

Tarkastuslautakunnan arviointimuistio

# **MONIALAISEN YHTEISTYÖN TOTEUTUMI- NEN AIKUISTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA**

## Sisällys

TIIVISTELMÄ.....	3
1. JOHDANTO.....	4
2. ARVIOINNIN TAVOITE JA LAAJUUS.....	5
2.1 Arvioinnin kohde ja taustatiedot .....	5
2.2 Monialainen yhteistyö .....	6
2.3 Monialainen yhteistyö lainsäädännössä.....	7
2.4 Mielenterveys- ja päihdehäiriön samanaikaisuus .....	7
2.5 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt Pohjois-Pohjanmaalla .....	9
2.6 Arviointikysymykset ja -kriteerit .....	14
2.7 Arvioinnin aineistot ja menetelmät.....	15
3. HAVAINNOT.....	17
3.1 Esihenkilöiden näkökulma palvelujen toimivuuteen.....	17
3.1.1. Ohjeistus ja hoitomalli .....	17
3.1.2. Konsultaatiot.....	18
3.1.3. Kehitettävää.....	18
3.2 Monialaista yhteistyötä tukevat rakenteet esihenkilöiden näkökulmasta.....	19
3.2.1. Esihenkilöiden kokemus yhteistyöstä OYS-psykiatrian kanssa .....	20
3.2.2. Sote-keskusten kokemus yhteistyöstä .....	20
3.3 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkemys monialaisesta yhteistyötä .....	21
3.4 Asiakkaiden kokemus palveluiden toimivuudesta.....	23
3.5 Mielenterveys- ja päihdejärjestöjen näkemys hoitoon pääsystä ja hoidosta .....	25
3.5.1. Erityisiä haasteita hoitoon pääsyssä tai hoidossa .....	26
3.5.2. Myönteistä toiminnassa .....	28
3.5.3. Kehittämiskohteet .....	28
4. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	29
5. TARKASTUSLAUTAKUNNAN SUOSITUKSET .....	31

## TIIVISTELMÄ

Arvioinnissa selvitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta ja palvelujen yhteensovittamista.

Arviointi kohdistuu terveydenhuollon ja sosiaalihuollon perustason palveluihin sekä avoerikoissairaanhoidon palveluihin. Arviointi sisältyy tarkastuslautakunnan arviointisuunnitelmaan 2023. Arvioinnin tulokset raportoidaan aluevaltuustolle arvioinnin valmistuttua joulukuussa 2023, koska aihe on merkittävä palveluiden vaikuttavuuden ja toiminnan tuloksellisuuden kannalta.

Arvioinnissa otettiin huomioon palvelutuotannon esihenkilöiden ja työntekijöiden sekä asiakkaiden ja mielenterveys- ja päihdejärjestöjen näkökulmat. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluista vastaavien vastuuyksikköpäälliköiden sekä heidän esihenkilöiden näkemyksiä selvitettiin tietopyynnöillä. Lisäksi tietopyynnot lähetettiin sote-keskusten vastuualuepäälliköille sekä ylilääkäreille. Mielenterveys- ja päihdehoitotyöntekijöiden näkemyksiä kartoitettiin kyselyllä. Vastaavasti asiakasnäkökulmaa kartoitettiin samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastaville asiakkaille suunnatulla kyselyllä. Pohteen alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöjen näkemyksiä selvitettiin tietopyynnöillä. Teemoina tietopyynnöissä ja kyselyissä oli monialainen yhteistyö, mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteensovittaminen, hoito- ja palveluketjujen sujuvuus ja hoitoon pääsy.

Arvioinnin havaintojen perusteella, samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien henkilöiden on vaikea saada hoitoa molempiin ongelmiinsa. Erityisen haastavana näyttäytyy päihdeasiakkaan mahdollisuus saada tarvitsemaansa mielenterveyshoidon arviointia tai hoitoa. Havaintojen perusteella päihderiippuvuusongelmaisten mielenterveyshoidon tarvetta ei arvioida yksilöllisesti, mikä saattaa havaintojen perusteella johtua mm. vaikeudesta tunnistaa erilaisia päihdeongelmia, totutuista toimintatavoista ja asenteista. Lisäksi samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitomalli on jäsentymätön.

Mielenterveys- ja päihdepalveluista puuttuivat monialaista yhteistyötä tukevat rakenteet. Lisäksi nykyinen organisointitapa, jossa mielenterveys- ja päihdetyö ovat eri esihenkilöiden alla, koettiin eriyttäneen mielenterveys- ja päihdetyöntekijät toisistaan. Henkilöstölle oli myös epäselvää, onko avopäihdetyö sosiaalipalvelua vai terveydenhuollon tarjoamaan hoitoa. Lisäksi merkittävä osa henkilöstöstä koki, että heidän osaamisensa samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseen ei ollut riittävää.

Keskeisenä johtopäätöksenä todetaan, että monialainen yhteistyö toteutuu heikosti mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Lisäksi palvelujärjestelmällä on vaikeuksia tuottaa palvelut yhteen sovitusti asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioiden. Havaintojen perusteella strategian ja järjestämisuunnitelman ja talousarvion ja -suunnitelman 2023–2025 tavoitteet palveluiden yhteensovittamisesta ja monialaisesta yhteistyöstä vaativat vielä konkreettisia toimenpiteitä, jotta näihin tavoitteisiin päästään. Palvelujen yhteensovittamisessa ja monialainen yhteistyön toteutumisessa on haasteita esihenkilöiden, työntekijöiden, asiakkaiden ja järjestöjen näkökulmasta. Arvioinnin perusteella Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella on kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia monialaisen yhteistyön toteuttamisessa aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

Arvioinnissa tehtyjen havaintojen ja johtopäätösten perusteella tarkastuslautakunta antaa kuusi suositusta monialaisen yhteistyön, palvelujen yhteensovittamisen ja hoitoon pääsyn varmistamiseksi aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

# 1. JOHDANTO

Arvioinnissa selvitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista, hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta ja palvelujen yhteensovittamista. Arvioinnin kohteena oli aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut. Arvioinnissa selvitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista sekä sitä tukevia rakenteita. Tämän lisäksi arvioinnissa haluttiin selvittää konkreettisesti monialaisen yhteistyön toteutumista ja palvelujen yhteensovittamista samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien asiakkaiden palvelujen toteutumisen kautta. Tämän asiakasryhmän tuloksekas hoito edellyttää tiivistä monialaista yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista. Tarkastuslautakunta pitää aihetta tärkeänä palvelujen vaikuttavuuden näkökulmasta.

Tässä arviointimuistiossa kuvataan arvioinnin toteutus. Arviointimuistion tavoite ja laajuus osiossa avataan keskeiset käsitteet. Tässä osassa kuvataan mm. monialainen yhteistyö ja samanaikainen mielenterveys- ja päihdehäiriö sekä annetaan taustatietoja Pohjois-Pohjanmaan asukkaiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yleisyydestä. Havainnot osuudessa kuvataan arviointitulokset. Johtopäätöskappaleeseen on nostettu keskeisiä tuloksia havainnoista. Lopuksi esitetään tarkastuslautakunnan suositukset, jotka tarkastuslautakunta pitää välttämättöminä lainsäädännön noudattamisen sekä palvelujen vaikuttavuuden ja toiminnan tuloksellisuuden parantamisen näkökulmista.

Monialaisesta yhteistyötä on säädetty lainsäädännössä. Terveystieteiden ja sosiaalihuoltolaki säätelevät molemmat monialaisesta yhteistyöstä ja yhteisestä palveluiden suunnittelusta, kun asiakas tarvitsee sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Monialainen yhteistyö ja palvelujen yhteensovittaminen on huomioitu myös hyvinvointialueen strategiassa ja järjestämissuunnitelmassa.

**Hyvinvointialueen strategiassa** on yhtenä tavoitteena palveluiden yhteensovittaminen. *Ihmistä varten* painopisteessä on strateginen periaate: ”*Palvelujärjestelmä on yhteen sovitettu eri toimijoiden välillä.*” Toimenpiteenä on yhteen sovitettujen palvelujen varmistaminen sekä niiden seuranta ja arviointi toimialueilla eri palvelutasojen välillä. Vastaavasti painopisteessä *Vaikuttavasti yhdessä* painopisteessä tavoitteena on toteuttaa yhteisasiakkuutta tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelut koordinoitusti ja vaikuttavasti.

**Sote-järjestämissuunnitelman** mielenterveys- ja päihdepalveluiden tavoitteissa on kuvattu, että ”*tarjoamme palveluita moniammatillisena ja monialaisena yhteistyönä*”. Moniammatillinen ja monialaisen yhteistyötä todetaan lisättävän. Toimenpiteenä on ”*Vaikuttavia mielenterveyspalveluja annetaan monialaisesti ja tarpeen mukaisesti perustasolla kotona ja arjen ympäristössä sekä sote-keskuksessa sekä vertaistukea hyödyntäen.*”

**Talousarvion ja -suunnitelman 2023–2025** mukaan ”*Uudistamista tarvitaan, jotta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen asukkaat saavat yhteensovitettuja, monialaisella yhteistyöllä toteutettuja ja sujuvammin toimivia sosiaali- ja terveyspalveluja.*” Lisäksi perhe- ja sosiaalipalvelut ja OYS-psykiatrian yhtenä keskeisenä toimenpiteenä vuodelle 2023 on ”*Yhteensovitettujen palvelujen mukainen vastuiden ja toimintamallien ja tiimien käyttöönotto ripeästi uuden organisaation mahdollistamana.*”

Arviointimuistion laatimiseen ovat osallistuneet tuloksellisuustarkastaja Marjo Kiviniemi, tarkastusjohtaja Tarja Lempeä ja tuloksellisuustarkastaja Päivi Moisala.

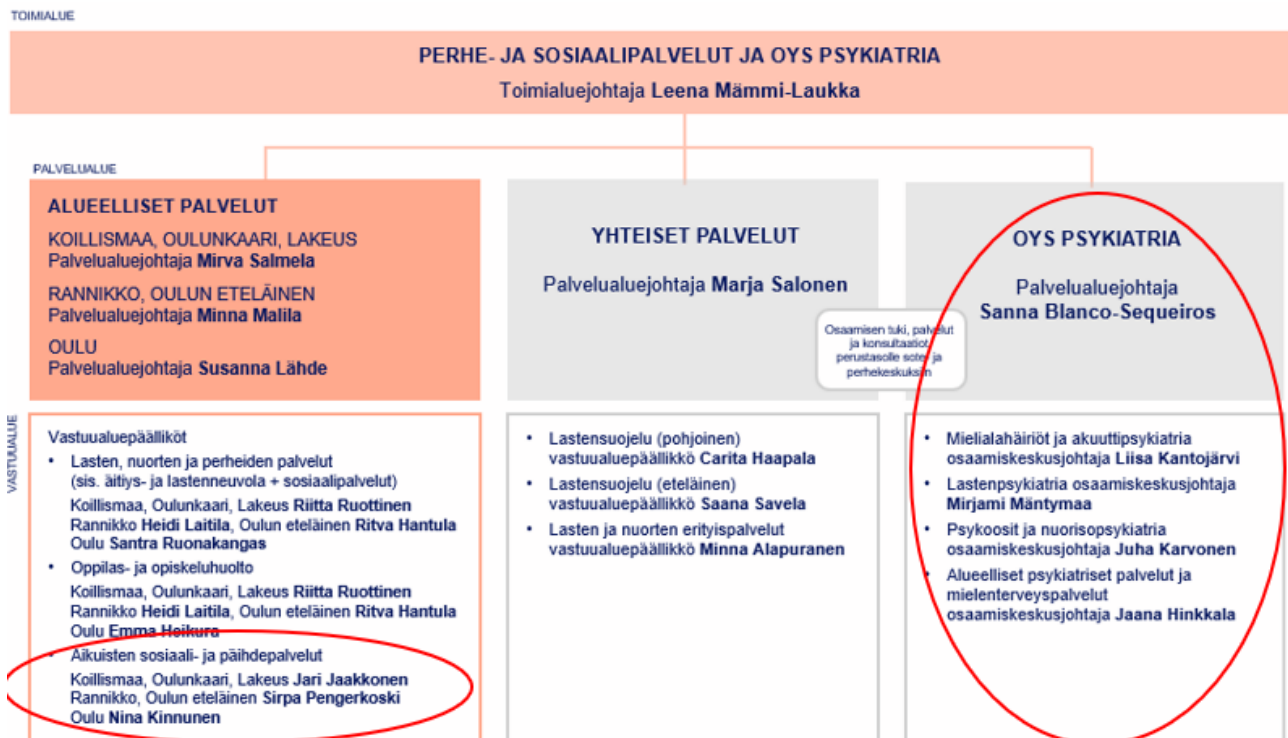
## 2. ARVIOINNIN TAVOITE JA LAAJUUS

Arvioinnissa selvitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta ja palvelujen yhteensovittamista.

Arvioinnin tavoitteena on selvittää, toteutuvatko strategiassa ja järjestämissuunnitelmassa ja talousarviossa ja -suunnitelmassa 2023–2025 asetetut tavoitteet. Tässä arvioinnissa näiden tavoitteiden toteutumista arvioitiin samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan hoidon toteutumisen ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä tehtävän monialaisen yhteistyön kautta.

### 2.1 Arvioinnin kohde ja taustatiedot

Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluita järjestetään sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluissa. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella palvelut ovat perhe- ja sosiaalipalveluiden ja OYS psykiatrian sekä terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen toimialueilla. Alla olevassa kuvassa 1 on esitetty pääpiirteittäin aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden organisoituminen toimialueella. Kuvasta puuttuu terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden toimialue. Perusterveydenhuollon mielenterveystyötä tehdään yhteistyössä perusterveydenhuollon vastaanottojen kanssa, jolloin hoitava lääkäri on vastaanoton lääkäri ja hoitajatyöpari tulee alueellisista mielenterveyspalveluista.



Kuva 1. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluiden sijoittuminen perhe- ja sosiaalipalvelut ja OYS psykiatrian toimialueelle. (24.11.2023)

Mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikaisuus on varsin yleistä, minkä vuoksi monialainen yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä on merkittävä potilaiden hoidon laatuun ja vaikutavuuteen vaikuttava tekijä. Molempien häiriöiden varhainen tunnistaminen ja riittävän varhain aloitettu hoito parantavat potilaan ennustetta, ennaltaehkäisee häiriöiden kroonistumista ja vähentää

yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia<sup>1</sup>. Varmistamalla hoitopolkujen ja -käytäntöjen sujuvuus samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön kohdalla, vahvistetaan samalla potilaan sitoutumista hoitoon. Valitettavan usein koetaan, että palvelut ovat hajaantuneet ja potilaita pompotellaan luukulta toiselle<sup>2</sup>.

Suomessa palvelujärjestelmä on jakautunut mielenterveyspalveluiden, psykiatriin erikoissairaanhoidon sekä päihdepalveluiden kesken siten, että kukin yksikkö ottaa vuorotellen vastuuta potilaista, vaikka tällainen hoito on todettu tuloksettomaksi<sup>3</sup>. Lisäksi palvelut jakautuvat lainsäädännöllisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tämä palveluiden eriytyminen ja jakautuminen eri toimialoihin aiheuttaa herkästi torjuvaa asennoitumista, jopa syrjintää, kun eri tahot keskittyvät hoitamaan omasta näkökulmastaan ensisijaista häiriötä. Häiriöiden erikseen hoitaminen tekee sen, että potilaan tarvitsema kokonaisvaltainen apu jää saamatta.<sup>4</sup>

## 2.2 Monialainen yhteistyö

”Monialainen” ja ”moniammatillinen” mielletään usein synonyymeiksi, ja näiden käsitteiden käyttö on epätarkkaa. Monialaisella yhteistyöllä tarkoitetaan usean ammattiryhmän, hallinnonalan tai tieteenalojen välistä yhteistyötä organisaation sisällä tai eri organisaatioiden välisissä verkostoissa. Vastaavasti moniammatillisuus on eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä. Molemmissa on kyse asiakaslähtöisestä työstä huomioiden asiakkaan elämän kokonaisuus.<sup>5,6</sup> Tässä arviointimuistiossa puhutaan monialaisesta yhteistyöstä, kun tarkoitetaan mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden sekä terveys- ja sosiaalitieteiden välistä yhteistyötä.

Monialaisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tieto ja osaaminen yhdistyvät laaja-alaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi tiedoksi. Tavoitteena on vastata asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeeseen asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti.<sup>7</sup>

Onnistunut monialainen yhteistyö edellyttää yhteistä työskentelymallia tukevaa johtamiskulttuuria, työntekijöiltä yhteistyötä tukevia taitoja ja osaamista, toisen työn tuntemista, selkeää työnjakoa ja oman asiantuntijuuden sisäistämistä. Onnistuessaan se vahvistaa työntekijän asiantuntijuuden kasvua ja synnyttää yhteistä asiantuntijuutta asiakkaan parhaaksi.<sup>8</sup> Yksilön osaaminen kumuloituu osaksi yhteisön osaamista vain, jos se tunnustetaan, tunnustetaan ja yhteensovitetään.<sup>9</sup>

Sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluiden asiakaslähtöinen yhteensovittaminen ja monialainen yhteistyö vaatii yhteistyötä sekä työntekijöiden että johtajien välillä. Johto tekee osaltaan monialaista

<sup>1</sup> Mikkonen, A. 2007. Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. Suomen Lääkärilehti 51–52 (62), 4747–4750.

<sup>2</sup> Väättäinen, K. 2021. [Erillinen ja integroitu hoito: kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksia erillisistä sekä integroidusta hoidosta Helsingin pohjoisen psykiatria- ja päihdekeskuksessa - Theseus](#)

<sup>3</sup> Pirkola, S ja Wahlbeck, K. 2004. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1997–2002. Suomen lääkäri-lehti 59:15–16.

<sup>4</sup> Hölttä J. 2006. ”Muiden silmissä häirikkö..” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avun saannin haasteet. Pro gradututkielma. Tampereen yliopisto.

<sup>5</sup> Isoherranen, K. 2012. [Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä \(helsinki.fi\)](#)

<sup>6</sup> Hoppo, I, ym. 2015. [Yhdessä toimien ja erilaisuutta arvostaen. Ammatilliset opettajakorkeakoulut erityisopetusta kehittämässä \(theseus.fi\)](#)

<sup>7</sup> Isoherranen, K. 2015. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY.

<sup>8</sup> Eloranta, S ja Kuusela Marja. 2011. Moniammatillinen yhteistyö -katsaus suomalaisiin hoitotieteen opinnäytetöihin. Tutkiva hoitotyö vol. 9 (3), 4–13.

<sup>9</sup> Valtioneuvosto. 2022. [Sote-integraation edellyttämä monialainen yhteistyöosaaminen. Selvityshenkilön raportti.](#)

yhteistyötä, mutta myös huolehtii, että työntekijöiden väliselle yhteistyölle on sovitut rakenteet ja sen toteuttamiseen on käytettävissä resursseja. Työntekijät osallistetaan mukaan monialaisen yhteistyön kehittämiseen, mutta heitä ei voi jättää yksin vastuuseen sen toteuttamisesta. Johdon tuki ja aito sitoutuminen monialaiseen yhteistyöhön ovat onnistumisen edellytyksiä.<sup>10</sup>

Monialainen yhteistyö korostuu niiden asiakasryhmien kohtaamisessa, jotka tarvitsevat useita eri palveluita. Monialaisen yhteistyön lisääminen on keino palvelutarpeiden tunnistamiseen, parempaan kokonaiskoordinaatioon sekä kustannusten hillintään. Se on nähtävä myös asiakkaan etuna.<sup>11</sup>

Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat kärsivät palvelujärjestelmän pirstaleisuudesta ja sen aiheuttamasta hoidon, koordinaation ja palvelun jatkuvuuden puutteesta<sup>12,13</sup>. Tämän takia palveluiden integraatio ja monialainen yhteistyö ovat edellytyksiä onnistuneelle hoidolle sekä palvelun hyvälle laadulle. Palvelujen yhteensovittamisella hallitaan paremmin myös palveluiden päällekkäisyyttä ja palveluista aiheutuvia kustannuksia<sup>14</sup>.

## 2.3 Monialainen yhteistyö lainsäädännössä

Monialaisesta yhteistyöstä on säädetty lainsäädännössä. Terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolaki säättävät molemmat monialaisesta yhteistyöstä ja yhteisestä palveluiden suunnittelusta, kun asiakas tarvitsee sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Terveydenhuoltolaissa on säädetty mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushoidon osalta, että potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuus ja hoitoa on toteutettava perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon yhteistyönä. Erikseen on mainittu, että potilaan siirtyessä terveyshuollon toimintayksiköstä toiseen tai sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluihin, on turvattava tarpeenmukaisen hoidon jatkuvuus (27–29 §).

Terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltolait säättävät myös, että mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushoidot on suunniteltava ja toteutettava siten, että ne muodostavat toimivan kokonaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa (Terveydenhuoltolaki 27–28 § ja sosiaalihuoltolaki 24–25 §).

Sosiaalihuoltolain 41 §:ssä säädetään, että muiden viranomaisten on osallistuttava palvelutarpeen arvion tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen, jos henkilön tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen tätä edellyttävät. Pykälän toisessa momentissa on säädetty, että sosiaalihuoltoa toteutetaan yhteistyössä eri toimijoiden kanssa siten, että sosiaalihuollon ja tarvittaessa muiden hallinnonalojen palvelut muodostavat asiakkaan edun mukaisen kokonaisuuden.

## 2.4 Mielenterveys- ja päihdehäiriön samanaikaisuus

<sup>10</sup> Hujala, A, ym. 2020. [integroiva johtaminen.pdf \(tuni.fi\)](#). Teoksessa: Uudistuva sosiaali- ja terveysala.

<sup>11</sup> Koivisto, J ja Tiirinki H (toim.). 2020. [Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti \(julkari.fi\)](#)

<sup>12</sup> Hujala, A ja Lammintakanen, J. 2018. Paljon palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 12.

<sup>13</sup> Rijken ym. [How to improve care for people with multimorbidity in Europe? \(who.int\)](#)

<sup>14</sup> Hujala, A ym. Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö. Yhteiskuntapolitiikka 84 (2019):5–6.



Päihteet itsessään voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita, kuten masennus- ja ahdistusoireita, mutta oireet häviävät päihteiden käytön loppuessa. Sen sijaan samanaikaisessa mielenterveys- ja päihdehäiriössä henkilöllä on päihderiippuvuuden lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista (käyttö, vieroitus) riippumaton mielenterveyden häiriö. Samanaikaisessa mielenterveys- ja päihdehäiriössä psyykkiset oireet eivät häviä pitkänkään raittiuden jälkeen.<sup>15</sup>

Mielenterveys- ja päihdehäiriön samanaikaisuus on varsin yleistä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan 50–60 %:lla päihdehäiriötä sairastavista potilaista on samanaikainen mielenterveyshäiriö<sup>16</sup>. Alkoholista riippuvaisista 30–60 %:lla on kliinisesti merkittävä depressio ja vastaavasti masennuspotilaista 10–30 %:lla on samanaikainen alkoholiongelma.<sup>17</sup> Päihdehäiriön esiintyvyys kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on väestötutkimuksissa jopa 33 %, ja kliinisissä tutkimuksissa noin 45 %<sup>18</sup>. Myös huumeidenkäyttäjillä on usein mielenterveydenhäiriötä<sup>19</sup>.

Erilaiset päihdeongelmat lisäävät myös itsemurhayritysten ja -kuolemien riskiä, kuten myös eri mielenterveysongelmat<sup>20</sup>.

Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoidossa kiinnitetään huomiota molempien häiriöiden hoitoon. Käypä hoito -suositusten mukaan alkoholi- ja huumeongelmaisen potilaan psyykkiset oireet on diagnosoitava ja hoidettava rinnakkain alkoholiongelman kanssa.<sup>21,22</sup> Mielenterveysongelman ja päihdehäiriön yhtäaikainen hoito voi helpottaa mm. ahdistuneisuus- ja masennusoireita ja lieventää alkoholirelapseja.<sup>6</sup>

Samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä hoidetaan perinteisesti jaksottaisesti tai rinnakkaisesti. Jaksottaisessa hoidossa hoidetaan ensin päihdeongelma ja päihdeongelma olleessa hallinnassa, aloitetaan mielenterveyshäiriön hoito. Rinnakkaisessa mallissa hoidetaan molempia samanaikaisesti, mutta omissa palveluissaan. Integroidussa hoitomallissa vuorostaan hoitoa toteutetaan samanaikaisesti siten, että moniammatillinen hoitotaho toteuttaa potilaan päihdehäiriön ja mielenterveyshäiriön tutkimisen, hoidon ja seurannan.<sup>23</sup>

Tuoreen suomalaisen tutkimuksen mukaan samanaikaista mielenterveys- ja päihdeongelmaa sairastavat potilaat kokivat perinteisissä hoitomalleissa useita haasteita. Potilaat kokivat, että hoitopaikoissa keskityttiin usein hoitamaan vain yhtä diagnoosia, jolloin palvelut olivat hajaantuneet. Tämä aiheutti sen, että potilaat kokivat heitä pompoteltavan luukulta toiselle. Vastaavasti integroitu hoitomalli tarkoitti potilaille kokemusta yhtenäisestä ja kokonaisvaltaisesta hoidosta. Integroidun hoidon tavoitettavuus, saatavuus ja helppous selittivät potilaiden tyytyväisyyttä integroituun hoitomalliin.<sup>24</sup>

<sup>15</sup> A-klinikkasäätiö. [Samanaikainen päihde- ja mielenterveyden häiriö | Päihdelinkki.fi \(paihdelinkki.fi\)](#), (27.6.2023)

<sup>16</sup> Kuussaari et al. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020 Apr;55(4):507-516.

<sup>17</sup> World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.

<sup>18</sup> Hunt GE et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 206:321–330.

<sup>19</sup> Duodecim, [Huumeongelmat \(kaypahoito.fi\)](#), (27.6.2023).

<sup>20</sup> Duodecim, [Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito \(kaypahoito.fi\)](#) (27.6.2023).

<sup>21</sup> Duodecim, [Alkoholiongelmat \(kaypahoito.fi\)](#), (27.6.2023)

<sup>22</sup> Duodecim, [Huumeongelmat \(kaypahoito.fi\)](#), (27.6.2023)

<sup>23</sup> A-klinikkasäätiö. [Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito | Päihdelinkki.fi \(paihdelinkki.fi\)](#), (28.6.2023)

<sup>24</sup> Väättäin, K. 2021. [Erillinen ja integroitu hoito: kaksoisdiagnoosipotilaiden kokemuksia erillisistä sekä integroidusta hoidosta Helsingin pohjoisen psykiatria- ja päihdekeskuksessa](#), (28.6.2023)

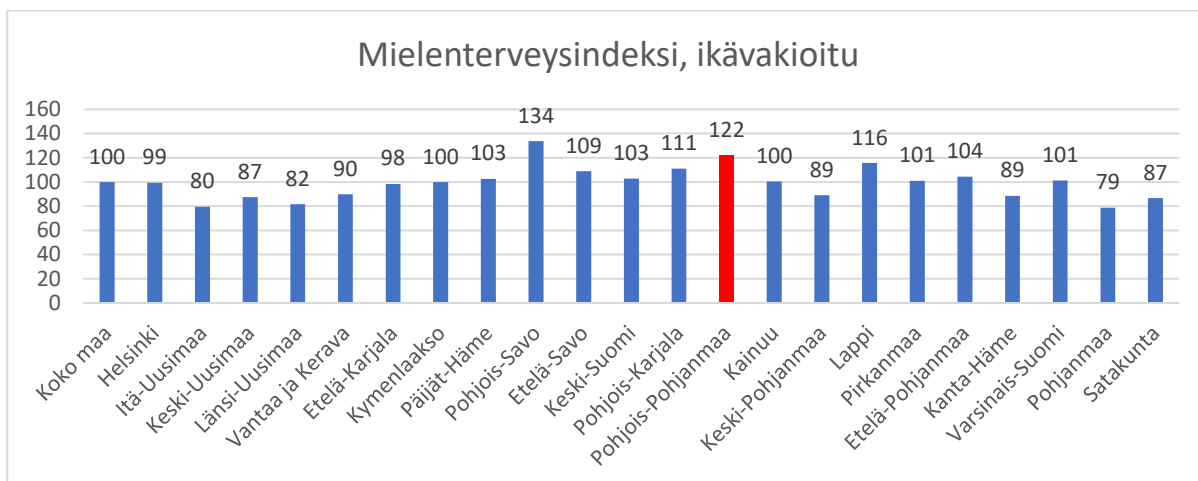


Integroitu hoitomalli on todettu tehokkaaksi ja asiakastyytyväisyyttä lisääväksi myös muissa tutkimuksissa<sup>25</sup>. Tuoreen tutkimuksen mukaan paras asiakaskokemus yhdistetyissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa, mikä tutkijoiden mukaan rohkaisee kehittämään hoitojen integraatiota<sup>26</sup>.

Samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien mahdollisuudesta saada tarvitsemiaan päihde- ja mielenterveyspalveluita on tehty myös useita kanteluita eri puolilla Suomea, jonka vuoksi eduskunnan oikeusasiamies on ottanut asiaan kantaa (EOAK/4968/2022). Eduskunnan apulaisoikeusasiamies toteaa, että palvelujen toteuttamisessa on runsaasti puutteita ja asiakkaita on voinut jäädä heitteille siitä huolimatta, vaikka asiakkaiden tilanne on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tiedossa. Hän korostaa eri viranomaisten velvollisuutta huolehtia siitä, että erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden oikeus välttämättömään toimeentuloon, huolenpitoon sekä riittäviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin toteutuu.

## 2.5 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt Pohjois-Pohjanmaalla

Arvioiden mukaan lähes 19 %:lla suomalaisista on jokin mielenterveydenhäiriö<sup>27</sup>. Mielenterveysindeksin mukaan vakavat mielenterveyshäiriöt ovat yleisimpiä Pohjois-Savon ja toiseksi yleisempiä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella (kuva 2). Mielenterveysindeksissä ovat mukana itsemurhat ja sairaalahoitoon johtaneet itsemurhayritykset, psykoosin ja muiden vaikeiden mielenterveyshäiriöiden lääkkeiden erityiskorvausoikeudet ja mielenterveyssyistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet.



Kuva 2. Hyvinvointialueiden ikävakioidut mielenterveysindeksit, vuosi 2021. Lähde: THL:n sotekuva.

Erityiskorvattaviin psykoosilääkkeisiin oikeutettuja on eniten Pohjois-Karjalan (kuva 3) ja toiseksi eniten Pohjois-Savon hyvinvointialueella. Pohjois-Pohjanmaalla on kolmanneksi eniten, yhdessä Kainuun ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden kanssa.

<sup>25</sup> Shulte, S, et al. 2011. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. BMC Psychiatry 11:64, 1–12.

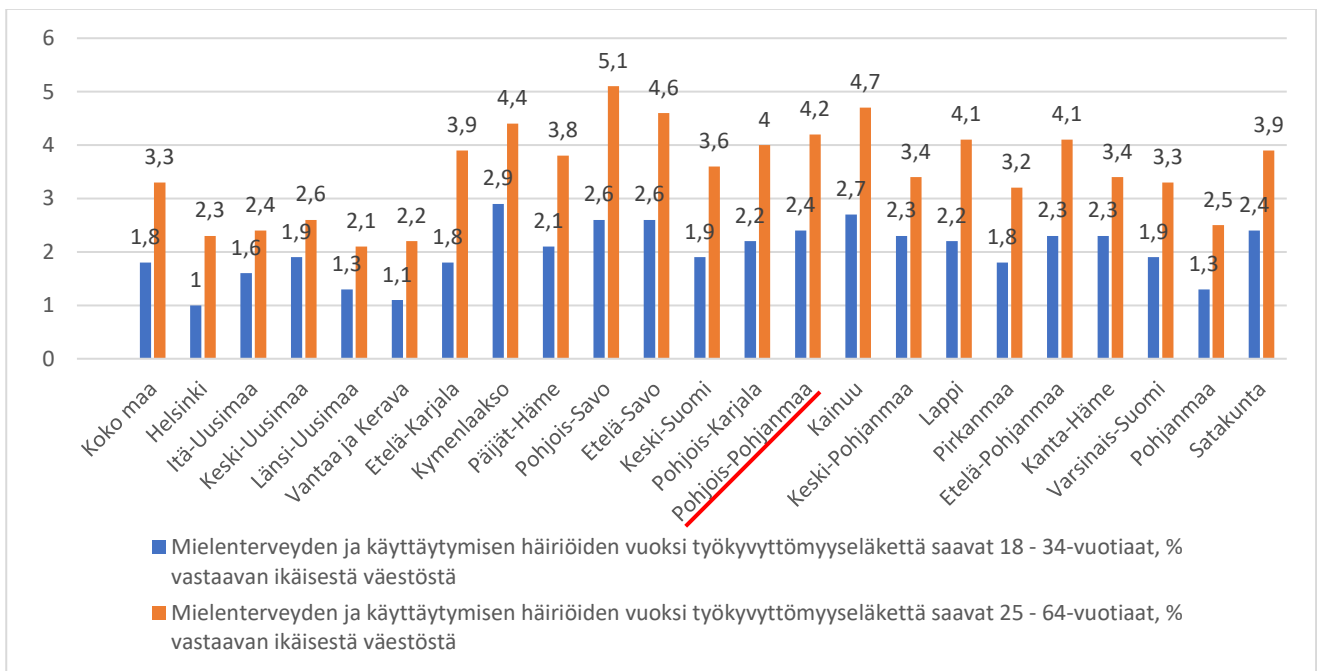
<sup>26</sup> Viertio S, ym. 2023. [Asiakaskokemukset mielenterveys- ja päihdepalveluissa: kohtaaminen osataan, mutta tiedon antamisessa on kehitettävää](#). Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2023;139(20):1651–60.

<sup>27</sup> OECD ja EU, [2018 healthatglance\\_rep\\_en\\_0.pdf \(europa.eu\)](#), (28.6.2023).



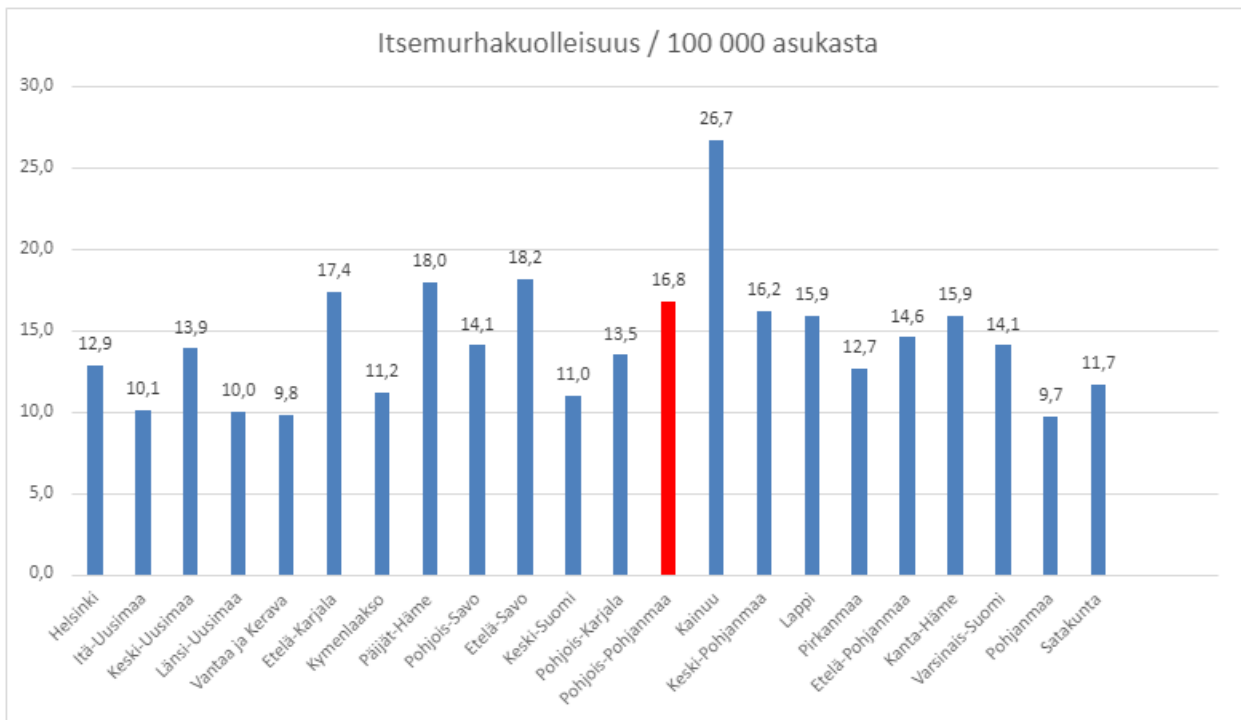
Kuva 3. Hyvinvointialueittain erityiskorvattaviin psykoosilääkkeisiin oikeutettujen ikävakioitu väestöosuus (%), vuosi 2022. Lähde: THL:n sotekuva.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella on viidenneksi eniten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön vuosi työkyvyttömyyseläkkeellä olevia 18–34-vuotiaita sekä 25–64-vuotiaita (kuva 4). Molemmissa ikäryhmissä prosentiosuudet ovat koko maan keskiarvoa suurempia.



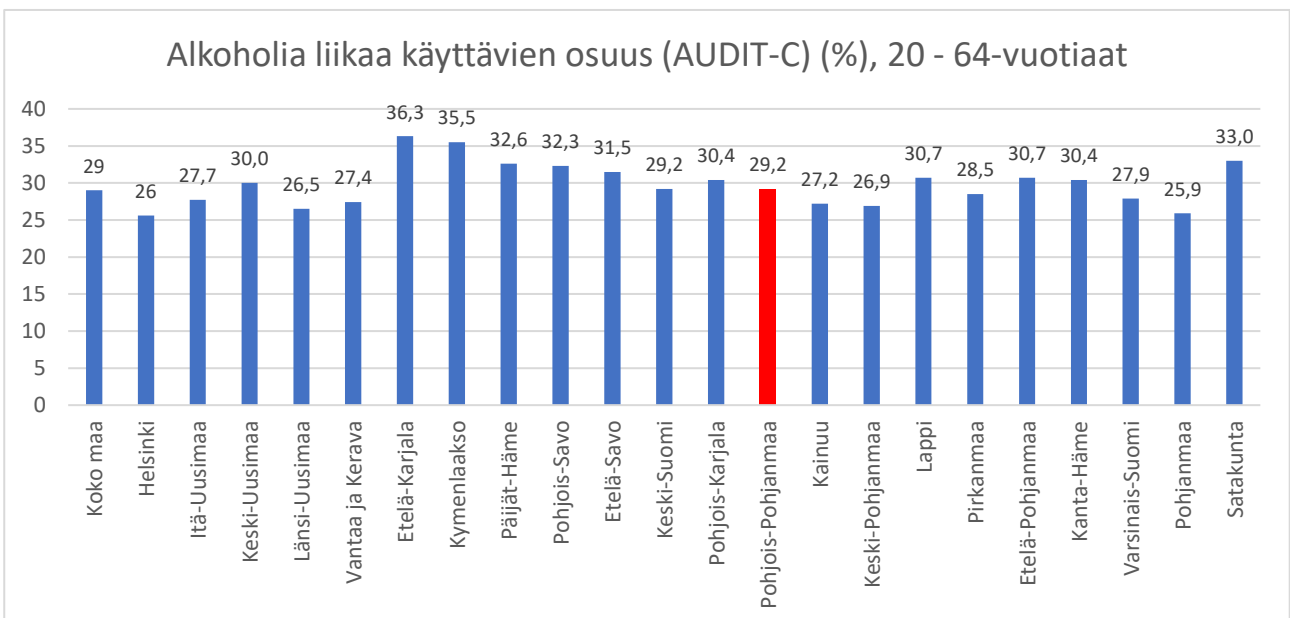
Kuva 4. Hyvinvointialueittain mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläketä saavat, % vastaavan ikäisestä väestöstä. Lähdet: THL:n sotekuva. Vuosi 2022.

Itsemurhakuolleisuus on suurinta Kainuun hyvinvointialueella (kuva 5). Pohjois-Pohjanmaalla se on viidenneksi suurinta (16,8/100 000 asukasta) eri hyvinvointialueista ylittäen koko maan keskiarvon (13,5/100 000 asukasta).



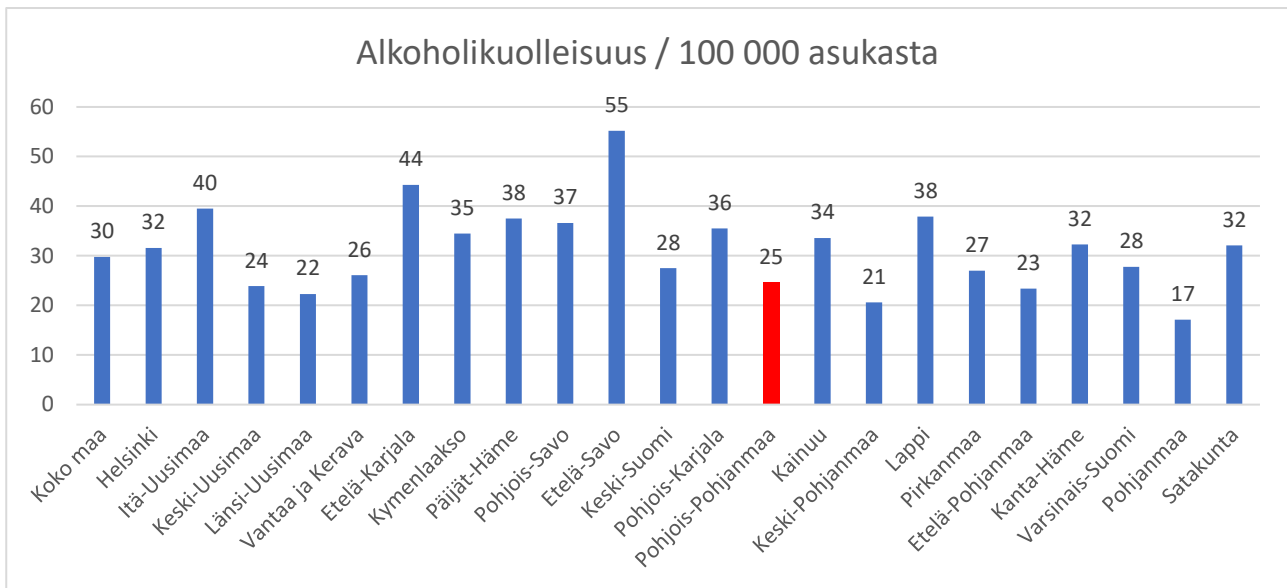
Kuva 5. Hyvinvointialueittain itsemurhakuolleisuus/100 000 asukasta, vuosi 2021. Lähde: THL:n sotokuva.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella alkoholia liikaa käyttäviä on maan keskiarvoa vähemmän (kuva 6). Eniten liikaa käyttäviä on Kymenlaakson ja vähiten Pohjanmaan hyvinvointialueilla.



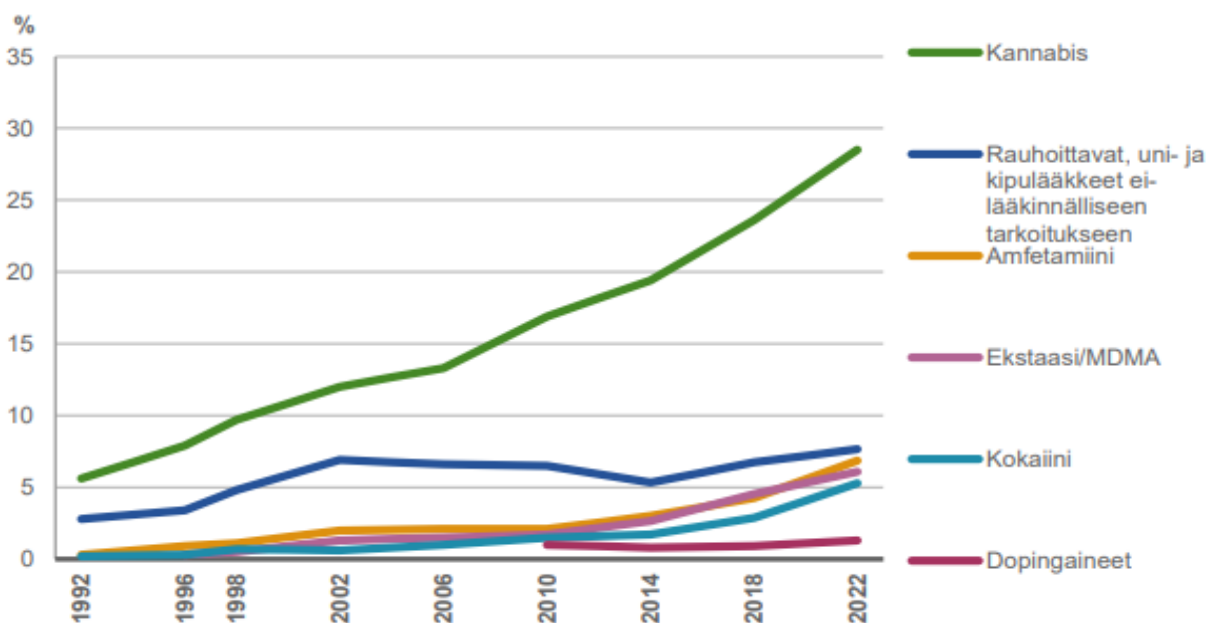
Kuva 6. Alkoholia liikaa käyttävien osuus (%), 20–64-vuotiaat, vuosi 2022. Lähde: THL:n sotokuva.

Pohjois-Pohjanmaan alueella alkoholikuolleisuus alittaa maan keskiarvon (kuva 7). Suurin alkoholikuolleisuus on Etelä-Savon hyvinvointialueella ja pienin Pohjanmaan hyvinvointialueella.



Kuva 7. Alkoholikuolleisuus/ 100 000 asukasta, vuosi 2021. Lähde: THL:n sotekuva.

Suomessa huumeiden kokeilu ja käyttö ovat yleistyneet 1990-luvulta lähtien. Suomessa on aiempaa enemmän henkilöitä, jotka ovat joskus elämänsä aikana kokeilleet huumeita (kuva 8)<sup>28</sup>. Huumeiden käytöstä ei ole saatavilla tarkkoja hyvinvointialuekohtaisia tilastoja, mutta Terve Suomi -tutkimuksen mukaan vuonna 2022 Pohjois-Pohjanmaalla oli muuta väestöä keskimääräistä vähemmän 20–64-vuotiaita, jotka ovat käyttäneet kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana (Pohjois-Pohjanmaa 2,7 %, koko Suomi 5,1 %). Lisäksi vuoden 2023 Kouluterveyskyselyn mukaan laittomia huumeita kokeilun määrät 8. ja 9 luokalla, ammatillisessa oppilaitoksessa ja lukiossa ovat koko maan keskiarvoa alhaisemmat.<sup>29</sup>

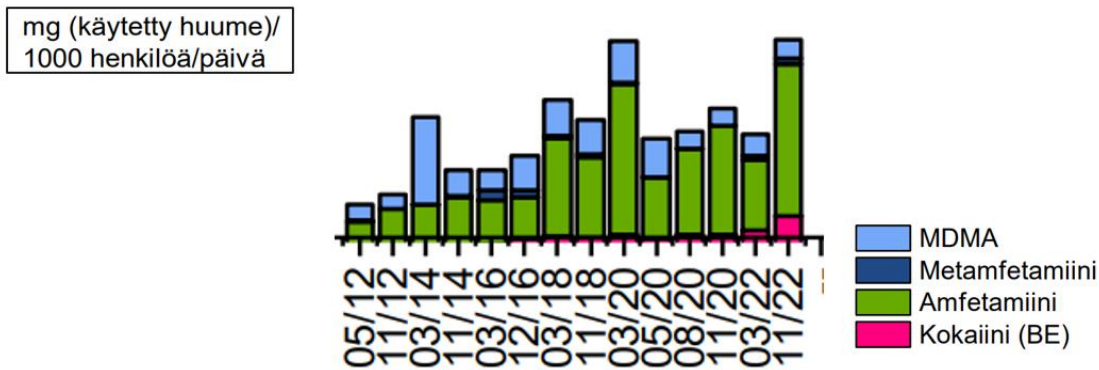


Kuva 8. Kannabista tai muita aineita joskus elämänsä aikana kokeilleiden tai käyttäneiden osuudet 15–69-vuotiaassa suomalaisessa väestössä vuosina 1992–2022, %.

<sup>28</sup> THL, [Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022 \(julkari.fi\)](https://julkari.fi/), (28.6.2023)

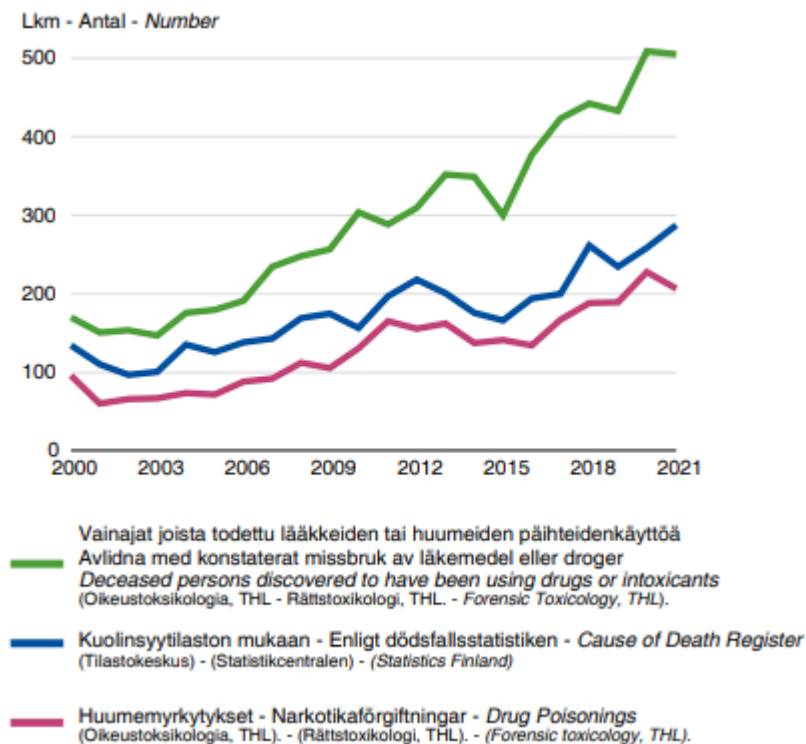
<sup>29</sup> THL, [Sotekuva](https://sotekuva.fi/).

Huumeiden käytön kasvu on nähtävissä Oulun osalta THL:n jätevesitutkimuksessa (kuva 9). Huumeiden käytön kasvua on useissa isoissa kaupungeissa, kuten Helsingissä, Espoossa, Turussa, Tampereella ja Oulussa. Suomessa on myös kaupunkeja, jossa käyttö on vähentynyt, kuten Kouvolaa, Lappeenranta, Pori ja Joensuu. Oulu on ainoa kaupunki Pohjois-Pohjanmaalta, joka on mukana jätevesitutkimuksessa. Oulussa käytetyin huumaussaine on amfetamiini.<sup>30</sup>



Kuva 9. Oulun huumeiden käyttömäärät jätevesipuhdistamossa (mg/1000 henkilö/päivä), vuodet 2012–2022.

Huumaussaineiden käytön lisääntyminen näkyy myös huumaussainekuolemista, joissa on ollut selkeää kasvua (kuva 10)<sup>31</sup>.

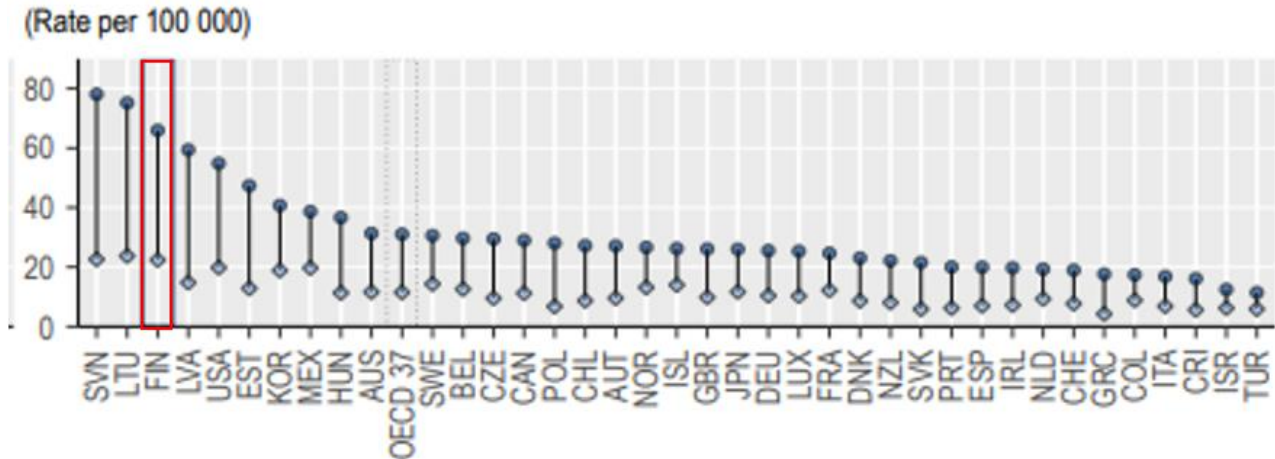


Kuva 10. Huumaussainekuolemat 2000–2021.

<sup>30</sup> THL, [Jätevesitutkimus: väestötason huumeiden käyttö - THL](https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/jatevesitutkimus) <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/jatevesitutkimus>, (28.6.2023)

<sup>31</sup> THL, [Päihdetilastollinen vuosikirja 2022 \(julkari.fi\)](https://thl.fi/fi/julkaisut/paihdetilastollinen-vuosikirja-2022), (28.6.2023)

Toimivalla mielenterveys- ja päihdehoidolla voidaan vaikuttaa ns. epätoivokuolemiin (kuva 11). Tuoreen OECD-raportin mukaan suomalaiset miehet kuolevat itsemurhiin, alkoholin väärinkäyttöön tai huumeiden yliannostukseen naisia todennäköisemmin. Erot suomalaisten miesten ja naisten välillä ovat OECD-maiden suurimpia. Molemmilla sukupuolilla epätoivokuolemien määrät Suomessa ovat kolmanneksi korkeimmat verrattuna muihin OECD-maihin.<sup>32</sup>



Kuva 11. Miesten ja naisten epätoivokuolemat per 100 000 kohden ikävakiotuna.

## 2.6 Arviointikysymykset ja -kriteerit

Arvioinnissa selvitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta ja palvelujen yhteensovittamista.

Arvioinnin tavoitteet on otettu Pohteen strategiasta ja järjestämissuunnitelmasta. Strategian toimenpiteenä on palvelujen yhteensovittaminen. Lisäksi sote-järjestämissuunnitelmassa mainitaan tavoitteesta tarjota mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluita monialaisena yhteistyönä. Näiden lisäksi strategiassa on tavoite yhdenvertaisesta palveluiden saatavuudesta. Tässä arvioinnissa näiden kaikkien tavoitteiden toteutumista arvioitiin samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan asiakkaan hoidon toteutumisen ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä tehtävän monialaisen yhteistyön kautta.

### Pääkysymys:

- Miten aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden monialainen yhteistyö toteutuu Pohteella?

### Osakysymykset:

1. Miten samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoito- ja palveluketjut toimivat henkilöstön näkökulmasta?
2. Miten monialaista yhteistyötä tuetaan ja minkälaisia monialaista yhteistyötä tukevia rakenteita on olemassa?
3. Miten samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoito- ja palveluketjut toimivat asiakkaan näkökulmasta?

<sup>32</sup> OECD, April 2023, [Well-being in Finland: Bringing Together People, Economy and Planet \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/), (28.6.2023)



4. Miten potilasjärjestöt kokevat samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien hoitoon pääsyn, hoidon ja hoidon jatkuvuuden toteutuvan?

#### Arvioinnissa käytetyt kriteerit:

- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia
- Sote-järjestämissuunnitelma
- Talousarvio ja -suunnitelma 2023–2025
- Mielenterveysstrategia 2020–2030<sup>33</sup>

Tavoite palveluiden yhteensovittamiseen on huomioitu myös **hyvinvointialueen strategiassa**. *Ihmistä varten* painopisteessä on strateginen periaate: ”*Palvelujärjestelmä on yhteen sovitettu eri toimijoiden välillä.*” Tässä toimenpiteenä on yhteen sovitettujen palvelujen varmistaminen sekä niiden seuranta ja arviointi toimialueilla eri palvelutasojen välillä. Vastaavasti painopisteessä *Vaikuttavasti yhdessä* luvataan toteuttaa yhteisasiakkuutta tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelut koordinoitusti ja vaikuttavasti.

**Sote-järjestämissuunnitelmassa** mielenterveys- ja päihdepalveluiden tavoitteissa on kuvattu, että ”*tarjoamme palveluita moniammatillisena ja monialaisena yhteistyönä*”. Moniammatillinen ja monialaisen yhteistyötä todetaan myös lisättävän. Toimenpiteenä on ”*Vaikuttavia mielenterveyspalveluja annetaan monialaisesti ja tarpeen mukaisesti perustasolla kotona ja arjen ympäristössä sekä sote-keskuksessa sekä vertaistukea hyödyntäen.*”

**Talousarvion ja -suunnitelman 2023–2025** mukaan ”*Uudistamista tarvitaan, jotta Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen asukkaat saavat yhteensovitettuja, monialaisella yhteistyöllä toteutettuja ja sujuvammin toimivia sosiaali- ja terveystalouden palveluja.*” Lisäksi perhe- ja sosiaalipalvelut ja OYS-psykiatrian yhtenä keskeisenä toimenpiteenä vuodelle 2023 on ”*Yhteensovitettujen palvelujen mukainen vastuiden ja toimintamallien ja tiimien käyttöönotto ripeästi uuden organisaation mahdollistamana.*”

## 2.7 Arvioinnin aineistot ja menetelmät

Arviointiaineiston keräämisessä huomioitiin henkilöstö-, esihenkilö-, asiakas- ja järjestönäkökulmat, jotta arvioitavasta aiheesta saataisiin riittävän kattava kuva.

Alueellisten mielenterveyspalveluiden hoitajille ja palvelualueilla työskenteleville päihdetyöntekijöille suunnattiin Webropol-kysely, jossa kartoitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista. Kyselyn sisällön suunnitteluun vaikuttivat päihderiippuvuuksia koskevat käypä hoito suositukset, samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitoa koskevat lääketieteelliset artikkelit sekä opinnäytteet ja gradututkielmat, jotka käsitelivät asiakkaiden tai henkilöstön kokemuksia samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien asiakkaiden hoidosta. Kyselyyn vastasi 66 henkilöä (40 mielenterveyspalveluiden hoitajaa sekä 26 päihdetyöntekijää). Kysely oli auki 27.9-15.10.2023. Kyselyyn vastattiin anonymisti. Palvelualueilta ei saatu luotettavia tietoja vastausprosentin laskemista varten.

<sup>33</sup> THL, [Kansallinen mielenterveysstrategia - THL](#), (27.6.2023)

Palvelualueiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluista vastaaville vastuuyksikköpäälliköille ja vastuualuepäälliköille sekä alueellisten mielenterveyspalveluiden esihenkilöille lähetettiin tietopyyntöjä, jotka koskivat monialaisesta yhteistyötä ja sitä tukevia rakenteita. Tietopyynnöt lähetettiin myös sote-keskusten vastaanotoista vastaaville palvelualuepäälliköille sekä ylilääkäreille. Tietopyyntöön vastasi 24 esihenkilöä ja kolmelta ei saatu vastausta. Kaikilta palvelualueilta vastasi useita esihenkilöitä. Osa sote-keskusten vastuualuepäälliköistä ja ylilääkäreistä vastasivat yhdessä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaille, jotka sairastavat samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä, tehtiin oma Webropol-kysely. Kyselyn linkit olivat jaossa mielenterveys- ja päihdepalveluissa eri palvelualueilla sekä kahdessa eri järjestössä. Kyselyn laadinnassa hyödynnettiin Suomessa tehtyjä opinnäytteitä ja pro gradututkielmia, jotka koskivat samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien henkilöiden kokemuksia hoitoon pääsystä sekä hoidosta. Kyselyyn vastasi 33 henkilöä. Kysely oli auki 20.9-29.10.2023. Kyselyyn vastattiin anonyymisti.

Pohteen alueen mielenterveys- ja päihdejärjestöille lähetettiin oma tietopyyntö, jossa kartoitettiin heidän näkemyksiään samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoon pääsystä ja hoidon toteutumisesta hyvinvointialueella. Tietopyynnöt lähetettiin 15 eri järjestöön tai isomman järjestön jäsenjärjestöön. Vastaukset saatiin yhdeksältä järjestöltä/jäsenjärjestöltä.

Arvioinnissa esitetyt havainnot perustuvat kyselyistä ja tietopyynnöistä saatuihin vastauksiin.

## 3. HAVAINNOT

### 3.1 Esihenkilöiden näkökulma palvelujen toimivuuteen

Esihenkilöille tehtyjen tietopyyntöjen perusteella samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan henkilön hoidossa nähtiin runsaasti kehitettävää. **Päihdeasiakkaan pääsy mielenterveyshoitoon koettiin hankalana, vaikka asiakkaan päihderiippuvuusongelma olisi hallinnassa.** Eriytyisen haastavaksi koettiin korvaushoidossa olevien henkilöiden pääsy mielenterveyshoitoon. Kokemuksen mukaan, korvaushoidossa olevilta evättiin myös neuropsykiatriisiin tutkimuksiin pääsy, vaikka päihteiden käyttöä ei ole ollut vuosiin.

Päihdeongelman esille tuleminen kesken mielenterveys-hoidon saattoi keskeyttää hoidon mielenterveyspalveluissa. Asiakkaiden hoito mielenterveyspalveluissa saatettiin lopettaa jopa ilmoittamatta asiakkaalle. Mielenterveyshoitoon takaisin pääsemiseksi asiakkailta vaaditaan päihteettömyyteen sitoutumista. Kokemus oli kuitenkin, että vaikka asiakas on sitoutunut päihteettömyyteen ja riippuvuusongelma on hallinnassa, niin mielenterveyshoitoon pääsy ei kuitenkaan onnistunut. **Päihteitä aktiivisesti käyttävien ja aikaisemmin aktiivisesti päihteitä käyttäneiden asiakkaiden asema nähtiin heikoksi mielenterveyspalveluiden saatavuuden näkökulmasta.**

**Päihteiden haitallisen käytön tunnistaminen mielenterveyspalveluissa nähtiin osittain haastavaksi.** Tätä perusteltiin sillä, että päihteidenkäyttö tulee usein esille vasta päihdepalveluun hakeutumisen myötä, vaikka asiakas oli saattanut olla vuosia mielenterveyspalveluiden hoidossa. Asiakkaan päihteiden käyttö on siten jatkunut pitkään, ja päihdehoidon saaminen on viivästynyt.

Haasteeksi nostettiin myös se, että **kaikilla paikkakunnilla ei ole vakansseissa päihdetyöntekijöitä, ja heidän rekrytointinsa oli haastavaa.** Osassa alueita sama hoitaja oli aikaisemmin hoitanut sekä mielenterveys- että päihdeongelmia, mutta mielenterveys- ja päihdetyön eriydyttyä omiksi palveluikseen päihdetyöhön ei ollut enää riittävästi työntekijöitä.

Päihdepalveluiden siirtyminen aikuissosiaalityön yhteyteen herätti myös paljon kommentteja. **Ei oikein tiedetty onko päihdetyö nykyään sosiaalipalvelua tai terveysterveystoimintaa.** Huolena oli, että jos päihdetyö on sosiaalipalvelua, niin pitää olla palvelupäätös. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat siten erillisissä asiakas-/potilastietokannoissa, jolloin asiakkaiden kokonaisvaltainen hoito mielenterveys- ja päihdepalveluissa on haastavampaa.

#### 3.1.1. Ohjeistus ja hoitomalli

Pääsääntöisesti palvelualueet ilmoittivat, että **mielenterveys- ja päihdeavohoidossa ei ole ohjeita samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastava henkilön hoitoon tulemiseen, hoitamiseen tai siirtoihin yksiköiden välillä.** Osa palvelualueiden kunnista ei ollut aikaisemmin tarvinnut sellaisia, kun psykiatrinen sairaanhoitaja hoiti sekä mielenterveys- että päihdeongelmat. Nyt ohjeelle koettiin tarvetta, kun palvelut toteutetaan erillisinä. Oulussa oli vuonna 2022 laaditut ohjeet, mutta osa koki epäselvänä, miten hyvinvointialueella toimitaan.

**Hyvinvointialueella ei ole yhteistä näkemystä hoitomallista, jolla samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä hoidetaan.** Käytössä ovat jaksottainen, rinnakkainen ja integroitu hoitomalli. Yleisimmät oli jaksottainen ja integroitu hoitomalli. Osa toi esille, että käytäntö vaihteli alueen hoitokulttuurin mukaan. Osa esihenkilöistä ei tiennyt mikä hoitomalli heillä oli käytössä.

Jaksottaista mallia perusteltiin sillä, että ensin hoidetaan päihdeongelma, jonka jälkeen siirrytään mielenterveyshoitoon, tai mielenterveystyöntekijä tulee työpariksi. Hyvinvointialueella on myös yksiköitä, joissa toteutuu integroitu malli. Osassa alueiden yksiköistä psykiatrinen sairaanhoitaja hoiti sekä päihde- että mielenterveysongelmaa samanaikaisesti. Erityisesti tämän nähtiin toteutuvan, jos toinen ongelmista oli lieväoireinen. Integroitu hoitomalli saattoi toteutua myös työpariyhteistyönä mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä.

Osa toi esille sitä, että ennen toimintamalli oli integroitu, kun sama hoitaja hoiti sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa. Hyvinvointialueelle siirryttäessä mielenterveys- ja päihdetyö eriytyi eri hoitajille, eikä integroidun hoitomallin koettu enää onnistuvan.

**Sote-keskuksille samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitoketjut eivät olleet selkeät.** Hoitoon ohjautuminen koettiin hyvin epäselväksi.

### 3.1.2. Konsultaatiot

Lähes kaikki esihenkilöt alueellisista palveluista sekä sote-keskukset vastasivat, että **psykiatrin konsultaatiotuki ei ole riittävää**. Useammasta päihdeyksiköistä todettiin, että alueellisista mielenterveyspalveluista on annettu tiukat rajat, että vain mielenterveyspalveluissa olevat asiakkaat saavat psykiatrikonsultaatioita. Myös mielenterveysasumisyksiköille annettu psykiatrityöpanos oli loppunut hyvinvointialueelle siirryttäessä. Niillä palvelualueilla, joilla oli oma psykiatri, koettiin konsultaatioiden järjestäminen helpommaksi ja joustavammaksi.

Konsultaatioiden järjestämistavat ja tiheys vaihtelivat alueittain. Osassa konsultaatiot olivat kerran kuukaudessa, osassa kahdesti kuukaudessa. Osassa konsultoitui tarvittaessa OYS psykiatriaa.

**Kokemus päihdekonsultaation riittävydestä vaihteli alueittain.** Osassa kuntia koettiin, että konsultaatiotuki on riittävää ja sitä on saatavilla tarvittaessa viikoittain, eräissä kunnassa jopa päivittäin. Kaikissa palvelualueiden kunnissa ei ollut lainkaan saatavilla päihdekonsultaatiota. Päihdelääkärin konsultaation osalta toivottiin, että se tulisi mahdollistaa koko alueelle yhdestä kanavasta. Tärkeänä nähtiin myös, että konsulteilla on pääsy alueen potilastietojärjestelmiin.

Osassa alueita kommentoitiin, että **psykiatrinen sairaanhoitaja ja päihdehoitaja konsultoivat toisiaan aina tilanteen niin vaatiessa**. Työntekijäpula vaikeutti niillä alueilla konsultaatiotuen saamista, joista puuttui päihdetyöntekijä.

### 3.1.3. Kehitettävää

**Säännöllisille yhteistyöpalavereille mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asumispalveluiden, päihdepalveluiden sekä OYS psykiatrian kesken koettiin tarvetta**, jotta yhteistyötä, palvelujen sujuvuutta ja toimintaa voidaan kehittää.

**Muita kehittämistoiveita** oli mm. konsultaatioiden toteutuminen ja omalääkärin järjestyminen moniongelmaisille asiakkaille varmistamaan hoidon jatkuvuutta.

Päihdeasumispalveluissa toivottiin, että **OYS psykiatrialla otettaisiin paremmin huomioon työntekijän huoli asiakkaiden voinnin muutoksista**. Päihdeasumispalveluissa tunnetaan asiakas ja hänen toimintakykynsä pitkältä ajalta, joten jos psyykkisessä voinnissa havaitaan selkeitä muutoksia, niin ne toivottaisiin otettavan vakavasti ja asiakkaan saavan apua mielenterveysongelmaansa.

**OYS psykiatrian kotiuttamisprosessiin tuli useita toiveita.** 1) **Hoitoneuvotteluun pyydetäisiin varhaisemmassa vaiheessa**, kun asumispalvelu vaikuttaa todennäköiseltä. Sosiaalipalvelut saavat tiedon välillä lyhyellä varoitusaajalla. Asumispalvelun järjestäminen edellyttää palvelutarpeen arviointia, asiakkaalle soveltuvan paikan etsimisen ja asian käsittelyn aso-tiimissä. 2) Osastolta pyydetään työntekijöitä herkemmin verkostopalaveriin mielenterveyskuntoutujien kuin päihdekuntoutujien kohdalla. **Päihkeitä käyttävät kotiutetaan avohoidon ja asumispalveluiden näkökulmasta herkästi ilman yhteydenottoa jatkohoitopaikkaan.** Yhteyden ottaminen ja palveluihin hakeutuminen jätetään päihderiippuvaisen asiakkaan vastuulle. 3) Avohoidon näkökulmasta, uloskirjoitusta suunniteltaessa **asiakkaan arjen ja asumisen tuen tarpeet tulisi arvioida kattavammin.**

### 3.2 Monialaista yhteistyötä tukevat rakenteet esihenkilöiden näkökulmasta

Usealta palvelualueelta todettiin, että **hyvinvointialueelle siirtyminen, ja erityisesti, päihde- ja mielenterveyspalveluiden jakautuminen eri esihenkilöiden alle** (päihdepalvelut perhe- ja sosiaalipalveluiden alla ja mielenterveyspalvelut OYS psykiatrian yhteydessä) **on aiheuttanut epäselvyyttä ja vaikeuttanut sekä vähentänyt yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä psykiatrian välillä.** Aikaisemmin pidettyjä asiakas- ja yhteistyöpalavereita ei enää ole, eikä esihenkilöillä ole enää yhteistä, säännöllistä foorumia, jossa voi keskustella asioista. Useampi esihenkilö totesi, että erkaantumista mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä on tapahtunut ja palvelut ovat siiloutuneet erilleen. Muutamalla alueella koettiin, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden jakautuminen eri esihenkilöiden alle lopetti integroidun hoitomallin, jossa sama työntekijä hoiti sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa. Eräs vastaaja kommentoi, että entisistä yhteistyökumppaneista on tullut vastapuolia.

Moni koki, että **yhteistyö on asiakaskohtaista yhteistyötä, jonka arvioitiin toteutuvan kohtuullisen hyvin.** Toisaalta osa koki hankaluutena, että asiakastyön ohjeet saattavat olla eri alueilla erilaiset. Toimintakäytänteistä ja prosesseista ei ole päivitettyä tietoa saatavilla.

Muutamat kuvasivat **asiakkaiden pompottelun mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä lisääntyneen ja hoitojen yhteensovittamisen olevan aikaisempaa haasteellisempaa.** Asiakkaiden hoitoja ei saatu aina järjestettyä yhteistyössä, eikä hoitoja saada siirrettyä tarpeenmukaiseen yksikköön. Tämä on johtanut osaltaan siihen, että **asiakkaalle saatettiin hakea päihdepalveluista ostopalveluna esimerkiksi psykofyysistä fysioterapiaa, jotta mielenterveysongelmaan saadaan jotakin hoitoa.**

**Tiedon kulun koettiin olevan vähäistä eri toimintojen välillä.** Mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä ei kulje tieto muuttuneista prosesseista. Lisäksi kokemus oli, että yksikkökohtaisessa kehittämistyössä tai toimintoja muutettaessa ei kuulla muita toimijoita, vaikka muutos vaikuttaa myös heidän työkenttäänsä.

**Päihdepsykiatrian kokonaisuuden nähtiin myös heikentyneen.** Päihdeasiakkaan mielenterveysongelmien nähtiin olevan erikoissairaanhoidon vaatimia, mutta päihdepalvelut ovat nykyisessä

organisaatiomallissa etäällä OYS-psykiatriasta. Ennen asiakkaat siirtyivät avoerikoissairaanhoidon ja avopäihdepalveluiden välillä ”sisäisenä siirtona”, nyt lähdetään liikkeelle hoidontarpeen arvion kautta, ikään kuin perustasolta. Lisäksi voimakkaasti sosiaalityöhön nojaavan päihdetyön ei nähty vastaavan nykyisen päihdetyön sisältöjä, koska korvaushoito ja avokatkot ovat pitkälle lääkehoitoa, ja kuuluvat päihdelääketieteen piiriin.

Vastauksissa nousi esille **muutama kunta, jotka ovat edelleen pitäneet kiinni hyvistä käytännöistä sekä asiakaslähtöisestä toimintatavasta**. Heillä myös tiivis yhteistyö päihde- ja mielenterveystyön välillä on jatkunut.

Osa esihenkilöistä oli **luottavaisia, että RRP2 Hoidon jatkuvuus -hanke tulee edistämään** mielenterveystyön, päihdetyön ja yleisvastaanottojen välistä **yhteistyötä** tulevaisuudessa.

### 3.2.1. Esihenkilöiden kokemus yhteistyöstä OYS-psykiatrian kanssa

Osa alueellisten mielenterveyspalveluiden ja alueella olevien päihdeyksiköiden esihenkilöistä koki, että OYS psykiatrian kanssa **ei ole mitään yhteistyötä tai sitä on vähän. Osa koki yhteistyön sujuvan sekä tiivistyneen** hyvinvointialueelle siirtymisen jälkeen.

Osa näki yhteistyössä kehittämistarpeita. Erityisesti **tiedonkulku päihdepalveluihin päin vaatii kehittämistä**. Tieto kotiutuneesta korvaushoitopotilaasta ei aina tavoittanut yksikköä ja lääkityksen järjestäminen vaikeutui. Osastojen ja päihdepalveluiden välillä oli vähän verkostoyhteistyötä, mikä vaikeutti tiedonkulkua molempiin suuntiin.

**Osa koki yhteistyön vaikeutuneen alueellisen perus- ja erityistason sekä OYS psykiatrian välillä.** OYS psykiatrian palveluja ja alueellisia mielenterveyspalveluja ei koettu huomioitavan kokonaisuutena, vaan ratkaisuja tehtiin yksipuolisesti OYS psykiatriassa. Ratkaisut vaikuttivat mm. erikoissairaanhoidon pääsyyn tai siihen minkä kuntoisia potilaita avohoitoon kotiutuu. Toimintaohjeiden ja linjausten koettiin tiukentuneen, mutta perustason palveluihin ei ole saatu vastaavaa vahvistusta. Avohoidossa on entistä vaikeammin oireilevia asiakkaita, kun osastohoito- ja poliklinikajaksot ovat lyhentyneet.

**Asumis- ja päiväpalveluiden yksiköt tekivät yhteistyötä OYS psykiatrian kanssa lähinnä asiakastason verkostoyhteistyön tasolla.** Asiakastason verkostoyhteistyö koetaan pääosin hyvänä. Osastoilta on kutsuttu sosiaalipalveluiden edustajia hoitoneuvotteluihin.

**Päihdeasumis- ja päiväpalveluiden ja OYS psykiatrian yhteistyötä kuvataan olevan vähän.** Yhteistyötä koettiin olevan vähän, koska päihdeasiakkaat pääsevät huonosti psykiatriselle osastolle, vaikka asiakas olisi vaikeasti psykoottinen.

### 3.2.2. Sote-keskusten kokemus yhteistyöstä

Yli puolet vastasi, että **säännöllisiä yhteistyöpalavereita mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa ei ole**. Yhdellä alueella oli päihdepalveluiden kanssa kuukausittainen palaveri. Toisella alueella yhteistyöpalaverit mielenterveyspalveluiden kanssa oli juuri aloitettu.



Yhteistyö vaihteli alueittain, mutta pääsääntöisesti yhteistyössä nähtiin parannettavaa. **Erityisesti tiedonkulku ja toiminnan muutoksista informoiminen koettiin puutteelliseksi.** Osa koki toiminnan suunnittelun olevan siiloutunutta, jossa toimintaa suunniteltiin oman toimialueen lähtökohdista huomiotta päätösten vaikutusta muihin. Mielenterveys- ja päihderesurssin koettiin myös vähentyneen ja olevan hankalammin saavutettava perusterveydenhuollon näkökulmasta. Päihdetyön osalta useampi mainitsi, että vastuut ovat edelleen epäselvät.

Yhteistyössä OYS psykiatrian kanssa oli haasteita, erityisesti tiedonkulussa ja yhteistyössä. **Yhteistyötä oli vähän, ja viestintä oli osin yksipuolista, esimerkiksi sähköpostilla tieto vastuiden siirtämisestä OYS psykiatrialta terveyden- ja sairaanhoidon toimialueelle.** Eräällä palvelualueella oli vastaanottojen tietämättä siirretty mielenterveyspalveluista palveluja heidän tehtäväkseen.

**Yhteistyötä toivottiin kehitettävän,** jotta yhteiset tavoitteet selkiytyvät ja hoitoketjuja kehitettäisiin konkreettisesti. Yhteistyön toivottiin lisäävän ymmärrystä eri osapuolien tilanteesta ja mahdollisuuksista. **Päätöksenteon toivottiin kehittyvän enemmän vuoropuhelun ja yhdessä sopimisen suuntaan.**

### 3.3 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkemys monialaisesta yhteistyötä

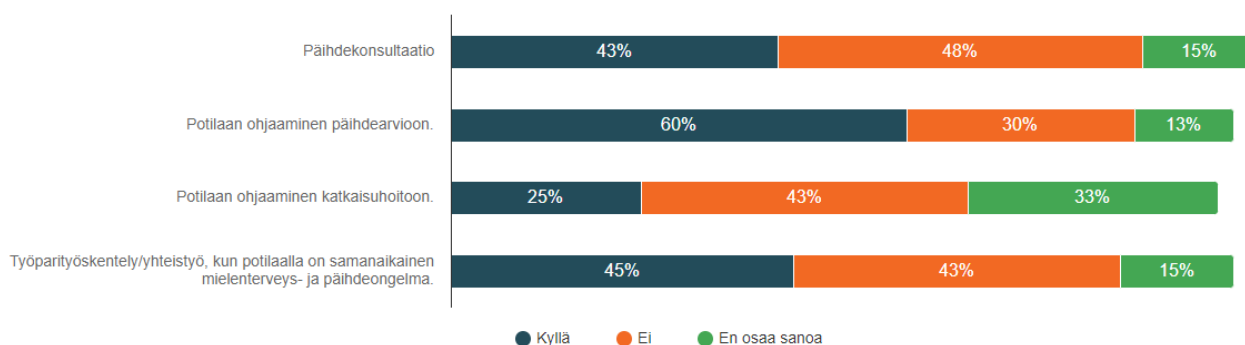
**Mielenterveystyöntekijöistä 40 % (n=16) ja päihdetyöntekijöistä 19 % (n=5) koki, että samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastava henkilö pääsee hoitoon ns. yhden luukun periaatteella.** Sekä mielenterveys- että päihdetyöntekijät kokivat esteeksi yhden luukun periaatteen toteutumiselle sen, että päihde- ja mielenterveystyö eivät ole samaa kokonaisuutta. Useat kommentoivat, että päihdetyö- ja mielenterveystyö ovat Pohteella erillään, ja nykyinen hallinnollinen sijoittelu on vienyt ne kauas toisistaan. Yhteistyön koettiin vaikeutuneen, ja työnjako koettiin epäselvänä. Vastauksista kävi ilmi, että asiakas joutuu pääsääntöisesti jonottamaan erikseen hoitoa sekä mielenterveys- että päihdehoitoon.

**Monet mielenterveyspalveluiden hoitajista kommentoivat, että päihdehäiriö pitää hoitaa ensin,** jonka jälkeen hoidetaan mielenterveysongelma. Asiakkaalta edellytettiin puolen vuoden päihdehoitoa jaksossa, että hänet otetaan mielenterveyspalveluihin.

**Päihdetyöntekijät kommentoivat, että päihdeongelma estää mielenterveyshoitoon pääsyn erityisesti aktiivikäyttäjien osalta, vaikka mielenterveysongelmat olisivat syy käyttää päihteitä tai kun mielenterveysongelma on akuutti.** Päihdetyöntekijöiden mukaan päihdeongelmainen voi jäädä ilman mielenterveyshoitoa, vaikka hänen päihderiippuvuutensa olisi hallinnassa.

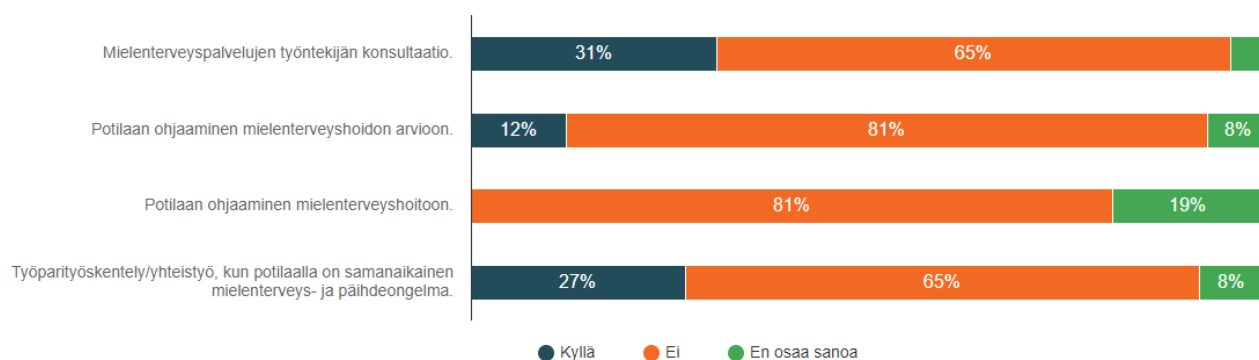
**78 % (n= 31) mielenterveystyöntekijöistä koki, että päihdetyöntekijän konsultaatio onnistuu sujuvasti. 55 % (n=22) vastaajista koki, että he saivat sovittua asiakkaalle joustavasti ajan päihdearvioon.** Vastaavasti **päihdetyöntekijöistä 38 % (n=10) koki, että mielenterveyspalveluiden työntekijän konsultaatio onnistuu sujuvasti.** Ainostaan **yksi työntekijä koki, että he saivat sovittua asiakkaalle joustavasti ajan mielenterveyspalveluiden arvioon.**

Epäselvyydet toimintatavoissa tuli esille seuraavissa vastauksissa. **Mielenterveystyöntekijöistä ainostaan 43 % (n=17) koki toimintatavat päihdekonsultaation saamiseksi selkeiksi** (kuva 3). Katkohoitoon ohjaamisen koki selkeänä 15 % (n=10) ja toimintatavat työparityöskentelyyn/yhteistyöhön päihdetyöntekijän kanssa 45 % (n=18). **Potilaan ohjaamisen päihdearvioon koki selkeänä 60 % (n=24).**



Kuva 2. Mielenterveystyöntekijöiden kokemus toimintatapojen selkeydestä.

**Päihdetyöntekijöistä ei yksikään vastaaja kokenut, että toimintatavat potilaan ohjaamiseksi mielenterveyshoitoon olisivat selkeät** (kuva 4). Mielenterveyspalvelujen työntekijän konsultoinnin koki selkeänä 31 % (n=8), potilaan ohjaamisen mielenterveysshoidon arvioon 12 % (n=3) ja työparityöskentelyn/yhteistyö mielenterveyspalveluiden työntekijän kanssa 27 % (n=7).



Kuva 3. Päihdetyöntekijöiden kokemus toimintatapojen selkeydestä.

**Mielenterveyspalveluiden työntekijöistä 70 % (n=28) koki samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavaa henkilöä hoidettavan jaksottaisen hoitomallin mukaisesti** (ensin päihdeongelma ja sitten mielenterveysongelma). **Päihdetyöntekijöistä 85 % (n=22) koki hoitomallin olevan jaksottainen.** Mielenterveystyöntekijöistä ainoastaan 7,5 % (n=3) ja päihdetyöntekijöistä 3,9 % (n=1) koki mielenterveys- ja päihdehoitoa toteutettavan integroidusti yhtä aikaa.

**Palveluihin pääsy riittävän nopeasti arvioitiin huonoksi.** Mielenterveystyöntekijöistä 45 % (n=18) koki, että päihdearvioon pääsee riittävän nopeasti, katkaisuhuoltoon pääsytyn 25 % (n=10), korvaushoitoon pääsytyn 15 % (n=6), psykiatriseen hoitoon pääsytyn akuutissa itsemurhavaarassa 50 % (n=20) ja psykiatriseen sairaalahoitoon pääsytyn muussa akuutissa tilanteessa 48 % (n=19).

Päihdetyöntekijöistä 15 % (n=4) koki, että mielenterveysshoidon arvioon pääsee riittävän nopeasti. Mielenterveyshoitoon pääsy oli riittävän nopeaa 8 % (n=2) mielestä, psykiatriseen hoitoon pääsy akuutissa itsemurhavaarassa 31 % (n=8) ja psykiatriseen sairaalahoitoon pääsy muussa akuutissa tilanteessa 15 % (n=4) mielestä.

Kysyttäessä onko samanaikaista mielenterveys- ja päihdeongelmaa sairastavan vastuutahot selkeät, **päihdehoidon vastuutaho oli selkeä 53 %:lle (n=21) mielenterveystyöntekijöistä ja 54 %:lle (n=14) päihdetyöntekijöistä.** Mielenterveysshoidon vastuutahon oli selkeä 70 %:lle (n=28) mielenterveystyöntekijöistä ja 23 %:lle (n=6) päihdetyöntekijöistä. **Potilaan kokonaisuhoitoon vastuutaho oli selkeä 15 %:lle (n=6) mielenterveys- ja 3,8 %:lle (n=1) päihdetyöntekijöistä.**

**13 % (n=4) mielenterveystyöntekijöistä ja 7,7 % (n=2) päihdetyöntekijöistä koki, että samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavalle oli nimetty vastuutyöntekijä.**

Kun asiakkaalla oli hoito sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa, **tiedonkulun koki riittäväksi 40 % (n=16) mielenterveystyöntekijöistä ja 19 % (n=5) päihdetyöntekijöistä.** Yhteisiä verkostopalavereita koki olevan säännöllisesti 13 % (n=3) mielenterveystyöntekijöistä, mutta 0 % päihdetyöntekijöistä. **Mielenterveys- ja päihdepalveluiden välisen yhteistyön koki sujuvaksi 53 % (n=21) mielenterveystyöntekijöistä ja 8 % (n=2) päihdetyöntekijöistä.**

**12 % (n=5) mielenterveystyöntekijöistä koki, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä on yhteistyöpalavereita,** joissa kehitetään ja arvioidaan monialaista yhteistyötä sekä sovitaan yhteisistä toimintatavoista. **Päihdepalveluista näin ei kokenut yksikään vastaajista.**

Taulukko 1 osoittaa, että **vain pieni osa työntekijöistä kokee valmiutensa hoitaa samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavaa asiakasta riittäviksi.** Suurin osa kokee valmiutensa jonkin verran puutteelliseksi tai melko riittämättömäksi.

Miten koet ovat valmiutesi samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan potilaan hoitamiseen?		
	Mielenterveystyöntekijä	Päihdetyöntekijä
<b>Riittävät</b>	26,3 % (n=10)	15,4 % (n=4)
<b>Jonkin verran puutteelliset</b>	29 % (n=11)	53,8 % (n=14)
<b>Melko riittämätön</b>	42,1 % (n=16)	15,4 % (n=4)
<b>Täysin riittämätön</b>	2,6 % (n=1)	15,4 % (n=4)

Taulukko 1. Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden kokemus valmiudestaan hoitaa samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä.

Avoimessa palautteessa otettiin kantaa siihen, että **päihde- ja mielenterveystyön pitäisi olla hallinnollisesti samassa yksikössä ja saman esihenkilön alla.** Organisoitumismalli koettiin ennen hyvinvointialueelle siirtymistä selkeämmäksi, ja yhteistyö oli toiminut paremmin. Nyt oli tiedonkulkuongelmia ja epäselvyyttä toimintatavoista. Useat toivat esille myös sen, että kun päihdetyö on sosiaalipalvelua, niin mielenterveyspalveluissa ei nähdä enää heidän asiakaskäyntien kirjauksia. Samalla ihmeteltiin sitä, että päihdepuoli pystyy katsomaan mielenterveyspalveluiden potilasasiakirjamerkintöjä. **Eri lainsäädännön alla oleminen toi myös epäselvyyttä yhteistyöhön.** Työntekijät toivoivat ohjeita yhteistyön tekemiseen, jotta he eivät riko lakia vaitiolovelvollisuuden osalta.

Osa hoitajista kommentoi, että **samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä pitäisi hoitaa yhtä aikaa.** Lisäksi **moniammatilliseen yhteistyöhön palveluiden kesken oli halukkuutta ja toivottiin yhteistyöpalavereita yhteistyön kehittämiseksi.** Yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalveluiden kesken koettiin aikaa säästäväksi ja edistävän asiakaslähtöistä sekä kokonaisvaltaista hoitoa.

Päihdetyöntekijä toi myös esille sen, että osa päihdehoidossa olevista asiakkaista ei ole valmis hoitamaan päihdeongelmaa mielenterveysongelman takia. Mielenterveyspalveluiden ei taas pääse päihdeongelman takia, joten asiakkaan hoito ei etene. **Mielenterveys- ja päihdehoidon tulisi edetä käsi kädessä, jotta asiakasta voisi auttaa.**

### 3.4 Asiakkaiden kokemus palveluiden toimivuudesta

Kyselyyn pyydettiin vastauksia henkilöiltä, joilla on samanaikainen mielenterveys- ja päihderiippuvuusongelma. **Suurin osa vastaajista oli Oulun palvelualueelta.** Toiseksi eniten vastaajia oli Laakeuden palvelualueelta. (Taulukko 6).

Palvelualue	Lukumäärä	%
Oulu	16	48,5 %
Lakeus	11	33,4 %
Rannikko	1	3,0 %
Oulunkaari	2	6,1 %
Oulun eteläinen	3	9,1 %
Koillismaa	0	0 %
<b>Yhteensä</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>

Taulukko 6. Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden jakautuminen eri palvelualueille.

Vastaajista suurin osa oli hakenut apua ensin päihdeongelmaan (73 %, n=24). Näistä asiakkaista 46 % (n=11) ilmoitti, että ei ole saanut hoitoa mielenterveysongelmaan (taulukko 7). Reilun kolmasosan kohdalla päihdepalveluista oli oltu yhteydessä mielenterveyspalveluihin, ja vastaajista 21 %:lle oli järjestynyt mielenterveyshoito tätä kautta. Heistä 16,7 % (n=4) odotti hoidon alkua. Vastaajista 17 % (n=4) ilmoitti, että joutui hakeutumaan itse mielenterveyspalveluihin.

Mielenterveyshoidon järjestymisen päihdepalveluiden kautta	Lukumäärä	%
Kyllä. Hoitaja/lääkäri oli yhteydessä mielenterveyspalveluihin ja hoito järjestyi tätä kautta.	5	20,8 %
Hoitaja on ollut yhteydessä mielenterveyspalveluihin, mutta hoito ei ole vielä alkanut.	4	16,7 %
Ei, jouduin hakeutumaan itse mielenterveyspalveluihin.	4	16,7 %
<b>En ole saanut hoitoa mielenterveysongelmaan.</b>	<b>11</b>	<b>45,8 %</b>

Taulukko 7. Vastaus kysymykseen: "Kun hakeuduit päihdepalveluihin, niin järjestettiinkö sinulle sitä kautta hoitoa myös mielenterveysongelmaan?"

Vastaajista 27 % (n=9) haki ensimmäiseksi hoitoa mielenterveysongelmaan. Heistä 44 % (n=4) päihdehoito järjestyi mielenterveyspalveluiden kautta ja 44 % (n=4) joutui hakeutumaan itse päihdepalveluihin (taulukko 8).

Päihdehoidon järjestymisen mielenterveyspalveluiden kautta	Lukumäärä	%
Kyllä. Hoitaja/lääkäri oli yhteydessä päihdepalveluihin ja hoito järjestyi tätä kautta.	4	44,4 %
Hoitaja on ollut yhteydessä päihdepalveluihin, mutta hoito ei ole vielä alkanut.	0	0 %
Ei, jouduin hakeutumaan itse päihdepalveluihin.	4	44,4 %
<b>En ole saanut hoitoa päihderiippuvuuteen.</b>	<b>1</b>	<b>11,1 %</b>

Taulukko 8. Vastaus kysymykseen: "Kun hakeuduit mielenterveyspalveluihin, niin järjestettiinkö sinulle sitä kautta hoitoa myös päihderiippuvuuteen?"

Vastaajista 39 % (n=13) koki, että mielenterveysongelma vaikeuttaa päihdepalveluihin pääsyä. Vastaajista 15 % (n=5) oli joutunut salaamaan mielenterveysongelman saadakseen hoitoa päihdepalveluissa. Vastaavasti 70 % (n=23) vastaajista koki, että päihdeongelma vaikeuttaa mielenterveyshoitoon pääsyä. Vastaajista 37 % (n=12) ilmoitti joutuneensa salaamaan päihderiippuvuusongelman saadakseen hoitoa mielenterveyspalveluissa.

Asiakkaiden mielenterveys- ja päihdehoito olivat järjestetty eri tavoin (taulukko 9). Vastaajista 40,6 % (n=13) oli hoito sekä mielenterveys- että päihdeongelmaan. Puolella vastaajista oli hoito vain päihdeongelmaan.

	Lukumäärä	%
Sama hoitaja/lääkäri hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmaa.	8	25,0 %
Päihdehoitoa saan päihdepalveluista ja mielenterveyshoitoa saan mielenterveyspalveluista.	5	15,6 %
Saan tällä hetkellä hoitoa vain päihdeongelmaan.	16	50,0 %
Saan tällä hetkellä hoitoa vain mielenterveysongelmaan.	3	9,4 %

Taulukko 9. Vastaus kysymykseen: "Miten hoitosi on järjestetty?"

Asiakkaiden näkökulmasta **yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä toteutui vaihtelevasti. 46 % (n=15) asiakkaista koki, ettei yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä ollut, eikä myöskään yhteisiä tapaamisia.** Vastaaajista 30 % (n=10) koki, että asiakkaan asioista oli pidetty säännöllisiä palaverieja mielenterveys- ja päihdepalveluiden työntekijöiden kanssa. Yksi vastaaja ilmoitti, että yhteistapaamisia ei ollut, koska asiakas itse ei tätä halunnut.

Niistä vastaajista, jotka olivat mielenterveys- ja/tai päihdepalveluiden asiakkaina, **73 % (n=24) oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon.** Tyytymättömiä oli 27 % (n=9).

Avoimissa vastauksissa yleisimmin kommentoitu asia oli päihdeongelmaisen vaikeus saada mielenterveyshoitoa. Vastauksissa korostui se, että **päihdeongelmaisen tulisi saada helpommin mielenterveyshoitoa.** Osa kirjoitti päihdeongelman johtuvan nimenomaan mielenterveysongelmasta, jolloin päihdeiden käytöstä haettiin apua esimerkiksi voimakkaaseen ahdistukseen. Erityisesti korvaushoidon asiakkuuden koettiin estävän mielenterveyshoitoon pääsyn. Yksi kirjoitti hänen mielenterveyshoitonsa päättyneen, kun hän oli kertonut päihdeongelmastaan.

Toiseksi kommentoiduin asia oli korvaushoidon sisältö. Useat kommentoivat sitä, että **korvaushoidossa oleville ei tarjota psykososiaalisen tuen aikoja, eikä kaikilla asiakkailla ole omahoitajaa.** Osa oli ollut vuosia korvaushoidossa ilman psykososiaalisen tuen keskusteluaikoja. Osa koki jääneensä päihdeongelmansa kanssa yksin. Korvaushoitolaisille toivottiin myös aktiviteettiryhmiä.

Päihdehoitoon pääsyä kommentoitiin myös. **Päihdehoitoon nähtiin tärkeänä päästä silloin, kun asiakkaalla on itsellään motivaatio hoitaa päihderiippuvuusongelmaansa.** Etenkin laitostuntoutukseen pääsy koettiin vaikeana. Vastauksissa nousi esille myös ikäkysymys. Nuoren iän koettiin vaikeuttaneen päihdehoidon saamista. Vastauksessa käy myös ilmi, että hoitokeinovalikoimassa tulisi huomioida nuoret nykyistä paremmin.

Yksittäisissä kommentteissa nousi esille monialainen yhteistyö ja hoitovastuun siirrot. Eräs vastaaja oli saanut monien vaiheiden kautta sekä mielenterveys- että päihdehoidon itselleen. **Hän totesi molempien hoitojen toimivan samaan aikaan, mutta erikseen. Tieto välittyi asiakkaan kautta mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä.**

Hoitovastuun siirroissa palveluista toiseen tai palvelualueelta toiselle nähtiin myös haasteita. Näissä tilanteissa **asiakkaat joutuivat olemaan aktiivisia hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi.**

### 3.5 Mielenterveys- ja päihdejärjestöjen näkemys hoitoon pääsystä ja hoidosta

Järjestöistä saatujen palautteiden perusteella, **samanaikaista mielenterveys- ja päihderiippuvuushäiriötä sairastavan on edelleen vaikea saada hoitoa molempiin ongelmiin.** Mielenterveysongelmaan ei saa hoitoa ennen kuin päihdeongelma on ratkaistu. Järjestöt havaitsevat edelleen myös **asiakkaiden pallottelua luukulta toiselle:** mielenterveyspalveluissa sanotaan, että päihdeongelma pitää ratkaista ensin, ja päihdepalveluissa kehoitetaan hoitamaan mielenterveysongelma ensin. Mielenterveyspalveluihin pääsy samanaikaisesti tai joustavasti päihdetilanteen vakautuessa



näyttäytyy haasteellisena. Kokemus oli, että mielenterveys- ja päihdehoitoa on vaikea saada samanaikaisesti, **eikä moniammatillinen yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalvelujen välillä toteudu.**

Osa järjestöistä kommentoi kuulevansa usein, että **päihdeongelmainen jää ilman asianmukaista mielenterveyshoitoa.** Järjestöistä muistutetaan, että päihteet voivat olla asiakkaalle keino lievittää mielenterveysoireita, esimerkiksi ahdistusta. Päihteetön elämä ei ole useinkaan vaihtoehto ennen kuin päihteiden tilalle löytyy muita oireilua helpottavia keinoja. Päihde- ja mielenterveystyön tulisi entistä vahvemmin kulkea rinnakkain, että henkilöt saisivat asianmukaisen ja oikea-aikaisen hoidon.

**Päihderiippuvuusongelmaa saatetaan myös salata, että alkanut hoito mielenterveyspalveluissa jatkuu.** Mikäli asiakas on päässyt mielenterveyspalveluihin, niin hän ei uskalla kertoa omasta päihteiden käytöstään, jotta hoito ei lopeteta. Hoitokontaktia ei haluta menettää, etenkin traumataustaisten ihmisten kohdalla suurin osa pelkää menettävänsä psykiatrian hoitokontaktin.

**Palvelut näyttäytyivät järjestöihin päin osin pirstaleisena.** Kokemus on, että **ammattilaiset kommunikoivat liian vähän keskenään, eivätkä hoitopolut ole selkeitä.** Asiakkaan avun saaminen ja autetuksi tuleminen nähdään vaikeana. Järjestöt kommentoivat runsaasti hoitoon pääsyn vaikeutta ja pitkiä jonoja sekä hoitoon käytettyjä resursseja. Erityisesti kommentoitiin sitä, että päihdeongelmaisen tulisi päästä silloin hoitoon, kun hänellä on motivaatio hoitaa itseään. Haasteena nähtiin myös se, että Pohteella ei ole tarjota mitään tukea asiakkaan jonottaessa hoitoon.

Kun asiakas on päässyt hoitoon ja omahoitaja nimetty, niin asioiden koettiin helpottuvan. **Asiakkaiden saama hoito koettiin pääosin hyvänä.**

Palveluissa nähtiin olevan paljon kokeneita ja isolla sydämellä työtään tekeviä **ammattilaisia, jotka tekevät työtä asiakaslähtöisesti, yksilölliset tarpeet huomioiden.** Asiakkaat ovat kuvanneet kohtaamisen olevan arvostavaa, jolloin kynnys hoitoon hakeutumiseksi on riittävän matalalla. Ammattilaisilla nähtiin olevan pääsääntöisesti hyvin osaamista riippuvuuksiin ja samanaikaiseen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitoon liittyen.

Palautteissa kuvattiin myös **negatiivisia kokemuksia.** Päihdepalveluihin liittyen järjestöt saivat kommentteja siitä, että **asiakasta ei aina kuunnella, eikä häntä huomioida yksilöllisesti, vaan kaikkia hoidetaan saman kaavan mukaan.** Järjestöt näkivät tärkeänä kokonaisvaltaisen hoidon, selkeät ja yksilölliset suunnitelmat sekä asiakkaan mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Järjestöiltä tuli myös havainto, että **palveluissa esiintyy asiakkaisiin kohdistuvaa vallankäyttöä.** Vallankäyttöön viittaavia kommentteja nousi esille eri palautteissa, mm. lääkityksen muuttamista ilman keskustelua asiakkaan kanssa tai hoidon lopettamista ilman keskustelua asiakkaan kanssa.

### 3.5.1. Erityisiä haasteita hoitoon pääsyssä tai hoidossa

Järjestöt nostivat esille omaisten tuen saannin ja ohjaamisen järjestöjen vertaistuen piiriin. **Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten omaiset kokevat usein, että he ovat kokeneet jääneensä yksin kuormittavassa tilanteessa, ilman tietoa siitä, mistä voisivat saada tukea itselleen.** Läheisen päästyä sairaalahoitoon, omaiset toivovat, että heitä opastettaisiin tuen piiriin.

Omaiset kokevat myös, että **potilaan itsemääräämisoikeus vaikeissa mielenterveyden kriisitilanteissa on liian suuri, eikä omaisen sanaan luoteta riittävästi tilanteen arvioinnissa.** Vanhemmillä saattaa olla kokemus, että heidän huoltansa vähätellään. Omaiset ilmaisevat myös huolensa liian lyhyistä osastohoitojaksoista sekä jatkohoidon riittämättömyydestä sairaalahoidon päätyttyä.



Päihdepalveluiden osalta nousi esille myös tilanne, jossa asiakas ja hänen läheisensä ovat molemmat päihderiippuvaisia. Tällöin läheinen ei ole saanut lupaa osallistua puolison päihdehoitoon/käynteihin. Huomioitavaa on, että myös päihderiippuvaiset läheiset tarvitsevat apua tai tukea läheisen roolissaan.

Osa vastaajista koki, että **hoito on epätasalaatuista. Pääosin ammattilaiset koettiin erittäin ammattitaitoisiksi. Palveluissa koettiin olevan myös työntekijöitä, joiden toteuttamat hoitokäynnit koostuvat pääasiassa kuulumisten vaihtamisesta ja kevyestä keskustelusta**, jonka jälkeen asiakkaalle annetaan uusi aika viikkojen päähän. Asiakas on voinut toivoa tiiviimpää tukea ja syvällisempää työskentelyä, mutta tämä ei ole toteutunut.

**Järjestöt esittivät huolensa myös työntekijöiden vaihtuvuudesta.** Luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen vie aikaa, mutta pahimmillaan samalla asiakkaalla on voinut olla vuoden aikana neljäkin uutta työntekijää.

**Korvaushoidon osalta ongelmana nähtiin se, että asiakkaat eivät saa psykososiaalista kuntoutusta. Hoito koettiin hyvin läikehoitopainotteiseksi.** Asiakkaat olisivat kaivanneet tukea ja työkaluja päihdeettömän elämän tavoittelemiseen. Psykososiaalisen tuen puute johtaa siihen, että asiakkaat jatkavat usein päihdeiden käyttöä korvaushoidon ohessa. Psykososiaalisen tuen puute turhautti asiakkaita ja aiheutti monenlaisia lisäongelmia heidän elämässään.

Palautetta tuli myös **vaikeudesta saada päihdekuntoutusta.** Päihdekuntoutukseen pääsystä nähtiin myös epätasapuolisuutta, ja oli havaintoja siitä, että päihdekuntoutukseen pääsee helpommin työikäiset ja perheelliset.

Järjestöistä otettiin kantaa myös siihen, että **päihdeavohoitoon tulisi päästä myös silloin, jos henkilö käyttää alkoholia ja haluaisi vain keskusteluapua.** Täysraittiuuden ei pitäisi olla hoitoon pääsyn edellytys. Samoin **niiden henkilöiden tulisi saada tukea ja hoitoa, jotka käyttävät useaa päihdettä, mutta haluaisivat lopettaa niistä esimerkiksi vain osan.**

Hoitoon pääsy osalta nähtiin haastavana ja epätasa-arvoisena myös se, että **päihderiippuvaisen on vaikea, lähes mahdoton saada ADHD diagnooseja ja lääkitystä.** Tutkimuksiin on vaikea päästä tai niitä joutuu odottamaan pitkään.

Palautteissa nousi esille myös henkilöstön asenne ja taito kohdata päihdeasiakas. Ammattilaisten asenteissa ja tavassa kohdata kohderyhmän ihmisiä nähtiin korjattavaa. **Mielenterveyspalveluissa ja psykiatrialla päihdeasiakkaiden kohtaaminen koetaan joissakin tilanteissa asenteelliseksi.** Osalla työntekijöistä kohtaaminen on hyvää ja asiallista, osalla taas ei.

**Asiakkaisiin kohdistuva stigma näyttäytyy valitettavan usein edelleen myös mm. peruspalveluissa.** Haavoittuvimmassa asemassa olevat ihmiset saavat huonoa kohtelua eri palveluissa, eikä heidän koeta saavan yhtä hyvää ja tasavertaista hoitoa kuin muut ihmiset.

Asiakkailla on haasteita saada asianmukaista hoitoa somaattisiin sairauksiin. Asiakkaat raportoivat jatkuvasti siitä, kuinka **heitä kohdellaan vähättelevästi, jopa töykeästi.** Pitkäaikaiset, **somaattisten sairauksien lääkitykset on vaikea saada uusituksi**, kun perusterveydenhuollosta asiakasta ohjataan uusimaan reseptit päihdepalveluissa. Päihdepalveluissa taas ilmoitetaan, että he eivät uusi asiakkaan fyysisiin vaivoihin liittyviä lääkityksiä. Toinen esimerkki on **päihdetaustaisen henkilön ajokorttiasiat, jotka vaativat selkeyttämistä.** Perusterveydenhuolto ohjaa päihdepalveluihin ja päihdepalvelut ohjaavat perusterveydenhuoltoon.

### 3.5.2. Myönteistä toiminnassa

**Palveluiden jalkauttaminen hyvinvointikeskuksiin nähtiin hyvänä asiana. Myös uudet matalan kynnyksen palvelut**, kuten ensilinja, digitaalisen sotekeskuksen psykiatrian sairaanhoitajan vastaanotto ja terapianavigaattori **saivat kiitosta**.

**Yhteistyön ja asiakasohjauksen järjestöihin koettiin toteutuvan hyvin**. Etenkin kokeneiden mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden koettiin osaavan ohjata asiakkaita ja heidän läheisiään järjestöjen tuen piiriin.

**Oulun päihdepäivystys sai kiitosta**. Sen kautta saatiin apua akuutteihin tilanteisiin. Palautteen mukaan, päihdepäivystyksen ammattilaiset osaavat kohdata asiakkaan oikein ja alkavat rakentamaan hoitopolkua heti ensimmäiseltä käynniltä. Katkaisuhoitoon koettiin pääsevän jouhevasti myös päihdepäivystyksen kautta. **Järjestöt kertoivat kuulevansa asiakkailta hyvää palautetta myös Huilin, Katuklinikan ja Vinkin toiminnasta**. Lisäksi **korvaushoitopolku ja c-hepatiitin hoitopolku koettiin selkeiksi**.

**Hyvänä nähtiin myös se, että hyvinvointialueella halutaan kehittää palveluita**. Osaksi myös asenneilmapiirin nähdään parantuneen, ja päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten asioihin/palveluihin halutaan aidosti muutosta.

### 3.5.3. Kehittämiskohteet

Useat ottivat kantaa siihen, että **Pohde.fi sivut ovat vaikeaselkoiset ja sieltä on vaikea löytää paikallisten palveluiden yhteystietoja**. Toivottiin myös, että yleisnumeroiden lisäksi olisi yhteystietoja työntekijöille. Puhelinnumeroissa oli havaittu myös päivitettäviä tietoja.

Huolena nähtiin, että hoitoon hakeutumiskynnys voi nousta, jos yhteystietojen löytyminen on vaikeaa. Osa kaipasi asiakkaille suunnattua ohjaus-/neuvontanumeroa, jonne voi soittaa nimettömänä.

Järjestöt kommentoivat, että **hoidon tulisi olla oikea-aikaista ja riittävän tiivistä hoidon alusta alkaen**. Lisäksi **päihderiippuvuus ei saisi estää mielenterveyshoidon saamista**. Asiakkaita tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti ja moniammatillisesti eikä palveluiden pirstaleisuus saisi heijastua asiakaskäyttöön. Mielenterveystyön pitää olla selkeämmin ja vahvemmin osa päihdetyötä. Osa kommentoi, että **mielenterveys- ja päihdepalveluihin tarvitaan tiedon lisäämistä ja koulutusta, jotta mielenterveys- ja päihdeongelmia olisi mahdollista hoitaa rinnakkain**.

**Opioidikorvaushoidossa tulisi olla tarjolla tiivistä psykososiaalista tukea sekä riippuvuudesta että mielenterveysongelmista kuntoutumiseen**. Pelkkä lääke ei kuntouta ihmistä.

**Hoidon jatkuvuuteen laitoshoidon jälkeen toivotaan myös kiinnitettävän huomiota**. Asiakas ei saisi jäädä ilman asianmukaista tukea kotiuduttuaan. **Huomiota toivottiin kiinnitettävän vahvemmin myös nais erityisyyden huomioimiseen päihdetyössä**. Naisten asema päihdemaailmassa on huono ja he tarvitsevat enemmän heille kohdennettuja palveluita.

Osa järjestöistä koki, että **julkiset palvelut voisivat hyödyntää vielä tehokkaammin järjestötoimijoita ja ohjata asiakaskuntaa vertaistuen piiriin**. Osalla oli myös kokemus, että yhteistyöhön ei ollut halukkuutta tai heidän toimintaansa ei oikein tunnettu. Kokemus vaihteli osin palvelualueittain, ja yhteistyö oli aktiivisinta ja monipuolisinta Oulussa, jossa järjestötoimintaa on tarjolla enemmän.

## 4. JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvioinnissa selvitettiin monialaisen yhteistyön toteutumista aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta ja palvelujen yhteensovittamista.

Keskeisenä johtopäätöksenä voidaan todeta, että **monialainen yhteistyö toteutuu heikosti mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä. Palvelujärjestelmällä on vaikeuksia tuottaa palvelut yhteen sovitusti asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioiden.** Havaintojen perusteella strategian ja järjestämissuunnitelman tavoitteet palveluiden yhteensovittamisesta ja monialaisesta yhteistyöstä vaativat vielä konkreettisia toimenpiteitä, jotta näihin tavoitteisiin päästään. Palvelujen yhteensovittamisessa ja monialainen yhteistyön toteutumisessa on haasteita esihenkilöiden, työntekijöiden, asiakkaiden ja järjestöjen näkökulmasta.

**Samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien on vaikea saada hoitoa molempiin ongelmiinsa. Erityisen vahvana näyttäytyvät asenteet päihderiippuvuushäiriötä kohtaan.** Päihderiippuvuushäiriö vaikeuttaa asiakkaan tarvitseman mielenterveysarvion tai hoidon saamista. Erityisesti hoidon saatavuuden epätasa-arvo kohdistuu korvaushoidossa oleviin asiakkaisiin. Mielenterveyshoitoon pääsy näyttäytyy haastavana, vaikka asiakkaan päihderiippuvuus olisi hallinnassa tai jos asiakkaan päihdeiden käyttö johtuu mielenterveysongelmista.

Päihdeasiakkaan mielenterveyshoitoon pääsyn vaikeus näyttäytyy ongelmallisena potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevän lain (1992/785) näkökulmasta. **Palautteiden perusteella päihderiippuvuusongelmaisten mielenterveyshoidon tarvetta ei arvioida yksilöllisesti, vaan pelkkä tieto päihderiippuvuusongelmasta riittää estämään asiakkaan mielenterveyshoidon.** Lisäksi hoitoon pääsyn ehdoksi saatetaan asettaa puolen vuoden raittius, vaikka asiakkaalla olisi akuutti mielenterveysongelma. Palautteiden perusteella mielenterveyshoitoon pääsy on vaikeaa senkin jälkeen, kun asiakkaan päihderiippuvuusongelma on ollut hallinnassa jo pidempään.

Esihenkilöiden vastauksista nousi esille, että **päihdepalveluissa ostetaan psykofyysistä fysioterapiata asiakkaille vain sen vuoksi, jotta he saisivat edes jotakin mielenterveyshoitoa.** Tämän palveluoston tarkoituksenmukaisuutta on hyvä arvioida tarkemmin asiakkaiden todellisen hoidon tarpeen, hoidon vaikuttavuuden ja kustannusten kannalta. Samalla tulee edistää toimenpiteitä mielenterveyshoidon saatavuuden parantamiseksi.

**Samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavan hoitomalli vaikuttaa jäsentymättömältä ja epätasapuoliselta. Hoitomalli riippuu kunnasta ja työntekijöistä,** jotka hoitoa antavat. Tässä vaiheessa hyvinvointialueen toimintaa ei ole arvioitu eikä yhdenmukaista hoitomallia ohjeistettu. Tulevan hoitomallin valinnassa on syytä tukeutua tutkimusnäyttöön, jotta asiakkaat saavat vaikuttavaa hoitoa. Hoitomallin valinnalla on iso merkitys sekä asiakkaiden että heidän omaisten kannalta, mutta myös yhteiskunnalle aiheutuvien kustannusten osalta.

Havaintojen perusteella, **nykyiset toimintamallit eivät tuota samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavalle riittävää terveyshyötyä ja hoidon vaikuttavuus jää vajaan.** Pom-pottelu luukulta toiselle ja vain toisen ongelman hoitaminen pitkittävät avun saamista toiseen häiriöön, ja tuottavat tätä kautta asiakkaalle ja hänen läheisilleen haasteita arjessa pärjäämisessä.

Esihenkilöiden ja työntekijöiden vastausten perusteella monialaisen yhteistyön rakenteet ovat vielä osin jäsentymättömät. **Esihenkilö- ja työntekijätasolta puuttuvat sellaiset yhteistyörakenteet,**

**jotka mahdollistavat monialaisen yhteistyön ja palvelujen sisällöllisen kehittämisen yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.** Johto on vastuussa, että työntekijöiden yhteistyölle on olemassa sovitut rakenteet ja pelisäännöt, jotka mahdollistavat työntekijän monialaisen työskentelyn<sup>34</sup>.

Mielenterveys- ja päihdetyön yhteensovittamista hämmentää selkeästi nykyinen organisoituminen, jossa mielenterveys- ja päihdepalvelut on erotettu hallinnollisesti toisistaan. **Nykyisen organisoitumistavan koetaan eriyttäneen mielenterveys- ja päihdetyöntekijät toisistaan.** On hyvä arvioida, tukeeko nykyinen organisoitintapa hoito- ja palveluketjujen yhteensovittamista, monialaista yhteistyötä sekä kustannusvaikuttavaa ja asiakaslähtöistä tapaa hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmat.

**Henkilöstöä vaivaava epäselvyys siitä, että onko avopäihdepalvelut sosiaalipalvelua vai terveyspalvelua on tärkeä ratkaista.** Asiakkaille on iso merkitys sillä, minkä lainsäädännön perusteella päihdehoitoa tarjotaan. Mikäli palvelu katsotaan sosiaalipalveluksi, päihdehoito edellyttää palvelupäätöksen, joka on tehtävä kolmessa kuukaudessa. Mikäli palvelu tulkitaan terveydenhuolloksi, on perusterveydenhuollon hoitoon pääsyaika 14 vuorokautta ja erikoissairaanhoidon kolme tai kuusi kuukautta riippuen asiakkaan iästä. Yksiköiden on tärkeä tietää minkä lain mukaan he palvelua tarjoavat ja minkä ajan kuluessa heidän kuuluu tarjota asiakkailleen heidän tarvitsemansa hoito/palvelu.

Vastauksissa nousi esille myös työntekijöiden asenteet päihdehäiriöitä sairastavia henkilöitä kohtaan. Päihderiippuvuusongelmaiset henkilöt ovat oikeutettuja tarvitsemiinsa terveyden ja sosiaalihuollon palveluihin, mutta **tällä hetkellä heihin kohdistuu osittain stigmaa, estäen tarpeenmukaisen hoidon saamisen niin mielenterveyshoidon kuin somaattisen hoidonkin osalta.** STM on julkaissut suosituksia mielenterveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen. Yksi esitetty keino on vahvistaa kohtaavan työn ammattilaisten mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusosaamista.<sup>35</sup>

**Työntekijöistä iso osa koki, että heidän osaamisensa samanaikaisen mielenterveys- ja päihdehäiriön hoitamiseen ei ollut riittävää.** Tämä voi osaltaan selittää etenkin mielenterveyspalveluissa työskentelevien asenteita päihderiippuvuusongelmaisia kohtaan ja päihdeasiakkaan vaikeutta saada mielenterveyshoitoa. **Osaaminen voi vaikuttaa myös siihen, että päihderiippuvaisten asiakkaiden joukosta ei tunnisteta riittävän yksilöllisesti erilaisia asiakasryhmiä,** kuten asiakkaita, joilla on 1) samanaikainen mielenterveys- ja päihderiippuvuusongelma, 2) päihteiden käytöstä johutuva mielenterveysongelma tai 3) asiakkaita, jotka hoitavat päihteillä mielenterveysongelmaansa.

**Myönteistä työntekijöiden vastauksissa oli halukkuus monialaiseen yhteistyöhön.** Sen nähtiin lisäävän asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja asiakaslähtöisyyttä. Työntekijät toivoivat yhteistä kehittämistä ja selkeitä ohjeistuksia arjen työhön, mikä antaa hyvän pohjan kehittää palveluita.

Yhteenvetona voidaan todeta, että esihenkilöiden, työntekijöiden, asiakkaiden ja järjestöjen vastauksissa nousi esille samoja haasteita päihdeasiakkaan kohtelussa, mielenterveyshoidon saatavuudessa ja palvelujen yhteensovittamisessa. Keskeiset haasteet on tunnistettu. **Strategian ja järjestämissuunnitelman tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan panostusta asiakaslähtöiseen palveluiden ja monialaisen yhteistyön edistämiseen sekä johtamiseen. Mielenterveysstrategian toteutumisen osalta haasteita on erityisesti mielenterveysoikeuksien toteutumisessa sekä palvelujen oikea-aikaisessa saatavuudessa, yhteensovittamisessa ja jatkuvuudessa.**

<sup>34</sup> Hujala, A, ym. 2020. [Integroiva johtaminen.pdf \(tuni.fi\)](#). Teoksessa: Uudistuva sosiaali- ja terveysala.

<sup>35</sup> STM, [Suosituksia mielenterveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen.](#)

## 5. TARKASTUSLAUTAKUNNAN SUOSITUKSET

Johtopäätösten pohjalta tarkastuslautakunta antaa seuraavat suositukset. Osa suosituksista tarkastuslautakunta pitää välttämättöminä, jotta lainsäädännön vaatimukset toteutuvat. Osa suosituksista ovat tärkeitä toiminnan tuloksellisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden parantamisen näkökulmasta.

### Tarkastuslautakunnan suositukset

#### Suosituksset, jotka ovat välttämättömiä lainsäädännön vaatimusten noudattamiseksi:

- Päihderiippuvaisten ja samanaikaista mielenterveys- ja päihderiippuvuushäiriötä sairastavien henkilöiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulee kiinnittää huomiota terveydenhuoltolain toteutumiseen:
  - Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon on tehtävä keskenään sellaista yhteistyötä, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen ja potilaan hoidon ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve edellyttävät. (Terveydenhuoltolaki 32 §)
  - Terveydenhuoltolain mukaan päihde- ja riippuvuushoitoa sekä mielenterveyshoitoa saavalle potilaalle on turvattava hänen tarvitsemansa terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuus. (Terveydenhuoltolaki 27 § ja 28 §)
  - Päihde- ja riippuvuushoito sekä mielenterveyshoito on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 27 § ja 28 §)
  - Potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköstä toiseen tai sosiaalihuollon laitos- tai asumispalveluihin on turvattava tarpeenmukainen hoidon jatkuvuus. (Terveydenhuoltolaki 27 § ja 28 §)
- Palvelualueilla toteutettavan päihdeavohoidon osalta tulee määritellä minkä lain mukaan palvelua järjestetään.

#### Suosituksset, jotka ovat tärkeitä toiminnan tuloksellisuuden parantamiseksi:

- Samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien hoito- ja palveluketju on tärkeä kuvata hoidon sujuvuuden ja laadun varmistamiseksi kaikilla palvelualueilla.
- Korvaushoitoa on tärkeää kehittää psykososiaalisen hoidon saatavuuden osalta.
- Mielenterveys- ja päihderiippuvuusongelmia kohtaavan henkilöstön mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusosaamista tulee vahvistaa.
- Päihdetyön ja mielenterveystyön organisoitumisen vaikutuksia on tärkeä arvioida ja seurata, jotta varmistetaan palvelujen yhteen sovittaminen, riittävä monialainen yhteistyö ja asiakkaiden/potilaiden tarpeenmukainen hoito ja palvelu.