteittain on tärkeää, jolloin keskitetty 24/7 toimiva osastohoitomalli on optimaalinen. Syömishäiriöiden akuuttihoitossa somaattisen sairaalan ja laboratorion saumaton yhteistyö on tärkeää. Johtopäätöksenä todettiin, että osastojen profiloinnissa olisi tärkeää varmistaa riittävä päivistysvalmiudessa olevien osastojen määrä ja toisaalta erityisesti pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevien osalta miettiä 24/ osastopaikoille vaihtoehtoja.”
- HUS Kehittämisyksikön havainnon mukaan vuodeosastojen profiileja ei voida tarkastella irrallaan päivistävien lääkärin määrästä. Osalla vuodeosastoja potilasvaihtuvuus on todella pientä ja läpimenoaika pitkä. Kaikkiaan on tarpeen selvittää, minkälaisille potilasryhmille on osastohoidon tarvetta, minkä profilisia osastopaikkoja tarvitaan ja minne ne tulee sijoittaa.
- HUS Psykiatrian Hyvinkään linja ehdottaa Hyvinkäälle perustettavaksi uutta kuntouttavaa osastoa nykyisten akuuttiosastojen lisäksi. Hyvinkäällä on ympärivuorokautinen psykiatrinen päivistys, joka voi vastata osaston päivistysaikaisesta tuesta.
- Tulosalue 2 esitti, että ensivaiheessa psykiatriset osastot keskitetään Jorviin, Peijakseen, Ohkolaan, Laakson yhteissairaalaan ja Psykiatriakeskukseen. Pehmeänä välivaiheena tähän siirtymisessä lähisairaaloihin voidaan jättää hyvinvointialueiden kanssa yhdessä pyritettäviä ns. hybridiosastoja.
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue on havainnut, että erikoissairaanhoidon osastojen lääkäripula heijastuu myös perustasolle. Lääkäriresurssin tulisi olla yhtenäinen kaikilla alueilla.
- Tampereen yliopiston professori arvioi, että osastosuunnittelun keskeisenä lähtökohdaksi tulee olla kriittisten palveluiden turvaaminen pahenevan työvoimapulan aikana. Keskeinen keino on keskittää kaikki psykiatrit edellyttävä toiminta riittävän tiiviille alueelle, jotta työvoimaa voidaan käyttää tehokkaasti.
- HUS Psykiatrian Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja ehdottaa, että Jorvin ja Peijaksen kampukset toimisivat paremmin linjajaon ulkopuolella tai yhden linjan alaisuudessa. Tällä hoitoresurssien hallinta ja jako sekä rekrytointi paranisivat merkittävästi. Tällä hetkellä enemmistö Jorvin ja Peijaksen sairaalapotilaista ovat psykoosipotilaita. Jorvin ja Peijaksen psykiatriset kampukset tulisi siirtää psykoosilinjan hallintaan ja mielialaosastot keskittää muualle.

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue näkee tärkeänä, että päivystysosasto säilytetään Lohjalla, sillä palveltava alue on suuri ja osastoprofiilin muutos heikentäisi palveluita. Lisäksi nähtiin tärkeänä, että neuromodulaaristen hoitojen (TMS, ECT) saatavuutta osastohoitoпотilailla parannettaisiin.
- HUS Psykiatrian keskitettyjen palvelujen linja nosti pohdittavaksi akuuttiosastojen mahdollisen keskittämisen. Edelleen HUS Psykiatriakeskuksessa tiettyjen osastojen potilailla on samankaltaisuutta ja siksi jatkossa Laakson yhteissairaalaan muutettaessa osastojen profiileja voidaan tarkastella uudestaan. Vanhuspsykiatriassa käytössä ollut hybridimalli nykyisellään on päättymässä taloudellisista syistä. Vanhusväestön kasvaessa voisi hybridimallin kehittämistä edelleen jatkaa hyvinvointialueiden kanssa.
- HUS Psykiatrian Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linja muistutti, että Ohkolaan rakennetaan vuonna 2026 uudet tilat, kaikkiaan 56 sairaansijaa. Tämän investoinnin myötä Ohkola toimii HUSin yhtenä kampuksena tulevaisuudessa ja tontille on mahdollista rakentaa lisää. Toiminnan synergian, sijainnin ja toiminnallisen kuntoutuksen mahdollisuuksien vuoksi oikeuspsykiatria ja tehostettu psykoosikuntoutus sopivat hyvin Ohkolan kampukselle. Ohkolan lähetemäärien ja jonojen perusteella Hyvinkään alue ja Helsinki tarvitsevat eniten tehostetun kuntoutuksen palveluja. Oikeuspsykiatrisen toiminnan luonteen vuoksi samalle kampukselle tarvitaan useampi kuin neljä osastoa turvallisuuden ylläpitämisenkin näkökulmasta. He esittävät asumisvalmennusyksiköiden avaamista Ohkolan kampuksen alueelle.
- HUS Psykiatrian Porvoon linja katsoo, että HUS Psykiatrialla on merkittävää paikkapulaa, erityisesti kuntoutuspsykiatrisista paikoista.
- Helsingin yliopiston professori katsoo, että Laakson yhteissairaalaan siirryttäessä joidenkin psykiatriakeskusten nykyisiä osastoprofiileja voidaan tarkastella. Psykiatriakeskuksessa on myös tilanteita, joissa osastolle tulee potilaita, joiden hoito voitaisiin toteuttaa avohoidossa. Professori miettii myös, onko kieliperusteisen osaston ylläpitäminen perusteltua.

## Asumisvalmennus

- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kommentoi HUS Psykiatrian oman asumisvalmennuksen lisäämisen olevan kiinnostava konsepti.
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue totesi, että hyvinvointialueen sosiaalityön ja terveys- ja sosiaalityön työnjakoa täytyy tarkentaa. Hyvinvointialueen näkökulmasta terveys- ja sosiaalityön olisi hyvä vahvistaa ohjausta tilanteissa, joissa asumisen haasteet kasvavat

psykiatrisen hoidon jatkuessa. Tärkeää on tiedon kulku, jotta pystytään reagoimaan tilanteisiin ennakoivasti. Pth-esh-yhteistyötä kehitettäessä huomioitava myös alueelliset tarpeet.

- HUS Psykiatrian Oikeuspsykiatrian linja näkee, että asumisvalmennustoimintaa kannattaa lisätä paitsi suotuisan tuotos-panos-suhteensa vuoksi, mutta myös erinomaisena portaana oikeuspsykiatristen potilaiden sairaalahoidon ja avohoidon välillä. Toiminta sopii myös oireistoltaan haasteellisille psykoosipotilaille. Oikeuspsykiatrian osastot, asumisvalmennus ja oikeuspsykiatrian poliklinikka toimivat tiiviissä ja joustavassa yhteistyössä – tämä on edellytys onnistumiselle.
- HUS Psykiatrian Sosiaalityön asiantuntijayksikkö kommentoi, että psykiatrian osastohoidon ja terveyssosiaalityön ja hyvinvointialueen asumispalvelujen yhteistyön täytyy olla hyvin toimiva. Terveysosiaalityö tekee tiivistä yhteistyötä asumisohjauksen kanssa, mm. LU:n alueella yhteistyön prosessia on kehitetty ja ajankohtaisesti keskustellaan mm. terson arvioiden tehokkaammasta hyödyntämisestä LU:n arvioissa. Lisäksi Hyvinkään osastoilla on toimiva ja sujuva yhteistyö Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen asumispalveluiden ja ASO:n kanssa. Niin Hyvinkään osastojen kuin avohoidon sosiaalityöntekijät kokoustavat säännöllisesti Keusoten asumispalveluiden ja ASO:n kanssa. Keväälle 2024 on sovittu yhteistyökokous, jossa yhteistyöprosessit tullaan kuvaamaan. Syksyllä kuvaus esitellään. Myös Itä-Uudellamaalla yhteistyö on tiivistä ja Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella terveyssosiaalityö / HUS Porvoon psykiatria kokoustavat säännöllisesti asumispalveluiden ja ASO:a vastaavan yksikön kanssa. Yhteistyötä haastaa eri HVAn rakenteet ja toimintamallit, joka tarkoittaa, että kunkin alueen erityispiirteet on huomioitava ja sosiaalityön tulee olla tietoinen paikallisista toimintamalleista. Jonkin verran myös psykiatrian sisäinen tiedonkulku haastaa yhteistyön sujumista. Johtopäätöksenä todetaan, että sosiaalityön rooli on keskeinen aktiivisessa yhteistyössä HUSin ja hyvinvointialueiden asumispalvelujen kanssa, vaikka sosiaalityö ei varsinaisesti näissä vastuullinen (siirtopäätöksistä vastaa lääkäri, tieto Navitaksen kautta). Kaikkiin asumispalveluyhteistyötilaisuuksiin terson edustus mukaan, säännöllisesti prosessi esille osastokokouksiin tiedonkulun ja prosessin sekä työnjaon ylläpitämiseksi. Keskeistä työnjaollisesti on mm. se, että arvio tarpeesta tulee tehdä, paikan määrittää HVA.
- HUS Psykiatrian Keskitettyjen palveluiden linja näkee, että tarvitaan kuntouttavampaa hoitoa vaikeasti oireileville potilaille esimerkiksi päihteiden käyttäjille ja psykoosipotilaille. Ehdotuksena asumisvalmennuspalvelujen lisääminen potilaille, joilla on vaikeaasteinen riippuvuushäiriö ja rajapintaa oikeuspsykiatria (Esim. korvaushoitopotilaat) Tällaista toimintaa voi johtaa osana isomman osaston toimintaa. Asumisvalmennus tehostaisi psykoosipotilaiden hoitoketjun loppupäätä. Potilaat, joita ei saada eteenpäin ja

kuormittavat nykyisiä osastoja (esim. Psykiatriakeskuksen osastolla 6 jatkuvasti noin 30 % potilaista odottaa jatkohoitoa).

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue näkee asumisvalmennuksen lisäämisen kannatettavana ajatuksena. Tulisi kuitenkin pohtia voisiko tämä olla osittain hyvinvointialueen järjestämää toimintaa Oleellista kuitenkin huomioida erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun hillitseminen ja perustason vahvistaminen.
- HUS Psykiatrian Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linja kommentoi, että HUS alueella on paljon mielenterveyspotilaita, jotka ovat tuetun asumisen tarpeessa. Viime vuosina kyseisten potilaiden määrä on kasvanut (väestökasvun seurauksena) sekä heidän palvelun ja tuentarpeensa on lisääntynyt. Näkemyksenä on, että hyvinvointialueiden on syytä tunnistaa haastava kohderyhmä, jossa asiakkaila on samanaikaisesti vakava mielenterveysongelma, päihteidenkäyttö ja heikko sitoutuminen hoitoon. Heille on jatkossa tarjottava entistä tuetumpia asumispaikkoja, jossa on riittävästi mitoitettu ja koulutettu henkilökunta.
- HUS Psykiatrian Länsi-Uudenmaan linja näkee, että asumispalveluyksiköiden psykiatrin osaaminen ja kyky hoitaa vaikeasti oireilevia potilaita vaihtelee kovasti; paraneeko laatu, jos toiminta siirtyy hyvinvointialueille / julkiselle sektorille? Ehdotuksena HUS asumisvalmennuspaikkojen lisääminen vaikeammin oireileville/toistuvasti osastohoitoa tarvitseville. Etäosastopaikkojen ja/tai hoitajakonsultaatioiden lisääminen (huomioitava os. resursseissa)? Hoitajakonsultaatiot palveluasumisyksiköiden tukena.
- Tampereen yliopiston professori näkee, että Uudenmaan erilliskäyttöön sisältyvä insentiivi osaoptimointiin vaikeuttaa kustannustehokkaiden ratkaisujen etsimistä – kuten tässä kysymyksessä. Käytännössä keskeistä olisi saada strateginen linjaus ja segmenttipohjainen yhteistyö hoitoketjutasolle toimintaan; tämänkaltaiset kysymykset pitäisi ratkaista koko hoitoketjun optimoinnin näkökulmasta Asumisvalmennus on järkevää toimintaa kokonaiskustannusvaikuttavuuden kannalta. Mutta työnjako ja vastuu HVA-HUS-välillä pitäisi sopia. Tämä korostaa MTP-segmenttikohtaisen johtamisen ja koordinaation välttämättömyyttä
- HUS psykiatrian hallinto näkee, että etäosastotoiminnalla voidaan tukea asumispalveluyksiköitä. Tämä palvelu on aloitettu jo vuonna 2018 Peijaksen vaikutusalueella psykoosipotilaille. Tämä on ollut myös isompi strateginen hanke sekä nyt toimintaa kehitetään kehitysvammapsykiatrian potilaille. Etäkontaktien mahdollistaminen potilaalle ilman hänen omia laitteitaan pitäisi määritellä yksiköiden kanssa ostopalvelusopimuksissa.

- Tulosalue 2 kommentoi, että asumisvalmennus oikeuspsykiatrian yhteydessä on kustannustehokas tapa kuntouttaa oikeuspsykiatrian potilaita. Tilavaatimukset ovat sairaalaan verrattuna hyvin vähäiset. Toimintaa kannattaa lisätä saturaatiopisteeseen asti, ehkä noin 30–40 paikan verran – Ohkola tai aivan lähistöllä oleva tila edullisesti kuntoon.
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue näkee, että psykoosipotilaiden kuntoutuspaikkoja pitää olla lisää käytettävissä. Keski-uudenmaan hyvinvointialue ja HUS psykiatrian Hyvinkään linja tekevät tiiviisti yhteistyötä ja esim. Hyvinkään Psykiatrian osastojen ja avohoidon sosiaalityöntekijät kokoustavat säännöllisesti Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen asumispalveluiden kanssa.
- HUS Psykiatrian Hyvinkään linja kommentoi, että asumisvalmennus vapauttaa tilaa hoito- tai kuntoutusosastoilta kipeimmille potilaille. Kannattavat toiminnan laajentamista.
- HUS Kehittämisyksikkö kommentoi, että asumisvalmennusta ja palveluasumista on tarkasteltava yhtenä kokonaisuutena. Lisäksi selvitettävä potilasvolyymit eri palvelumuodoille ja ratkaistava tätä kautta palvelukokonaisuus.
- HUS Psykiatrian Mielialalinja kommentoi, että asumisvalmennusmalli on hyvä erityisesti oikeuspsykiatrian potilaille. Volyymin kasvattaminen kannattaa, mahdollisesti jopa 10 paikkaa Jorviin, ja 10 Peijakseen.
- STM kysyy mikä on hyvinvointialueiden oman tuotannon suhde ostopalveluihin? Vaativimman asumisen järjestäminen hyvinvointialueen omana palveluna jatkuvuuden turvaamiseksi? Miten ratkaistaan palveluasumisen ja hoidon koordinoinnin vastuukysymykset?

## **Päivystysverkon supistaminen, akuuttiosastojen keskittäminen ja päivystystoiminnan yhtenäistäminen**

- HUS Psykiatrian mielialalinja totesi, että tämänhetkinen palveluverkko ei ole tarkoituksenmukainen, vaan päivystystoimintaa tulisi keskittää. Psykiatrimäärä ei tule riittämään kaikkiin päivystyspisteisiin. Nykyinen järjestelmä on myös kallis. Jos päivystyksiä keskitetään, niin tulee samalla miettiä osastojen sijoittumista ja profiilia.
- HUS Kehittämisyksikkö totesi, että päivystyspisteiden kustannustehokkuutta tulee arvioida.
- Tulosalue 2 totesi, että hiljaisia päivystysrinkejä voidaan lopettaa.

- Tulosalue 5, HUS Akuutin toimiala totesi, että Haartman, Peijas, Jorvi, Malmi ja Hyvinkää ovat isoja päivystyspisteitä, joissa täytyy olla psykiatrinen etupäivystys. Lohja ja Porvoo ovat ne, joista voidaan keskustella. Akuutti ostaa HUS Psykiatrialta tarvitsemansa palvelut. Jos Lohjalla ja Porvoossa ei ole psykiatripäivystystä, pitää sopia ensihoidon kanssa potilasohjauksesta. Tästä voidaan keskustella ja tätä voi kehittää eteenpäin. Hoitaja etulinjassa – malli on hyvä ja toimiva Haartmanissa.
- Tampereen yliopiston professori totesi, että psykiatrian paheneva työvoimatilanne tekee näin laajan päivystysmallin ylläpidon ennen pitkää mahdottomaksi. Ja työaikadirektiivi on tehnyt siitä äärimmäisen kallista suhteessa hoidettuihin potilaisiin. Päivystysverkkoa pitää karsia, mutta samanaikaisesti muiden toimintojen keskittämisen kanssa. Psykiatrialla pitäisi siirtyä enenevästi päivystystä korvaaviin etälääketieteen ratkaisuihin.
- HUS Psykiatrian keskitettyjen palvelujen linja totesi, että päivystykset vievät paljon lääkäriresurssia. Uudellamaalla on monta päivystyspistettä ja päivystysten keskittäminen olisi hyödyllistä. Kevyesti kuormitetut päivystyspisteet (kuten Ohkolan sairaala) voisivat toimia psykiatrisina etäkonsultaatiopisteinä muun muassa palveluasumiselle, geropsykiatrialle ja kehitysvammapsykiatrialle koko Uudellamaalla. Osittain tämä on jo käytäntönä, mutta toimintaa voisi olennaisesti lisätä. Ne sote- pisteet, jotka pohtivat potilaan päivystykseen lähettämistä, voisivat olla ensin konsultatiivisesti yhteydessä Ohkolan sairaalan päivystykseen. Tähän toimintaan voisi varata myös hoitohenkilökuntaa. Päivystysaikainen konsultaatiomahdollisuus vanhuspsykiatrian ja kehitysvammapsykiatrian ja riippuvuuspsykiatrian osalta voisi vähentää osastohoidon tarvetta. Ajankohtaisesti Ohkolan sairaalan päivystäjä vastaa kehitysvamma-asioihin liittyviin kysymyksiin. Myös asiantuntijasairaanhoidajan päivystys voisi auttaa palveluohjauksen osalta.
- Tulosalue 1 totesi, että hiljaiset päivystyspisteet olisi tarkoituksenmukaista muuttaa vapaamuotoisiksi, ehkä rinkejä yhdistellen. Samalla on selvitettävä, miten tämä vaikuttaa vuodeosastotoiminnan profiiliin. Kyseessä poliittisesti herkkä asia, mutta hyvin perusteltavissa. Yhteistyö HUS Akuutin kanssa on tarpeellista koska tällä on vaikutusta yhteispäivystystoimintaan ja sairaankuljetukseen.
- HUS Psykiatrian Hyvinkään linja totesi, että päivystyksen loppuminen lähisairaaloissa lisäisi huomattavasti ambulanssikyyditysten määrää Uudellamaalla ja jo nyt on ambulanssipulaa. Jäljelle jäävistä päivystyspisteistä tulisi hyvin raskaita. Tämä mahdollisesti tarkoittaa jatkossa lyhyempiä päivystysvuoroja, jolloin lääkäreiden työsidonnaisuus kasvaa. Toisaalta päivystysvuorojen vähenemisestä voi aiheutua rekrytointivaikeuksia.

- HUS Psykiatrian Länsi-Uudenmaan linja totesi, että HUS-alueella noudatettu MT-lain tulkinta edellyttää paikallaolopäivystystä kampuksilla, joilla on suljettua osastotoimintaa. Lähisairaaloissa on suljettuja sairaansijoja yhteensä 72 + ylipaikat, eikä näistä ole mahdollista luopua. Somatiikka ei suljetuista osastoista vastuuta ole valmis ottamaan (vrt. aiemmat Lohjan kokemukset), pitkät välimatkat reunasairaaloiden välillä (ja yhteispäivystysten säilyminen alueilla) eivät tue päivystysrinkien yhdistämistä. Vaikka osastojen profiili muutettaisiinkin subakuutiksi / kuntoutukselliseksi, ei reuna-alueiden psykiatripäivystyksestä näillä näkymin päästä eroon ilman merkittäviä toiminnanmuutoksia, kuten kaiken päivystyksellisen psykiatrisen toiminnan keskittämistä kehä III sisälle. Potilaiden siirtely ja ambulanssiralli sen sijaan lisääntyisi oleellisesti. Tässä vaiheessa esitetään, että entiset päivystysringit säilytetään. Mahdolliset muut vaihtoehdot edellyttävät lisäselvittelyjä ja -suunnittelua sekä vuoropuhelua laillisuusvalvojien ja hyvinvointialueiden sekä HUS- henkilöstön kanssa reunasairaaloiden osastoprofiilien muutosta. On myös huomioitava päivystysmahdollisuuden merkitys lääkärirekrutointiin ja erikoistumispalvelujen kannalta ja mahdollisesti saavutettava varsin pieni taloudellinen säästö vs. päivystysverkoston keventämisestä seuraavien (ja /tai sen mahdollistavien) kokonaisvaikutusten/-muutosten merkitys hoidon laatuun ja saatavuuteen (alueellinen tasarvo)
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue näkee ehdottomana, että Lohjan akuuttipsykiatrian päivystys säilytetään, sillä palveltava alue on suuri ja päivystyksen purku johtaa palveluiden heikentymiseen, ensihoidon käytön lisääntymiseen ja vaikuttaa myös Lohjan osastotoimintaan ratkaisevasti. Päivystysprosessien yhtenäistämisen suhteen ei nähty estettä, sille että psykiatrian päivystys toimisi Haartmannissa vastaavalla tavalla kuin muissa päivystyspisteissä ainakin aikuispotilaiden osalta. Nuorten ja lasten osalta walk-in periaatetta tulisi arvioida tarkemmin kuvaamalla walk-in toiminnan hyödyt sekä tarpeet tarkemman potilasmateriaalitiedon pohjalta.
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue totesi, että kaksoisdiagnoosiasiakkaiden on vaikea saada päivystyksellistä apua. Tämä tulisi huomioida osana palveluketjuja. Itä-Uudenmaan hyvinvointialue katsoo, että on välttämätöntä, että jatkossakin on psykiatrian etupäivystys sekä osasto Porvoossa.
- STM totesi, että tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen ja hoito edellyttävät yksikössä saatavilla olevaa psykiatrian erikoisalojen erikoislääkäreitä tai psykiatrinen kiiretilanteiden hoitoon perehtynyttä lääkäriä, jolla on mahdollisuus neuvotella psykiatrinen erikoisalojen erikoislääkärin kanssa ja tarvittaessa saada hänet hoitoa antavaan yksikköön. Tämä tarkoittaa, että akuuttipsykiatrisia potilaita hoitavassa sairaalassa tulisi päivystävän lääkärin olla paikalla työpaikkapäivystyksessä välittömässä valmiudessa. Jos

sairaalassa hoidetaan ainoastaan pitkäaikaispotilaita, riittäisi joissakin tapauksissa, että päivystys toteutetaan vapaamuotoisena päivystyksenä.

- Tulosalue 2 totesi, että akuuttitoiminnan keskittäminen voisi tarkoittaa Porvooseen ja Lohjalle perustettavia “hybridiyksiköitä”, joita voidaan sitten etätoimintana tukea.
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue näkee tärkeänä, että palveluverkko on tasainen ja tasa-arvoinen eri alueiden välillä. Tällä hetkellä on eriarvoista, että Helsingissä pääsee suoraan psykiatrin arvioon, kun Peijaksessa ja Jorvissa yle-päivystäjä taas tapaa potilaat ensin. On ollut tilanteita, että yle-päivystäjä ei ole tunnistanut psykiatrasta hätätilannetta. Jokaisessa päivystyspisteessä tulisi olla mahdollista päästä joko suoraan psykiatrin arvioon tai yle-päivystäjien tukea tulisi tehostaa.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue totesi, että psykiatrian päivystys voisi toimia Haartmanissa vastaavalla tavalla kuin muissa päivystyspisteissä, ainakin aikuispotilaiden osalta.
- Helsingin yliopiston professori totesi, että päivystystoiminnan yhtenäistämiseen liittyvien toimintamallien yhdenmukaistaminen kuulostaa perustellulta, mutta hän tuntee tilannetta liian vähän ottaakseen vahvaa kantaa asiaan.
- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelut totesi, että Helsingissä on aiemmin haluttu säilyttää tilanne, jossa potilas pääsee suoraan psykiatrin arvioon päivystyksellisesti, tämä on ollut myös poliittisessa päätöksenteossa tahtotilana. Lääkärityövoiman saataavuutta ei ole nähty haasteena, sen sijaan psykiatrivetoisen päivystys luonnollisesti on kalliimpi ylläpitää kuin yleislääkärivetoisen päivystys. Nykytilannetta ja mahdollisia muutostarpeita voidaan tarkastella, mutta Helsingin kaupungin taholta ei ole ajankohdaisesti painetta muuttaa järjestelyä.
- Tulosalue 1 totesi, että päivystysprosessin yhtenäistäminen on perusteltua.
- THL kommentoi olevan tärkeää, että eri päivystyspisteissä työtä tekevien kokemuksia kuullaan, myös potilaat ja omaiset tulisi ottaa mukaan päätöksentekoon, jos päivystyspisteitä vähennetään. Hyvä ennakoiva tiedotus tärkeää.
- Tulosalue 2 ehdotti, että tulisi selvittää, pitäisikö lasten ja nuorison takapäivystysringit eriyttää, ja tarjota niitä valtakunnallisina tai ainakin YTA-tasolla – ja jakaa kustannukset.

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue totesi, että nuorten ja lasten osalta walk-in periaatteella arvioon tulevien osalta tulisi tehdä arvio walk-in toiminnan hyödyistä ja tarpeesta tarkemman potilasmateriaalitiedon pohjalta.
- Lasten- ja nuorten toimiala totesi, että lasten- ja nuorisopsykiatrinen yhteispäivystys on tarkoituksenmukainen tapa järjestää alaikäisten psykiatrinen päivystys alaikäisten somaattisen päivystyksen yhteyteen. Laki edellyttää sekä lasten- että nuorisopsykiatrin 24/7 saatavuutta, ja Valviran kanssa on sovittu, että riittävä miehitys on, kun etu- ja takapäivystäjät tulevat eri erikoisaloilta. Alaikäisten impulsiiviset itsensä vahingoittamisyritykset ovat keskeinen osa lpsy/npsy päivystystä, ja niihin puuttumisen kynnyks tulee pitää matalana. He ehdottivat, että nykyinen järjestelmä säilytetään ja sitä kehitetään tarpeen mukaan (esim. triage-hoitaja). He totesivat myös, että lasten ja nuorten kohdalla tulisi olla mahdollisuus yön yli –seurantaan päivystysvalvonnassa ilman, että potilaan tarvitsee siirtyä psykiatriselle akuuttiosastolle. Tällä vältettäisiin turhia psykiatrisia hoitojaksoja ja potilaan siirtoja päivystysaikana.
- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalvet ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ottivat kantaa päivystysosaston puolesta, muut hyvinvointialueet eivät asiaa kommentineet.
- Tampereen yliopiston professori totesi, että päivystysalueella sijaitsevat psykiatriset ”osastot” tai käytännössä yöpymismahdollisuudet ovat Suomessakin laajasti testattu ja hyödylliseksi todettu konsepti. Käytännössä tämänkaltainen toiminta voi olla välttämättömyä käynnistää, mikäli päivystystä keskitetään ja osastopaikkoja ei saada lisää. Jos halutaan selvittää nykyisillä osastopaikoilla, niin keskeistä on vähentää osastolle tulevia potilaita; osasto päivystysalueella on tähän erinomainen keino.
- Tulosalue 2 totesi, että päivystys / valvontaosasto on kustannustehokas tapa hoitaa lyhyitä muutaman tunnin mittaisia seurantoja. Päivystys / valvontaosasto Haartmanissa olisi luonteva. Hän ehdotti, että aletaan suunnitella valvontaosastoa Haartmaniin kustannustehokkaalla tavalla, ilman suurta lisäresurssia.
- HUS Psykiatrian omat asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että päivystysosasto tarvitaan. Mieliala- ja yleispsykiatrian linja totesi, että päivystysosasto Haartmanin päivystyksen yhteydessä on tarkoituksenmukainen ratkaisu mm. yhden yön yli tapahtuvaan seurantaan. Osa potilaista voidaan kotiuttaa seurannan jälkeen, eikä tarvitse lähettää sairaalaan. Tulisi myös miettiä, voiko päivystysosasto palvella laajempaa aluetta.
- STM totesi, että päivystysasetuksessa mainitaan seurantapaikkojen käyttö. Lisäksi terveydenhuoltolain 27 § edellyttää nykyisin monimuotoisia palveluita, millä tarkoitetaan

muun muassa liikkuvia ja kotiin ja muihin potilaan arkiympäristöihin vietäviä palveluja, jotka soveltuvat osalle potilaista paremmin kuin perinteinen vastaanottotoiminta.

## **Psykiatrian avohoidon kiireajat ja iltavastaanotot**

- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden kommentoi, että Helsingin kaupungin psykiatriassa iltavastaanottoja tehdään jo nyt kaikissa toimipisteissä klo 18 saakka arkiisin. Akuuttivastaanottoaikoja on tarjolla akuutteihin tilanteisiin. Meilahden yhteispäivystys voi virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin käyttää myös Helsingin liikkuvan avohoidon palveluja, niin psykoosi kuin mielialatyöryhmiä. Tähän on sovittu prosessi olemassa. Apottiin tulee mahdollisuus Meilahden yhteispäivystyksen päivystäjälle varata kiireaikoja Helsingin avohoidosta siellä hoitosuhteessa oleville potilaille. Tämä ollut mahdollista jo Pegasoksessa, nyt Apottiin rakenteilla sama toiminnallisuus.
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue totesi, että toimiva erikoissairaanhoidon kiirevastaanotto on tärkeä, jotta potilaita ei pompotella päivystyksen, perustason, poliklinikan ja osaston välillä. Ensin päivätoiminta tulisi kuitenkin laittaa kuntoon, jonka jälkeen arvioidaan toiminnan laajentamista. On lisättävä tuettua ja joustavaa psykiatrian avohoitoa (jalkautuva työ), jotta huonokuntoiset potilaat saavat riittävän nopeasti tarvitsevansa tuen ja hoitoa.
- HUS Psykiatrian Hyvinkään linja ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue totesivat, että hoidossa oleva potilas ei välttämättä halua / hyödy vieraan työntekijän tapaamisesta. Kalendarissa pitää olla jonkin verran väljyyttä niin että akuuttiaikoja on muutama kappale per viikko (omien potilaiden profiilien mukaan).
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella nähdään, että ilta- ja viikonloppuvastaanottoaikojen lisäämistä tulee harkita tarkoin, näiden merkittävän kustannuksia nostavan vaikutuksen vuoksi. Suunnitelmassa tuleekin huomioida erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun hillitseminen ja perustason vahvistaminen.
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue totesi, että toimintamallien yhtenäistäminen ja kehittäminen yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa on tärkeää.
- HUS Psykiatrian Mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja totesi, että kiire- ja kriisiaikoja olisi lisättävä, myös iltaan ja viikonloppuihin. Osastohoitojen vähentäminen on tavoitteena. Muidenkin poliklinikoiden henkilökunnalle tulisi olla mahdollisuus tehdä näitä vuoroja. Turvallisuussyistä sairaaloiden akuutti-psykiatrian poliklinikat voisivat olla paikkoja, joissa näitä aikoja tarjotaan.

- HUS Psykiatrian Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linja totesi, että linjan tehostetun avohoidon palvelut ovat käytössä maanantaista sunnuntaihin Peijaksen alueella klo 8–16 ja Jorvin alueella klo 8–21. Yksiköt tekevät tiiviisti yhteistyötä akuuttiosastojen kanssa. Varhaispsykoosipoliklinikka Espoossa ja Vantaalla on hyvin resursoitu ja sinne saa kiireaikoja, mikä vähentää osastohoidon tarvetta ja lyhentää hoitoaikoja osastoilla ja toiminta tukee avohoitoa. He ehdottivat, että jatkossa tehostetun avohoidon palveluajat Espoon ja Vantaan tehostetussa avohoidossa kummassakin olisivat klo 8–20, mutta tämä vaatii lisää hoitajavakansseja. Tämän seurauksena työryhmillä olisi paremmat mahdollisuudet liikkuvaan työhön, tehostetumpaan hoitoon ja kiireellisten vastaanottojen toteuttamiseen, mikä vähentäisi päivystyskuormitusta ja parantaisi potilasturvallisuutta. Myös oikeuspsykiatristen potilaiden turvattu pääsy avohoitoon paranisi ja osastohoitoajat lyhenisivät. Jorvissa ja Peijaksessa on myös pitkäaikaishoitotilaiden seurantapoliklinikoita, jotka ovat tarpeellisia, mutta voisiko osan siirtää hyvinvointialueille eREKIn tuelle?
- HUS Psykiatrian, Digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot linja totesi, että iltavastaanottoja tulisi lisätä varsin edullisen lisätyömallin kautta – nyt HUS henkilöstö tekee paljon työtä iltavastaanotoilla yksityisillä lääkäriasemilla, mikä on epätarkoituksenmukaista. Hän ehdottaa ilta- ja viikonloppu vastaanottoja ja on selvittänytkin, että lisätyömallin kautta tekijöitä olisi saatavilla.
- Tulosalue 2 totesi, että kiirevastaanottoja / akuuttipoliklinista toimintaa kannattaisi vahvistaa. Olisiko hoitajavastaanotot mahdollisia, jos niiden tukena olisi eREK-verkosto? Kiirevastaanotto toiminta olisi hyvä uudistaa käyttäen apuna itsenäistä hoitajavastaanottoa, ja etälääkäritukea.
- THL kommentoi, että heidän saama kuva on, että päivystykseen kohdentuvan paineen kannalta keskeistä on, miten potilas saa yhteyden avohoidon työntekijöihin ja matalan kynnyksen apua päiväsaikaan hoitavasta yksiköstä tai läheltä kotia. Onko riittävästi päiväaikaista jo hoidossa olevien matalan kynnyksen palveluita. Minkälaiset ovat seuranta- ja hoitokäytännöt? Voiko päivystysaikana puhelimitse asioiva tai päivystykseen hakeutuva saada ajanvarauksen omalle työntekijälle tai omaan hoitoyksikköön seuraavalle päivälle?

## Nuorisopsykiatria ja lastenpsykiatria

- Yhteisesti sidosryhmien näkökulmasta hoidon porrastus nuorisopsykiatrian osalta on haastava, ja lievien sekä keskivaikeiden häiriöiden hoito perustasolla koetaan vaikeaksi järjestää. Lastenpsykiatriaan verrattuna nuorisopsykiatrian lähetekynnys koetaan

korkeaksi ja nuoret entistä vaikeahoitoisemmaksi. Syömishäiriöitä sairastavien nuorten sekä kehitysvammaisten alaikäisten hoitopolut tunnistetaan puutteellisiksi ja pirstaleisiksi. LaNu-päivystyksen walk-in toimintamallia toivotaan myös tarkasteltavaksi uudelleen, eli palveleeko malli erikoissairaanhoidon tarvitsevia lapsia ja nuoria.

- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kommentoi, että Helsingillä on mielen-terveysongelmista kärsiville lapsille ja nuorille omat perustason erikoissairaanhoidon palvelut, jotka vastaavat lievien ja keskivaikeiden häiriöiden hoidosta, HUSin vastatessa vaikea-asteisten häiriöiden hoidosta. Käytännössä kuitenkin erityisesti nuorisopsykiatrialla vastuu myös vaikea-asteisesti oireilevista nuorista jää usein Helsingille ja HUSin läheteistä palautetaan jopa yli 50 % (VTT tarkastuskertomus -24). Helsinki näkee niin avo- kuin osastohoidon osalta HUSin nuorisopsykiatriset palvelut riittämättöminä, jotta lastensuojelun häiriökäytöksen lisääntymiseen, joka on kallista ja ei-vaikuttavaa hoitoa. Terveystoimintolain 69 § 2 mom perusteella lapselle on järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut, sen estämättä mitä hoitoon pääsystä on säädetty. Helsinki totesi, että Rinnekotien ja HUS:n yhteistyönä järjestetty hybridiosasto-toiminta on osoittautunut toimivaksi, mutta se on riittämätön vastaamaan alueen tarpeeseen ja tällä hetkellä kansallisesti on saatavilla riittämättömästi vaativan tason laitoshoidon paikkoja erityisesti itseään tai muita kohtaan vakavasti väkivaltaisille, vaikeasta mielenterveyshäiriöstä kärsiville nuorille. Helsingin ehdotuksena on, että HUS nuorisopsykiatrian sekä hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin lastensuojelun kanssa luodaan porrasteinen verkostoyhteistyön toimintamalli varmistaen integroidut toimintamallit. Lisäksi nähtiin tarve vaikeasti oireilevien nuorten hoidon kehittämisellä lisäämällä nuorisopsykiatrisen kuntouttavan osastohoidon kapasiteettiä sekä ns. hybridiosasto-toimintaa laajentamalla vastaamaan todellista tarvetta. Lisäksi Helsinki toi, esille, että syömishäiriöiden hoidossa sekä nuorten että aikuisten osalta olevan merkittäviä ongelmia työnjaossa ja hoitovastuissa. Nykyisellään HUS siirtää komorbiditeetteihin vedoten herkästi syömishäiriöiden hoitovastuun Helsingille ja vaikka potilaalla olisikin hoitosuhde HUSin syömishäiriöyksikössä, ohjataan tahdosta riippumattomasti hoitoa tarvitsevat potilaat käytännössä aina Auran sairaalaan ja avo-osasto-oloissa hoidettavat potilaatkin harvoin päätyvät HUSin osastolle. Tämä on aivan keskeinen ongelma ja uhkaa vakavasti hoidon jatkuvuutta ja laatua.
- THL kommentoi tässä yhteydessä kannattavansa yhdenvertaisia päivystysmalleja lasten ja nuorten osalta. Erityisesti nuorten kohdalla on tärkeää, että vanhemmat voivat osallistua nuoren osastohoitoon ja osaston sijainnin tulisi mahdollistaa tämä. Etenkin syömishäiriöiden osalta myös somatiikan ja laboratorion saumaton yhteistyö on tärkeää. Valtaosin tarve toteutuu nykyisessä keskitetyssä mallissa. THL kommentoi nuorten erikoissairaanhoidon pitkää jonottamisaikaa ja konsultaatioyhteistyön puutteita erityisenä

kipupisteenä sekä painotti erityisesti neuropsykiatrisissa häiriöissä kuntoutuksen ja arjen tukitoimien keskeisyyttä jonottamisen sijaan. Arvion mukaan päihdekuolematta-  
pahtuvat Suomessa nuorena ja siten nuorten päihdepalvelujen tulisikin painottua jal-  
kautuviin ja matalan kynnyksen palveluihin. Lisäksi kiinnitettiin huomiota myös digipal-  
velujen mahdollisuuksiin monikulttuurisessa ja pitkäaikaissairauksien hoidossa. Myös  
NEET-nuorten psykiatriin palveluihin tulisi panostaa enemmän. HUSissa Terapiat  
Etulinjaan -hankkeessa tehty nuorten psykososiaalisten menetelmien kouluttaminen on  
näkemyksen mukaan edennyt alueen väestömäärään suhteutettuna hitaasti muihin alu-  
eisiin verrattuna. Lisäksi nähdään, että sosiaalipalvelujen osalta HUSin tulisi varautua  
kasvavaan potilaspaineeseen sote-järjestelmän (3. sektori ja sosiaalipalvelut) leikkaus-  
ten myötä.

- HUS Lasten- ja nuorten toimiala totesi että lasten- ja nuorisopsykiatrinen yhteispäivys-  
tys on tarkoituksenmukainen tapa järjestää alaikäisten psykiatrinen päivystys alaikäis-  
ten somaattisen päivystyksen yhteyteen. Laki edellyttää sekä lasten- että nuorisopsyki-  
atrin 24/7 saatavuutta, ja Valviran kanssa on sovittu, että riittävä miehitys on, kun etu-  
ja takapäivystäjät tulevat eri erikoisaloilta. Alaikäisten impulsiiviset itsensä vahingoitta-  
misyritykset ovat keskeinen osa lpsy/npsy päivystystä, ja niihin puuttumisen kynnyks  
tulee pitää matalana. He ehdottivat, että nykyinen järjestelmä säilytetään ja sitä kehitetään  
tarpeen mukaan (esim. triage-hoitaja). He totesivat myös, että lasten ja nuorten kohdalla  
tulisi olla mahdollisuus yön yli –seurantaan päivystysvalvonnassa ilman, että potilaan  
tarvitsee siirtyä psykiatriselle akuuttiosastolle. Tällä vältettäisiin turhia psykiatrisia hoi-  
tojaksoja ja potilaan siirtoja päivystysaikana.
- STM kommentoi erityisesti sijoitettujen lasten ja nuorten tarpeiden korostumista ja esit-  
tää huomioitavaksi ns. hybridiyksiköiden perustamista kehysriihen 24 perustuen. Nuor-  
isopsykiatrin näkökulmasta hybridiyksikön toimintamalli on itse asiassa jo olemassa,  
mm. tässä dokumentissa kuvattu Diakonissalaitoksen toimintamalli sekä sairaalakoulun  
ja erikoislääkärin palvelut jo omaavat valtion koulukodit, kuten Vuorelan yksikkö LUVN-  
alueella.
- HUS lastenpsykiatria kommentoi, että HUS lastenpsykiatria osallistuu jatkossa kotipe-  
sätötoimintaan, mm. Cool Kids ja traumafokusoidun hoitomallin osalta. Tertiääritason  
palveluna tuotetaan jatkossa mm. palvelua lasten ja nuorten oikeuspsykologian yksi-  
kössä väkivaltaa kohdanneille lapsille ja nuorille. Lisäksi näkemys on, että lasten osasto-  
paikkojen määrä on tällä hetkellä riittämätön ja erityisesti vaikeasti väkivaltaisten ja tois-  
tuvasti itseään vahingoittavien lasten hoidon kehittämisen yhteistyössä lastensuojelun  
kanssa näyttäytyy tärkeänä. Lisäksi tuotiin esille, että ruotsinkielisten lasten palveluita  
järjestetään HUS lastenpsykiatriassa omassa työryhmässä sekä Raaseporin ja Porvoon

avohoitoyksiköissä. Ruotsinkielisillä on mahdollisuus valita myös oman asuma-alueensa mukainen yksikkö, jossa ei voida taata yhtä hyvää kielitaitoa mutta palvelua ruotsin kielellä kyllä. Osastohoito on ongelmallista järjestää, samoin ryhmäterapeuttiset hoidot. Folkhälsanilta ostettuihin palveluihin on liittynyt valitettavan heikko laatu. Yksilöpsykoterapioita ja perhepsykoterapioita on palvelusetelillä kohtuullisen hyvin tarjolla myös ruotsinkielisille lapsille.

- THL kommentoi, että lastenpsykiatrian osalta näyttäytyy keskeisenä neurokirjon arjen tuki, ja lasten psykososiaalisia menetelmissä tulisi erityisesti huomioida vanhempien tuki sekä neuropsykiatrisissa että käytöshäiriöissä.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue kommentoi, että he vastaavat 6-17-vuotiaiden lievästi ja keskivaikeasti oireilevien hoidosta HUSin vastatessa vaikeammin oireilevista sekä tarjoten konsultaatiotukea keskivaikeasti oireileville nuorille. Nähtiin tärkeänä, että erikoislääkäritasoinen tuki perustasolla varmistetaan koko työryhmälle. Nuorten osalta korostettiin, että esh-ptn välistä hoitoketjua ja palveluvalikkoa tulisi kehittää niin, että nuorisopsykiatrisen osastohoidon jälkeen on toipumista tukevaa jatkohoitoa tarjolla myös perustasolla, ettei osastohoidon jälkeen pudota ns. tyhjän päälle. Nuorten kohdalla osastohoidon vähentämisessä todettiin menneen liian pitkälle ja nähtiin tarve mahdollisesti myös paikkojen lisäämiselle, sillä osastohoidon odotusajat ovat liian pitkiä. Lasten- ja nuorisopsykiatrian yhteisosasto nähtiin hyvänä kehityssuuntana. Vaikeasti väkivaltaisten ja toistuvasti vahingoittavien lasten ja nuorten hoidon kehittämistä pidettiin tärkeänä, mutta kehittämisessä tulisi huomioida koko palveluketju mukaan lukien perustason terveydenhuolto. ESH-tasoinen konsultaatiotuki tulisikin laajentaa koskemaan myös lastensuojelulaitoksia sekä Valtion koulukoteja, jolloin myös näiden lasten ja nuorten kohdalla huomioitaisiin julkisen terveydenhuollon hoidon porrastus ja hoitovalikoima sekä varmistettaisiin julkisen erikoissairaanhoidon toteutuminen, jossa lasten/nuorten hoito jatkossakin järjestyy. Nykyisellään tämä konsultaatiotuki haetaan yksityisesti/muuten erillisenä palvelujärjestelmästä, jolloin edellä mainittu ei toteudu

## Geropsykiatria

- Helsingin kaupunki kommentoi, että myös Helsingillä on vaikeuksia saada potilaita geropsykiatrisille osastoille ja Auroran ainoalle geropsykiatriselle osastolle päätyy hyvin vaikeaoireisia potilaita. Yhteistyötä sekä HUSin että kaupungin geriatrian kanssa toivotaan kehitettävän.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue kommentoi, että geropsykiatrian osalta HUS keskittyy akuuttihoitoon ja tahdosta riippumattomaan hoitoon, vaikeaoireisten potilaiden

hoitoon sekä ensivaiheen diagnostiikkaan. Hybridiosastojen (kustannus)vaikuttavuudesta tarvittaisiin selkeää näyttöä.

## Oikeuspsykiatria

- Tulosalue 1 kommentoi, että oikeuspsykiatrian tuottavuushanke, jonka tavoitteena ja siirtää potilaita valtion mielisairaaloista HUS Psykiatrian palveluihin ja pyrkiä lyhentämään osastohoitoaikoja, on lähtenyt hyvin käyntiin, ja sitä kannattaa jatkaa.
- THL kommentoi, että THL määrää hoidon aloitettavaksi yleensä sairaalassa, jossa mielentilatutkimus on suoritettu, mutta hoidon aloittamisen jälkeen hyvinvointialue voi sopia kyseisen sairaalan kanssa hoidon järjestelyistä kahdenvälisesti. Oikeuspsykiatriseen hoitoon pääsy hyvinvointialueen sairaalasta mielentilatutkimuksen jälkeen valtion mielisairaalaan tapahtuu usein viiveellä, vasta kun valtion mielisairaala paikka vapautuu. Myös tutkimusjonot ovat valtakunnallisesti hieman pidentyneet. Mielentilatutkimuksia valmistuu n. 100 vuosittain. Valtionmielisairaala tiedottaa THL:a potilaan siirtyessä hyvinvointialueen sairaalaan jatkohoitoon. Uusien hoito-olosuhteiden on sovellettava potilaan hoidon tarpeita vastaaviksi. Kysymyksenä on, puuttuuko tahtotila ruotsinkielisten (mielentila)tutkimusten tekemiseen ja sen jälkeen tahdosta riippumattoman hoidon järjestämiseen? Johtopäätöksenä voi todeta, että oikeuspsykiatrisen sairaalahoidon keston lyhentäminen ja kotipaikan huomioiminen hoidossa ovat kannatettavia tavoitteita; tarkoittaessaan potilaslähtöistä hoitoa, riittävää määrää tarkoituksenmukaista sairaalatoimintaa, osaavaa ja riittävää henkilökuntaa hoitopaikkoja kohden.
- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalvet näkee, että oikeuspsykiatristen potilaiden siirtämisessä valtion mielisairaaloista HUSiin tulisi olla erittäin varovainen. Valtion sairaaloissa ei hoideta turhaan ja siirtoa kotikunnan sairaalaan aletaan käytännössä suunnitella heti, kun kuntoutuminen riittävästi edennyt. Teoriassa on mahdollista lyhentää hoitoaikaa aivan hoidon loppupäästä, kun potilaat ovat muutenkin yleensä avo-osastolla hoidossa ja kuntoutus tähtää yhteiskuntaan integroitumiseen mm. opiskelun tai työnteon muodossa. Se edellyttää kuitenkin erittäin tiivistä ja hyvin resursoitua omaa hoitojärjestelmää, jotta seuranta saadaan riittävän tiiviiksi ja esim. lääkkeiden käyttä-mättömyyteen/päihderetkahduksiin liittyvät mahdolliset voimnin notkahdukset huomataan heti ja potilaat saadaan ohjattua asianmukaiseen hoitopaikkaan. Riittäväällä omalla palvelujärjestelmällä tähän voisi tulla muutosta. Helsingin kaupunki kannattaa oikeuspsykologisen osaamisen lisäämistä HUS-alueelle. Helsingin kaupunki ei tue ajatusta että ”strategisesti voisi olla järkevä tavoite, että keskeinen vastuu alan kehittämisestä ja hoidoista siirrettäisiin jossakin vaiheessa valtiolta HUSille, vaan näkemyksenä on, että

kyseistä potilasryhmää koskevissa asioissa pitää edetä varoen ja harkiten. Pelkästään säästösyistä tehtävät muutokset ovat selkeä riski.

- HUS Psykiatrian Psykoosisairauksien ja oikeuspsykiatrian linjan näkemys on, että Ohkolan oikeuspsykiatrian ja tehostetun osastokuntoutuksen yksikköä tulisi kehittää niin, että HUS ei joudu tukeutumaan nykyisellä tasolla valtion sairaaloihin. Ohkolan toimintaa tertiääriluonteisena erityispiirteisenä yksikkönä on mahdollista kehittää valtion sairaaloiden rinnalle. On tärkeää säilyttää joustava yhteistyö ja molemminpuolinen tuki muiden HUS Psykiatrian linjojen kanssa ja oikeuspsykiatria kiinteänä osana muuta alueellista palvelujärjestelmää kuten nykyisinkin. Alueellinen palvelujärjestelmä kokonaisuutena (ja kehittyvä oikeuspsykiatrinen poliklinikkatoiminta) on potilaan hoidon etenemisen kannalta keskeistä, sekä myös "kilpailuetu" valtion sairaaloihin verrattuna. HUSin oikeuspsykiatrialla on merkityksellinen sija, joka on kehittymässä valtion oikeuspsykiatristen sairaaloiden rinnalle ja etenkin avohoidon kehittämisen ja oikeuspsykiatrisen poliklinikkatoiminnan osalta olemme edelläkävijöitä Suomessa. HUSin oikeuspsykiatria on osa yliopistosairaalan palvelujärjestelmäkokonaisuutta ja tätä kannattaa hyödyntää jatkossakin.
- Tampereen yliopiston professori näkee, että valtion mielisairaalakonsepti on käynyt melko tarpeettomaksi HVA-uudistuksen myötä. Konsepti vaikeuttaa osaltaan psykiatrian kokonaisresurssin käyttöä ja toiminnan koordinoitua. Mallia voisi ottaa vaikka erityishuoltopiirien lakkauttamisesta; valtion mielisairaalat voitaisiin siirtää joko tietyille hyvinvointialueille, tai hyvinvointialueiden yhteenliittymille. Oikeuspsykiatrisesti Etelä-Suomi on niin suuri, että se voisi kantaa vastuunsa vähintään kolmasosasta.
- HUS Psykiatrian Digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot linjan mukaan Ohkolan oikeuspsykiatria ja tehostettu osastokuntoutuksen yksikköä tulisi ja voidaan kehittää niin, että HUSin riippuvuus perinteisistä oikeuspsykiatrian valtion yksiköistä vähenisi. Psykologit ovat aloittaneet kansalliset oikeuspsykiatrisen koulutuksen (Åbo Akademi) joka on kaksivuotinen erikoistumiskoulutus ja HUS Psykiatriassa on koulutettu tähän useita henkilöitä. Tämä potilasryhmä on erittäin vaikeahoitoinen ja vaatii syvällistä osaamista ja tässä tulisi hyödyntää juuri oikeuspsykologien osaamista ajatellen myös nykyistä psykiatripulaa, etenkin avohoidon prosesseja kehitettäessä. Johtopäätöksenä todetaan, että HUSin kannattaa panostaa oikeuspsykiatrian osaamisen ylläpitoon ja kehittämiseen. Strategisesti voisi olla järkevä tavoite, että keskeinen vastuu alan kehittämisestä ja hoidoista siirrettäisiin jossakin vaiheessa valtiolta HUSille.
- Tulosalue 2 kommentoi, että valtion mielisairaaloiden käyttö on osin ylivuotoa alueen haastavien psykoosipotilaiden osalta ja että heitä voitaisiin hoitaa, jos niin haluttaisiin,

ilman että valtion mielisairaalat kärsisivät. Toimiva avohoito sekä HUS osastotoiminta voisivat rajoittaa valtion mielisairaaloiden ylikäyttöä. Johtopäätöksenä todetaan, että Ohkolan toimintaa ja volyyymiä tulee tarkastella yhdessä valtion mielisairaaloiden käytön kanssa – mitä oman toiminnan kehittäminen maksaa suhteessa valtion mielisairaaloiden kuluihin.

- HUS Psykiatrian Hyvinkään linja toivoo oikeuspsykiatrialta enemmän tukea ja yhteistyötä vaikeahoitoisten ja vaarallisten (tai erittäin itsetuhoisten) potilaiden kanssa. Näkemyksenä on, että potilaan tarvitessa pitkäaikaista sidontaa tai huone-eristystä akuutti-osastolla olisi (nopea) hoidon siirtäminen oikeuspsykiatriselle osastolle akuuttiosastoja paljon helpottava toimenpide. Tämä mahdollistaisi akuuttien potilaiden hoitoa akuutti-osastoilla, kun resurssit eivät menisi erittäin vaativien pitkäaikaishoidon potilaiden hoitoon.
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialueen näkemyksenä on, että psykoosipotilaiden kuntoutuspaikkoja pitää olla lisää käytettävissä.
- STM kommentoi, että toteutuminen edellyttää intensiivistä kuntouttavaa avohoitoa sekä hyvää riskinarviointien osaamista. Kysymyksenä on, tarvitaanko erilliset tavoitteet / prosessit vaikeahoitoisille ja oikeuspsykiatrisille potilaille? Miten oikeuspsykiatrian poliklinista toimintaa kehitetään?
- THL kommentoi, että oikeuspsykiatriassa ja valtion sairaaloissa toiminta on vielä varsin jäykkää ja odotusajat pitkiä. Vastaavasti konsultointia, yhteistoiminnallista arviointia ja esim. etäyhteydellä jatkuvuuden varmistavia interventioita olisi mahdollista lisätä.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue nosti esille, että oikeuspsykiatrian poliklinikka on vain Helsingissä. He toivat myös esille, että oikeuspsykiatristen potilaiden hoidon järjestäminen asumiseen on ongelmallista ja näkevät, että asumisvalmennus on hyvä keino vastata kyseisten potilaiden hoitoon. Länsi-Uusimaa näkee, että oikeuspsykiatrian profiilin nosto valtakunnallisesti vaikuttaa järkevältä, mikäli toteutus on kustannusneutraali. Länsi-Uusimaa nosti esille myös erityiskysymyksenä rikoksesta syytettyjen ja tuomitsematta jätettyjen kehitysvammaisten henkilöiden tahdosta riippumaton erityishuollon on riippuvaisuuden Vaalijalan osaamiskeskuksesta Etelä-Savossa.

## Riippuvuuspsykiatria

- Helsingin kaupunki kommentoi, että myös Helsingin näkökulmasta riippuvuuspsykiatrian osastohoitokapasiteetti on täysin riittämätön.

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue toi esille, että heillä on tavoitteena siirtää korvaushoidon arvioinnit ja aloitukset pääosin omaksi toiminnaksi. Jatkossa tulisikin käydä yhteistä pohdintaa HUS riippuvuuspsykiatrian kanssa erikoissairaanhoidon hoitokriteereistä.

## Psykiatrian hoitopolut, työnjako ja avohoito

- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen totesi, että yhtenäiset hoitomallit ja –suositukset ovat tärkeitä, samoin työnjaosta sopiminen. Helsingillä kuitenkin oltava oikeus suunnitella hoitopolut niille, joiden kohdalla HUS lähetekriteerit eivät täyty. Yhteistyötä tärkeä tehdä. Helsingin kaupunki pitää tärkeänä, että hyvinvointialueet voivat jatkossakin tarvittaessa vahvistaa omia erikoissairaanhoidon palveluitaan tilanteen niin vaatiessa. Tämä ei ole este hoitoketjuista sopimiselle, mutta hyvinvointialueilla täytyy olla riittävä autonomia voidakseen varmistaa, että lakisääteiset palvelut tulevat turvatuiksi. On epärealistista ajatella, että koko Uudenmaan erikoislääkäriresurssi pitäisi allokoida vain HUSin käyttöön. Helsingissä käytössä oleva THK-malli perustuu ajatukselle, että potilaat saavat tarvitsemansa palvelut perustasosta vaativaan erikoissairaanhoidon ”saman katon alta” eikä tästä toimivasta konseptista ole mielekästä luopua. Helsingin kaupungin näkemys on, että mikäli HUSin tuottamat palvelut eivät riitä kattamaan hyvinvointialueiden tarpeita niin hyvinvointialueet ovat pakotettuja lisäämään omaa tuotantoaan esim. perustason esh:n muodossa, kuten Helsingissä on jo tehty
- Helsingin kaupunki kommentoi, että Helsingissä on pääsääntöisesti hyvin toimiva kaksipuolainen hoitojärjestelmä ja selkeä työnjako perustason ja esh:n välillä. Helsingillä on lisäksi lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluissa perustason esh-palvelua (Lasten ja nuorten erityisvastaanotot), joka hoitaa tämän ikäryhmän keskivaikeat mielenhäiriöt. Toiminnan osalta on painetta kehittää ja laajentaa sitä edelleen, koska HUSin tuottama palvelu ei riitä lakisääteisten palveluiden turvaamiseen. Tältä osin emme siis allekirjoita HUSin näkemystä kaksipuolaisen hoitojärjestelmän eduista, mutta Helsingin tilanne on lähtökohtaisesti erilainen muihin hyvinvointialueisiin verrattuna, koska Helsingillä on muutenkin laajaa omaa esh-toimintaa.
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue totesi, että selkeä hoitopolku ja konsensus on tärkeä. Dialogi hyvinvointialueen ja eREK-seurantaryhmän välillä olisi tärkeää. Jos tehtäviä siirretään perustasolle, tulisi myös rahat siirtyä mukaan.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue toi esille, että yleisesti avohoidon kehityksessä Terapiat etulinjaan -toimintamalli sekä eRek toimivat hyvinä kehittämisen runkoina niin perus- kuin erityistasolla Henkilöstön osalta Länsi-Uusimaa toteaa, ettei ole palkannut

erikoislääkäreitä ja rakentanut sitä kautta ns. väliporrasta palvelujärjestelmään, tosin hyvinvointialueella osin tunnistetaan tarve MTP/psykiatri resursseille esim. oman kehitysvammapsykiatria osaamisen kannalta. Länsi-Uusimaa näkee, että konsultaatiotoiminnan kehittämistä on jatkettava, jotta perustaso pystyy toimimaan erikoistason ohella. Kehitysvammapsykiatrian osalta oman osaamisen vahvistamiseen on nähty tarve ja Länsi-Uusimaa on kehittämässä omaa kehitysvammalääketieteen tiimiä, joka tuo toimijoita yhteen ja nostaa hyvinvointialueen kykyä hoitaa haastavia tilanteita. Tämän nähdään vähentävän tilanteiden kriisiytymistä ja päivystyksen sekä HUS kehitysvammalääketieteen poliklinikan käyttöä. Länsi-Uusimaa puoltaa taktisen tason segmenttityöryhmän perustamista ja näkee sen mahdollistavan yhteistyön nykyistä paremmin. Länsi-Uusimaa näkee, että kaksipuolaiseen palvelujärjestelmä vaati tarkennusta ja tulisikin tarkasti arvioida mihin kaksipuolaisen palvelujärjestelmän pth-esh rajaviiva vedetään. Länsi-Uudenmaan näkemys on, että hyvinvointialueet vastaisivat mahdollisimman pitkälle myös keskivaikean oirekuvan potilaiden hoidosta ja HUS keskittyisi vain vaikeampien potilaiden hoitoon. Länsi-Uusimaa näkee, että lievästi ja keskivaikeasti oireileville integraatio hyvinvointialueen muuhun toimintaan on tärkeää ja tulisi tämän vuoksi hoitaa perustasolla. Länsi-Uusimaa näki myös, että siirtoviivekäytännettä tulisi kehittää toimivammaksi erityisesti asumispalveluihin liittyen.

- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ja HUS Psykiatrian Hyvinkään linja totesivat, että hoitopoluista on sovittu paikallisesti. HUS Psykiatrian yhteinen linja on kehittymässä. Hyvinkään linja ja Keski-Uudenmaan hyvinvointialue vastaavat toisiaan maantieteellisesti ja ovat jo vuosia tehneet yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidosta ja hoitopoluista. Paikallinen yhteistyö on toiminut suoralla yhteistyöllä pitkään ilman asiakkuusyksikköä. Mielellään jatkamme suoraa yhteistyötä.
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ymmärtää, että hoitopolut pitää yhtenäistää HUS alueelle. Huoli koskee tehtävänsiirtoja. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue tukee ainakin alatyöryhmätasolla mielenterveysasioiden segmenttiryhmää. Riippuvuuspsykiatrian päihdepalvelujen osaamiskeskuksen rooli tarvitaan.
- HUS Psykiatrian Itä-Uudenmaan linja toi esille, että hoitopoluista sopiminen on tärkeää, mutta esim. Terapiat etulinjaan -malli ei ota täysin huomioon sitä, mitä lakisääteisiä ja muita velvoitteita ammattilaisilla on (esim. opiskeluhoito tekee muutakin kuin mielensterveystyötä, sosiaalihuollossa asiakasprosessit keskittyvät asiakkaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen mm. talouden, asumisen, ihmissuhteiden, koulutuksen jne.). Tästä syystä hoidon porrastuksen jalkautuminen toivotulla tavalla on haastavaa ja ehkä mahdotonta. Terapiat etulinjaan -malli on edennyt hyvin aikuisten osalta, hitaammin nuorilla, ja ei lainkaan lapsilla.

- HUS Psykiatrian Digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot linja totesi, että he ovat tehneet POKITista selkeitä läheteprosesseja, esim. autismikirjon häiriöt ja ADHD osalta. POKIT kehittämisyksikkönä osallistuisi jatkossa aktiivisemminkin läheteprosessien ja potilaspolkujen suunnitteluun, lisäksi laaditaan selkeämmät ja ohjeistavammat lähetekriteerit, joka sisältävät myös hoito-ohjeistuksia, mikäli jää alle kriteerien.
- Tulosalue 2 toi esille, että hoitojen kysynnän ja toisaalta hoitomuotojen kehittyessä läheterajan arviointia on pakko tehdä. Lähetejärjestelmä on mennyt kohti konsultatiivisia lähetepalautuksia. Hyvinvointialueiden perustason kyky hoitaa psykiatrisia potilaita vaihtelee, mutta järkevää olisi yhdenmukaistaa porrastusta esimerkiksi säännöllisesti mielenterveyssegmenttityön rutiiniosana vuosikelloa.
- Lastenpsykiatrian linja totesi, että lastenpsykiatriassa on useita potilassegmenttejä, joiden kohdalla työnjako ja hoitopolku ovat epäselvät. Lastenpsykiatriassa tilannetta komplisoi vielä se, että palvelupolkuun liittyy myös sosiaali- ja koulutoimi, joilla voi olla ratkaiseva merkitys lapsen kuntoutumisen kannalta ja joiden toimimattomuus voi haitata vakavasti lapsen lääketieteellistä hoitoa. Hoitopolkujen määrittämisen lisäksi tulee määrittää monialaisia palvelupolkuja erityisesti monioireisille lapsille.
- HUS Psykiatrian Nuorisopsykiatrian linja toi esille, että nuorten syömishäiriöiden hoitopolku määritty mm. uuden Käypä hoito - suosituksen mukaiseksi, erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten ikäryhmän syömishäiriöiden hoitoa tullaan uudistamaan, jotta laadun ja potilasturvallisuuden varmistaminen onnistuu. Tiettyjen potilasryhmien osalta on jo kehitetty uusia hoitoketjuja lähetekriteereineen, mm. nuorten ADHD, muu neuropsykiatria, sukupuolidysforia. Jatkossa tavoitteena on eREK konsultaatioiden kehittäminen osana porrastettuja hoitopolkuja sekä muiden konsultaatiomallien yhtenäistäminen (ajanvaraus, etäyhteysalusta jne.). Näin voidaan tarjota esim. YTA-alueen avohoitoon potilassegmentille konsultatiiviset erityistason palvelut keskitetysti, yhtenevien konsultaatiorakenteiden selkeyttäessä kyseisen potilassegmentin hoitopolkuja sekä pth-esh välistä työnjakoa.
- HUS Psykiatrian Mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja toi esille, että läheteprosessi on raskas ja sitä tulisi keventää. Yksi keino on eREK- toiminta.
- HUS Psykiatrian Länsi-Uudenmaan linja totesi, että NEMO hoidot ja ADHD epäilyt vielä työn alla; aikaa vieviä prosesseja, jotka kuitenkin tärkeä viedä maaliin. Yhtenäiset lähetekriteerit muiden mielenterveyshäiriöiden osalta ovat vielä sopimatta, joka on keskeinen edellytys eREK-toiminnalle. Myös erikoissairaanhoidon uloskirjoituskriteerit olisi syytä käydä läpi ja yhtenäistää.

- Tampereen yliopiston professori totesi, että käytännöllisistä, juridisista ja taloudellisista syistä ESH-PTH-työnjaon ja hoitojen sisältöjen tulee olla Uudellamaalla yhdenvertaisia. Käytännössä hoitoketjujen ja –prosessien rakentaminen häiriökohtaisesti on tärkeä osa yhteistyötä ja sen systemaattista johtamista. Keskeinen tapa tehostaa järjestelmää on kehittää hoitoketjujen kokonaisuuksia potilassegmentoinnin perusteella – tähän on syytä kiinnittää aikaa ja resursseja. Lisäksi tarvitaan rakenne. Terapiat etulinjaan - yhteistyössä on huomattu, että tämä on mahdollista ja kaikkia osapuolia hyödyttävää toimintaa. Käytännössä HUS asiakashallinta ei tuo potilassegmenttikohtaiselle kehittämiselle lisäarvoa, vaan yhteistyössä olisi syytä palata aiempaan malliin, jossa Psykiatria tekee suoraan yhteistyötä HVA-tason MTP-johdon kanssa.
- STM kommentoi, että rahoitusmalli voi johtaa osaoptimointiin. Hyvin suunniteltu yhteistyö (mm. reaaliaikainen etäkonsultaatio) ja työnjako muodostuvat erityisen tärkeäksi. V. 2019 päivitetty Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ohjeistavat organisatiorajat ylittävän yhteistyön järjestämistä.
- THL kommentoi, että on toivottavaa, että HUS pystyisi noudattamaan mielenterveysstrategian ajatusta yhteistoiminnallisesta arvioinnin ja hoidon mallista eli lähettämisen sijaan arviot ja hoito toteutuisivat lähellä potilasta. ADHD-diagnostiikka sisältää myös erotusdiagnostiikan muiden häiriöiden poissulkemiseksi, ja tähän on oltava riittävä osaaminen ADHD-oireiden tuntemuksen lisäksi. Kustannusvaikuttavinta on, että tuki ja hoito toteutuu nopeasti. Jonot tuovat merkittäviä kustannuksia, jos työkyvyttömyys pitkittyy tai menetetään, tai ajaudutaan sairaalahoitoon esim. syömishäiriön vaikeutuessa.
- HUS kehittämissyksikkö kommentoi, että järjestelmä ei pysty vastaamaan kysyntään. Nykytilan kuvaus ja luvut potilassegmenteistä tarvitaan. Näiden pohjalta voidaan toteuttaa yhteisten hoitopolkujen kuvaaminen.

## Konsultaatiot ja eREK

- Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalvetut kannatti toimintaa. Helsinki kannattaa konsultaatiopalveluiden lisäämistä ja tekee sitä myös omassa toiminnassaan. Helsinki pitää kuitenkin tärkeänä, että hyvinvointialueet jatkossakin voivat tarvittaessa vahvistaa omia erikoissairaanhoidon palveluitaan tilanteen niin vaatiessa.
- Helsingin yliopiston professori totesi, että toiminta on tarpeellista ja kannatettavaa.
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue totesi, että eREK:n hyödyntäminen hyvinvointialueella on ollut liian vähäistä ja tätä tulisi tehostaa systemaattisesti. Yhteistyö HUSin pth-

yksikön kanssa on ollut toimivaa, mutta silti tulokset ovat vaatimattomat. Myös Porvoossa ollaan siirtymässä kohti eREK mallia.

- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue toi esille, että psykiatrian eREK-konsultaatioita olisi hyvä laajentaa lääkäri-lääkäri-konsultaatioista moniammatilliseen suuntaan sekä tarjota konsultaatioita myös muille ammattiryhmille kuin lääkäreille. Olisi hyvä arvioida myös muita konsultaatiomuotoja (esim. puhelin- ja paperikonsultaatiot). Konsultaatiotoiminnasta sopiessa tulee huomioda, että järjestämissopimuksen mukaisesti erikoissairaanhoidon konsultaatiot kuuluvat HUS-raamiin. Länsi-Uusimaa näkeekin, että konsultaatioiden kehittämisen tulisi olla prioriteettina, ja eREKin osalta niin teknistä toimivuutta kuin toiminta-aikoja tulee kehittää yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa. Tuotiin myös esille ruotsinkielisen konsultaatiomallin kehittämisen edistämisen mahdollisuus Raaseporin kampusrahoituksella.
- Vantaan ja Keravan hyvinvointialue totesi, että eREK on hienoa toimintaa, tosin teknikkassa on haasteita. Sairauskohtaisesta hoidon porrastuksesta tulisi silti pitää kiinni esimerkiksi diagnosoinnin osalta. Esimerkiksi kaksisuuntaiset ja psykoosisairaant potilaat tulisi arvioida erikoissairaanhoidossa. EREK ei voi olla edellytys sähköiselle läheteelle, sillä esim. perjantaisin se ei ole auki, eikä ole tietoa miten paljon jonoa tulee olemaan konsultille. Tällainen toiminta olisi selkeä potilasturvallisuusriski.
- Keski-Uudenmaan hyvinvointialue ja HUS Psykiatrian Hyvinkään linja toivat esille, että Keski-Uudenmaan hyvinvointialue on monesti tuonut esiin tyytyväisyyttään psykiatrian konsultaatiotoimintaan. Paikallisesti on sovittu, että terveyskeskuksen lääkäri konsultoi ensin konsulttipsykiatria ennen lähetteen laatimista erikoissairaanhoidon. Konsultti tapaa myös perustason potilaita ja voi tarvittaessa laatia lausuntoja. Ajan kanssa mahdollisesti toteutettava eREK:inä. Edelleen on teknisiä haasteita perustasolla, mutta kokeilu alkanut, tilannetta arvioidaan syksyllä 2024. Keski-Uudenmaan hyvinvointialue korostaa, että on tärkeää, että osastojen konsultaatiot jatkuvat. EREK:in tekniset haasteet ovat ongelma, muuten mahdollinen tuotantotapa tulevaisuudessa.
- HUS Psykiatrian Digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot linja totesi, että lääkäripulan takia konsultaatiopalvelujen anto on epätarkoituksenmukaista jättää vain psykiatrikonsultaatioiksi. Psykologipalvelut ovat erinomaisesti resursoituja ja laadukkaita ja tarjoaisivat myös mahdollisuuksia pth konsultointiin – suurin osa sieltä tulevista konsultaatiotarpeista olisi hyvin psykologisia ja psykososiaalisia. Samoin sosiaalityö on hyvin resursoitua ja laadukasta. Linjatotesi myös, että tuotetaan pth:lle eREK konsultaatioita osin psykologivoimin ja erilliset sosiaalityön konsultaatiot ja tiedonhankinta ennen kuin potilas tulee psykiatria.

- HUS Psykiatrian Sosiaalityön asiantuntijayksikkö totesi, että psykiatrian sosiaalityö on toiminut jo pitkään psykiatrin kumppanina eREK-konsultaatioissa, tehden mm. ammatillisen kuntoutuksen suunnitelmia. Psykiatrisella sosiaalityöllä on vahva sosiaalityön erikoisosaaminen psykiatristen potilaiden kuntoutussuunnitelmien laadinnassa ja siten työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Psykiatrian sosiaalityö on jatkossakin vahvasti mukana psykiatrian eREK-toiminnassa ja sen kehittämisessä. Toiminnalla voidaan vähentää lääkärin työtä (sosiaalityön arvio ennen psykiatrin tapaamista) ja tuottaa merkittäviä kustannushyötyjä, sekä mahdollisesti ehkäistä läheteiden tuloa erikoissairaanhoidon. Mallia voisi edelleen innovatiivisesti kehittää, esim. Terapiat etulinjaan- malliin mukaan sosiaalityön ”kevyet” suunnitelmat työllistymisen tukemiseksi ja eläköitymisen ehkäisyksi?
- HUS Psykiatrian Länsi-Uudenmaan linja toi esille, että perusajatus on hyvä, alkuvaiheessa vie kuitenkin resurssia enemmän kuin tuo aikasäästöä ja/tai lähetemäärien laskua ainakin lähisairaaloiden näkökulmasta. Sisäänottokriteerien yhtenäistäminen vielä tekemättä.
- HUS Lastenpsykiatrian linja totesi, että lastenpsykiatriassa konsultaatiotoiminnan lisääminen ja systematisoiminen olisi tarpeen, jotta eri alueet saisivat tasavertaisesti konsultaatiota. Ongelmana on lääkäreiden riittämätön määrä, eikä konsultaatioita ole mahdollista lisätä ilman lääkäreiden lisäämistä.
- HUS Psykiatrian Nuorisopsykiatrian linjalla on pitkäaikaisesti ollut käytössä eREK-konsultaatioita potilasryhmille, joiden hoito on toteutettu pääosin jo perustasolla, esim. nuorten ADHD, sekä häiriöissä, jotka vaativat pitkäaikaista kontaktia ja arviointia, kuten muu neuropsykiatria ja sukupuolidysforia. Toimintamallia on laajennettu alueellisesti neuvotellen ja kokemukset ovat myönteisiä, edesauttaen painopisteen siirtämistä lähipalveluihin ja vähentäen esh-lahetteita keskitetyn erikoislääkäritasoisien konsultaation myötä. Moniammatillista konsultaatiotoimintamallia pilotoidaan syksyllä 2024 (mm. psykologi tiettyjen konsultaation antajana). Toimintamallia tulisi jatkossa arvioida systemaattisesti ja laajentaa kattamaan kaikkia hyvinvointialueita sekä HUSin vastuuyksiköitä, mikä edellyttää palvelun tuottamista keskitetysti.
- HUS Psykiatrian Mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja toi esille, että tarvitaan sekä sairaalaan että hyvinvointialueisiin suuntautuvaa konsultaatiotoimintaa. Loppuvuoteen mennessä nähdään, miten eREK toiminta käynnistyy ja onko kannattavaa sitä jatkaa.
- Tampereen yliopiston professori toi esille, että konsultaatiotoiminnan onnistuminen on äärimmäisen tärkeä asia monestakin syystä. Se mahdollistaa vähenevien psykiatrien keskittämisen ja sen kautta työvoiman riittävyyden ja järkevän käytön – samalla turvaten

osaamisen saatavuuden yhtäläisesti koko Uudenmaan alueella. Keskitetyt konsultaatiot tukevat myös yhteistä hoitoketjujen kehittämistä. Vaihtoehtona on, että hyvinvointialueet lähtevät ostamaan omia konsultaatiopalveluita tai palkkaamaan omia psykiatreja. Tämä pahentaa työvoimapulaa, johtaa psykiatrien väärinkäyttöön (kokonaisuuden kannalta) sekä riskeeraa tehdä hoitokäytännöistä hyvinvointialuekohtaisia. HUSin tulee tuottaa kattavat konsultaatiopalvelut ja kaikkien hyvinvointialueiden (Helsinki mukaan lukien) tulee sitoutua käyttämään niitä. Eli olemaan rakentamatta kilpailevaa konsultaatiomallia, joka vesittäisi järjestelmällä tavoiteltavat hyödyt.

- Tulosalue 2 totesi, että laaja konsultaatiotoiminta mahdollistaa lievien ja kaskivaikeiden häiriöiden hoidon yleislääkärin työterveyslääkärin tai pediatriin vastuulla. EREK on käytännöllinen tapa tarjota tätä palvelua. Toimintaa tulisi strukturoida, laajentaa koskemaan kaikkia Uudenmaan hyvinvointialueita. Toimintaa tulisi käyttää osana päivystys- ja kiirevastaanottojen tukemista. EREK toiminta mahdollistaa erikoislääkäreiden keskitämisen HUSiin, sekä päivystys ja kiirevastaanottotoiminnan tukemisen.
- HUS Psykiatria keskitettyjen palveluiden linja esitti, että sen sijaan, että ”paikallisen konsultin tarve vähenee”, paikallista konsulttia ei enää tarvita, kun yleispsykiatrinen konsultaatio vastaa kliinisiin kysymyksiin, joiden osalta tarvitaan yhdenvertaista, yhdenmukaista näyttöön perustuvaa käytäntöä alueesta riippumatta. Maantieteellinen sijainti ei siis määritä diagnostiikkaa ja näyttöön perustuvaa hoitoa, jonka tulee olla laadukasta ja yhtenäistä kaikkialla. Alueellisten kolmannen sektorin palveluiden osaaminen tulee perustasolta ja sosiaalityöstä. Reaaliaikaisen etäkonsultaation keinoin potilaan saama psykiatrinen arvio ja hoito aikaistuvat. Reaaliaikaisen etäkonsultaation ja ostopalvelu-psykoterapioiden keinoin voidaan 80–90 % psykiatrin arviota tarvitsevista potilaista hoitaa kokonaan perusterveydenhuollossa.
- HUS kehittämissyksikkö esitti kysymyksiä: Kuinka paljon konsultaatiotarve vähenee ja missä? Mihin vapautunut resurssi kohdennetaan jatkossa? Mikä on eREK konsultaation arvioitu kysyntä virka-ajan ulkopuolella? Häiriökysyntä?
- STM totesi, että rahoitusmalli voi johtaa osaoptimointiin. Hyvin suunniteltu yhteistyö (mm. reaaliaikainen etäkonsultaatio) ja työnjako muodostuvat erityisen tärkeäksi. V. 2019 päivitetyt Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ohjeistavat organisaatorajat ylittävän yhteistyön järjestämistä.

## LIITE 2: Lähteet

Ameel M. Applicability of the nursing interventions classification in the psychiatric outpatient care setting. University of Turku 2021.

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(5): 415–424.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:21

Hakanen J, Upanne M. Itsemurhien ehkäisyn käytännöt Suomessa. Itsemurhien ehkäisyprojektin seuranta ja arviointi. Raportteja 228. Helsinki: Stakes, 1999.

Hakobyan S et al. Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *J Clin Med.* 2020; 9:2406.

Kaarre et al. Oikeuspsykiatria ja lainsäädäntö, Työpaperi 49/2022. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki, 2022.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden mahdollisuudet saada tarvitsemiaan päihde- ja mielenterveyspalveluja 11.7.2023 EOAK/4968/2022. <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/4968/2022>

Karjalainen K et al. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022. Tilastoraportti 15/2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2023

[Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028 Selvitystyö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:9](#)

Knapp M, McDaid D, Parsonage M (toim.). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health, 2011.

Linnaranta O. Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi. Päätösten tueksi 6/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2022

Linnaranta O. Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2022

Linnaranta O. Psykiatrian sairaalapaikkojen määrä on vakiintumassa – paikkatilanne vuonna 2023. Työpaperi 49/2024.

Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. 2021. <https://palveluvalikoima.fi/huumeriippuvuuksien-hoidon-ja-kuntoutuksen-psykososiaaliset-menetelmat>

Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät osa 1: Alkoholiriippuvuus. 2020. <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>

Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2021:17

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2024OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris:

OECD Publishing 2018; 28. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholiongelmien. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkopublication]. Helsinki: Tilastokeskus, 2017. ISSN=1799-5051. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt\\_2017\\_2018-12-17\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html)

Tilastotietoa oikeuspsykiatrian tehtäväalueen päätöksistä, THL

Toimeenpanosuunnitelma 2024–2027 Sosiaali- ja terveysalan sekä pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:11.

Tukiasumisen lopettaminen vastoin asukkaan tahtoa. EOAK/8646/2021

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2018. Työkyvyttömyyseläkkeensaajat sairauspääryhmän mukaan 31.12.2018. Eläketurvakeskuksen tilastoja 9/2019. Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos, 2019.

Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes, 1999

Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, Mc Daid D, Mikkonen J, Parkkonen J, Reini K, Salovuori S, Tourunen J. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2017:89. Valtioneuvoston kanslia, 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>