

**TURUN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOHJELMA
2011-2015**

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	3
2. OHJELMAN YLEISTÄ TAUSTAA	5
MIHIN VALTAKUNNALLISESTI JA PAIKALLISESTI VARAUDUTAAN PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSKYSYMYKSISSÄ.....	5
VALTAKUNNALLINEN JA PAIKALLINEN POLIITTINEN OHJAUS.....	7
3. OHJELMAN KESKEISET TAVOITTEET	9
4. TOIMENPITEET	10
5. SEURANTA JA ARVIOINTI.....	12
6. OHJELMAN LAATIMISEN VAIHEET	13
7. OHJELMAN HAASTEET	16
LIITTEET	17
Liite 1. Taulukko mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavasta lainsäädännöstä	18
Liite 2. Valtakunnalliset ohjelmat ja suositukset	21
Liite 3. Turun palvelurakenne ja strateginen ohjaus.....	22
Liite 4. Turun voimassaolevien strategisten asiakirjojen linjaukset mielenterveys- ja päihdetyöhön	23
LÄHTEET	24

TIIVISTELMÄ

Väestörakenteen muutos, mielenterveys- ja päihdeongelmien kehitys merkittäviksi kansansairauksiksi ja julkisen talouden haasteet muodostavat tulevaisuudennäkymän, joka rasittaa hyvinvointipalvelujen järjestämistä ja muodostaa kansalaisille hyvinvointiriskejä. Tähän tulevaisuudennäkymään varautumiseksi on alettu laatia valtakunnallisia ja paikallisia hyvinvointipoliittisia linjauksia.

Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma on laadittu voimassaolevien valtakunnallisten ja paikallisten mielenterveys- ja päihdetyön strategisten asiakirjojen linjausten edistämiseksi käytännön mielenterveys- ja päihdetyössä. Ohjelma laaditaan osana valtakunnallista KASTE-ohjelmaa ja sen Länsi 2012 – kehittämishanketta.

Edellä mainittuja strategisia linjauksia ovat **palvelujen painopisteen siirtäminen korjaavista erityis- palveluista ehkäiseviin lähipalveluihin ja terveyden edistämiseen, ohjaus eri palveluihin ja siihen liittyvä hoitoketju- tai poikkihallinnollinen yhteistyö sekä korjaavien erityispalvelujen kehittäminen**. Nämä linjaukset on työstetty ohjelma-asiakirjassa viideksi konkreettiseksi toimenpide- ehdotukseksi.

Toimenpide-ehdotusten työstämisessä on varauduttu siihen, että julkisen talouden haasteellisten tulevaisuudennäkymien vuoksi toimenpiteiden toteuttamiseen ei voida olettaa olevan käytettävissä merkittäviä lisäresursseja. Näin ollen toimenpide-ehdotukset on laadittu toteuttamiskelpoisiksi nykyresursseilla, joskin toteuttaminen edellyttää kehittämistähtoa eri hallintokunnilta, yksiköiltä ja työntekijöiltä.

Ohjelma jalkautetaan Länsi 2012- hankkeen aikana ja rahoituksella. Jalkauttamista koordinoi hanke-työntekijä ja hankkeen ohjausryhmä. Ohjelman laatimiseen on osallistunut lukuisia paikallisia toimijoita ja jalkauttamisvaiheessa ohjelmatoimenpiteet viedään laajemmin peruspalvelujen toimijoiden tarkastelua ja toteutuksen suunnittelua varten. Ohjelman toteutumista seurataan ja arvioidaan ohjausryhmän toimesta vuosina 2011 ja 2012.

1. JOHDANTO

Tämä on Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdeohjelma vuosille 2011 - 2015. Ohjelma on laadittu osana Länsi 2012 –hanketta, johon Peruspalvelulautakunta sitoutui 16.12.2009 kokouksessa vahvistetulla päätöksellä (§ 532).

Ohjelman keskeisimpänä sisältönä ovat toimenpiteet, joilla Turun kaupungin järjestämien palvelujen laajempia strategisia linjauksia pyritään toteuttamaan käytännön mielenterveys- ja päihdetyössä. Ennen tätä ohjelmaa Turussa on ollut erillisinä asiakirjoina sekä päihdeohjelma vuosille 2005 - 2010 että Mielenterveystyön kokonaissuunnitelma (2009). Kahden erillisen ohjelman yhdistämisen taustalla on Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen yhdeksi hallintokunnaksi Turussa vuonna 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli ja päihde 2009 - 2015), jossa suositellaan mielenterveys- ja päihdetyön strategista integroimista, tekee ohjelmien yhdistämisestä myös ajankohtaisen.

Mielenterveydellä ohjelmassa tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistymistä. Mielenterveysongelmilla tarkoitetaan kansainvälisen tautiluokituksen mukaisia eriasteisia mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia.

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa ja häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eli mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Ohjelmassa mainittuja päihteitä ovat tupakka, alkoholi, huumausaineet, liuotinaineet, korvikkeet ja ne lääkkeet, joilla voi olla päihdyttäviä vaikutuksia. Päihdeongelmilla tarkoitetaan päihteiden käytöstä aiheutuvia eriasteisia terveydellisiä ja sosiaalisia riskejä ja haittoja, jotka kohdistuvat päihteidenkäyttäjään ja / tai hänen läheisiinsä ja toimintaympäristöönsä. Päihderiippuvuudella tarkoitetaan kansainvälisen tautiluokituksen määrittämää fyysistä riippuvuutta eri nautintoaineista tai psyykkistä riippuvuutta, joka altistaa ihmisen fyysistä riippuvuutta aiheuttavan päihdekäytön kehittymiseen silloin, kun hän ei ole fyysisesti riippuvainen päihteestä.

Päihdetyöllä tarkoitetaan edellä mainittujen päihteiden käytöstä johtuvien riskien ja haittojen ehkäisyä, vähentämistä ja korjaamista. Päihdetyöhön kuuluvat myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen ja päihteiden saatavuuteen ja kysyntään vaikuttaminen niin, että elinolot tukevat päihdeongelmien ehkäisyä ja korjaamista. Päihdepalveluja ovat julkisen vallan omana tuotantonaan tai yhteistyössä järjestöjen, seurakuntien tai yksityissektorin kanssa järjestämät päihdepalvelut, joita päihderiippuvaisille tai heidän omaisilleen ja läheisilleen tarjotaan päihdetyön tavoitteiden saavuttamiseksi.

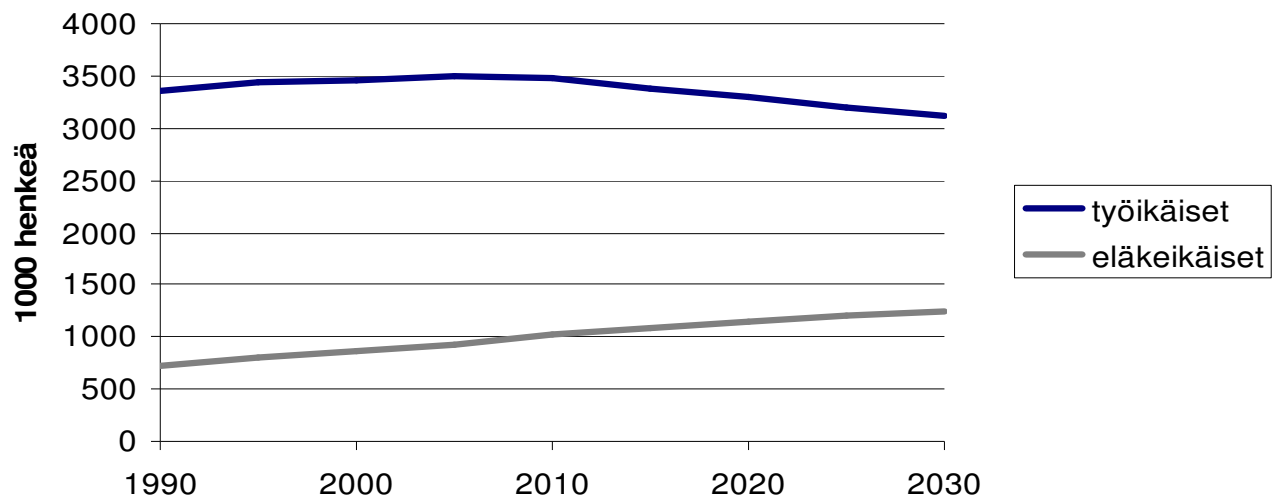
2. OHJELMAN YLEISTÄ TAUSTAA

MIHIN VALTAKUNNALLISESTI JA PAIKALLISESTI VARAUDUTAAN PÄIHDE- JA MIELEN-TERVEYSKYSYMYKSISSÄ

Kansantaloudellinen näkökulma

Suomen väestörakenne on muutoksessa. Vanhusväestön määrä suhteessa työikäiseen väestöön tulee tilastollisen arvion mukaan kasvamaan (Kuvio 1). Kansantaloudellisesti raskaimmassa tulevaisuuden näkymässä yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus väestöstä tulee kaksinkertaistumaan vuoteen 2060 mennessä. Tähän vaikuttaa vanhusväestön määrällisen kasvun lisäksi työikäisen väestön osan määrällinen väheneminen. Mikäli sosiaali- ja terveystalouden taso halutaan tulevaisuudessa säilyttää nykyisen kaltaisena, tässä näkymässä se merkitsisi mittavaa investointia vanhuspalvelujen tuottamiseen.

Väestön kehitys Suomessa 1990-2030

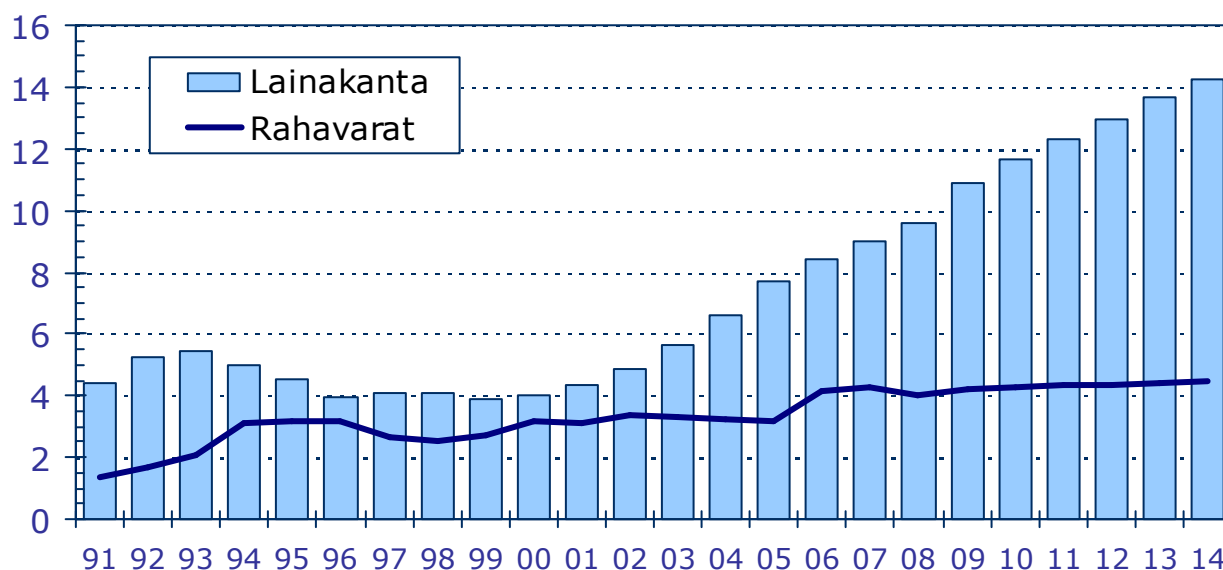


Kuvio 1. Väestön oletettu kehitys Suomessa. Lähde: Palkansaajien Tutkimuslaitos.

Kansantalouden näkökulmasta sosiaali-, terveys- ja sairaanhoitopalvelujen kasvupaineen ennakoidaan osoittautuvan väestön ikääntymisen vuoksi niin suureksi, että nykyisen kunnallisen palvelutason ylläpitäminen käy ennen pitkää taloudellisesti kestävämmäksi, mikäli palvelurakennetta ei sopeuteta muutokseen (Mäki-Lohiluoma 2009). Kuviossa 2 on esitetty kuntien lainakannan kehittyminen vuoteen 2009 saakka ja arvio kehityksestä vuoteen 2015 mennessä.

Keskeinen huolenaihe järjestelmän taloudellisen kestävyuden ohella on työvoimaresurssien riittävyys ja jakautuminen. Väestömuutoksesta johdettu kuntien peruspalvelujen henkilöstön vuosittainen lisäystarve 2010 - 2030 on noin 5000 henkilötyövuotta. (Merikallio 2009, 5-6). Mikäli palvelut halutaan pitää nykyisen laajuisina tulevaisuudessa, se merkitsee noin sadan tuhannen henkilötyövuoden lisäystä nykyiseen henkilötyövuosisummaan tulevan 20 vuoden aikana. Samalla aikavälillä peruspalvelujen eri ammattiryhmistä eläkkeelle siirtyvien osuus on yli 50% nykyisestä työntekijämäärästä. (Mäki-Lohiluoma 2009, 20-21.)

Kansantaloudellinen mielenkiinto väestörakennemuutoksesta selviämiseksi kohdistuu näin ollen kahden ydinalueeseen: Miten julkisen talouden kantokyky kestää väestön vanhenemisen aiheuttaman palvelutarpeen kasvun, ja miten työmarkkinoilla oleva osaava työvoima riittää sosiaali- ja terveysalalle. Palvelujen kehittämisen kannalta lähtökohtana on sekä kysynnän vähentäminen että tuloksellisuuden lisääminen.



Kuvio 2. Kuntien ja kuntayhtymien lainakanta ja rahavarat (mrd €) 1991-2014. Lähde vuosilta 2001-2009 Tilastokeskus. Lähde vuosille 2010-2014 Peruspalvelubudjetti.

Kansanterveydellinen näkökulma

Suomalainen toimintakyky on kohentunut viime vuosikymmeninä. Väestön odotettavissa oleva elinikä on kasvanut, tiettyjen perinteisten kansantautien ehkäisy ja hoito on kehittynyt erittäin myönteisesti ja yleinen elintaso kohonnut. Samalla mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kuitenkin vähitellen nousseet työikäisten suomalaisten työkyvyttömyys- ja kuolinsyytilastojen kärkeen. (STM 2005:1; Gould ym. 2010.)

Tutkimusten perusteella mielenterveyshäiriöiden määrä ei ole vuosikymmenien seurannassa lisääntynyt, mutta ei vähentynykään (Lehtinen ym. 1990; Pirkola ym. 2005). Suomalaisväestöllä näyttää esiintyvän tavallisimpia häiriöitä suunnilleen saman verran kuin vastaavien tutkimuksien perusteella muiden länsimaiden väestöllä (WHO 2000).

Perinteiset työkyvyttömyyden syyt Suomessa ovat liittyneet verenkiertoelinten sairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelinongelmiin. Työelämän muututtua fyysisesti vähemmän kuormittavaksi on mielenterveysoireilu noussut yleisimmäksi työkyvyttömyyden aiheuttajaksi. Kasvu on ollut tietyissä ikäryhmissä vain suhteellista; mielenterveysperusteinen työkyvyttömyys on vähentynyt 1990-lukuun verrattuna mutta muut työkyvyttömyysperusteet ovat vähentyneet vielä enemmän. 45-54-vuotiaiden ryhmässä mielenterveyspohjainen työkyvyttömyys on kuitenkin määrällisesti lisääntynyt. Merkittävin yksittäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava mielenterveysongelma on depressio. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 1, Gould ym. 2010.)

Alkoholinkulutus on Suomessa kolminkertaistunut 1960-luvulta lähtien ja on nykyään keskimäärin noin 12 litraa 100 % etanolia jokaista yli 15-vuotiasta henkilöä kohden vuodessa. 2000-luvulla kulutuskasvu on ollut noin 20 %, mikä tilastojen mukaan on seurausta lähinnä 50 - 69-vuotiaiden kasvaneesta alkoholikäytöstä. On ennakoitavissa, että tulevaisuudessa vanhusten alkoholinkäyttö tulee lisäämään heidän sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvettaan johtuen alkoholinkäytön haittavaikutuksista. (Ahlström & Mäkelä 2009, 674-678.)

Päihdekuolleisuus ja -sairastavuus ovat 2000-luvulla lisääntyneet 45-79-vuotiaiden ikäryhmässä (Herttua K et al. 2008;168:1110-1118). Lisäksi päihdekuolleisuus kohdistuu erityisesti vähätuloisiin pitkäikäistyöttömiin tai työkyvyttömyyseläkkeellä oleviin kansalaisiin (Herttua et al. 2008;168:1110-1118).

Taustalla vaikuttaa olevan ilmiö, jossa päihdeiden saatavuuden ja hinnoittelun muuttuminen kulutusmyönteisempään suuntaan johtaa tietyissä väestöryhmissä ongelmien äärimmäiseen kasautumiseen.

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmat eivät tilastojen valossa ole kehittyneet kielteiseen suuntaan. Ongelmien määrällinen esiintyvyys ei ole ollut viime vuosina kasvussa. Lastensuojelullisten toimenpiteiden tilastoissa on kuitenkin nähtävissä mielenterveys- ja päihdeongelmien merkittävyys: Valtaosassa lasten huostaanottoja taustalla ovat joko huoltajien tai lapsen mielenterveys- ja/tai päihdeongelmat (Hiltola & Heinonen 2009, 64). Merkittävää on se, että huostaanotot ovat määrällisesti lisääntyneet huomattavasti viime vuosina (Kuoppala & Säkkinen 2010, 1).

Kansanterveydellisestä näkökulmasta väestörakenteen muutokseen liittyvä mielenkiinto kohdistuu siihen, miten päihde- ja mielenterveyspohjaisia kansansairauksia ja niiden seurauksia voitaisiin ehkäistä terveyden edistämisen, ongelmien varhaisen tunnistamisen ja varhaisen hoidon avulla. Peruspalveluissa tapahtuvalla turvaverkon tihentämisellä ja terveyden tukemisella toivotaan olevan myönteinen vaikutus siihen, että mielenterveys- ja päihdeongelmat eivät kehittyisi kroonisiksi ja vaikeasti hoidettaviksi erityistason sairauksiksi. (STM 2009:3; STM 2009:9.)

Sekä kansantaloudellisesta että –terveydellisestä näkökulmasta edessä on väestörakenteen muutokseen ja mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyviä uudenlaisia uhkia, joihin julkisen vallan taholta on alettu hakea ratkaisumalleja ongelmien ehkäisyn ja palvelujen tuloksellisuuden lisäämisen kautta. Seuraavaksi tarkastellaan niitä kansallisia ja paikallisia kehityssuuntia, joita palvelurakenteeseen ja mielenterveys- ja päihdetyön osalle on ilmennyt.

VALTAKUNNALLINEN JA PAIKALLINEN POLIITTINEN OHJAUS

Turun Mielenterveys- ja päihdeohjelman 2011-2015 laatimisen taustalla vaikuttaa valtakunnallisia ja paikallistason ohjauselementtejä eli päihde- ja mielenterveystyötä velvoittavia tai määrittäviä lakeja, asetuksia, poliittisia ohjelmia, suosituksia, sopimuksia, taloudellista resursointia ja eri lähteistä saatavaa informaatiota koskien päihde- ja mielenterveysasioita, -ongelmia, -työtä ja palveluja. Samalla ohjelman laatimiseen vaikuttavat Turun olemassa oleva päihde- ja mielenterveystyön organisointi, työntekijöiden kehittämisenäkemykset ja kaupunkilaisten palvelutarpeet. Näistä ohjauselementeistä rakentuvat Turun päihde- ja mielenterveysohjelman tavoitteet ja käytännön toimenpide-ehdotukset.

Valtakunnalliset ohjauselementit eli lainsäädäntö, kansalliset poliittiset ohjelmat ja palvelujen suosituksien esitetty liitteessä 1 ja 2. Tiivistetysti ilmaistuna lainsäädäntö velvoittaa kunnat tekemään päihde- ja mielenterveystyötä ja järjestämään päihde- ja mielenterveyspalveluja. Lakien ja valvonnan vaikutusta kuntien päihde- ja mielenterveystyöhön kutsutaan valtion sääntöohjaukseksi.

Lainsäädäntö ei kuitenkaan velvoita kuntia järjestämään päihde- ja mielenterveystyötä ja –palveluja tietyn pakottavan standardin mukaan vaan päihde- ja mielenterveystyön sisällön ja tarjonnan laajuuden määrittäminen on osin kuntien itse päätettävissä (STM 2001). Sääntöohjauksen ohella valtio tarjoaa kuntien päihde- ja mielenterveystyön tueksi erilaisia hankkeita ja kumppanuusohjelmia, joihin osallistumalla kunnat saavat lisärahoitusta tai muuta tukea, joiden avulla ne voivat kehittää päihde- ja mielenterveystyötään paitsi omien tarpeidensa pohjalta myös kulloisenkin hallitusohjelman ja olemassa olevien suositusten mukaan. Tällaisten hankkeiden ja ohjelmien vaikutusta kuntien päihde- ja mielenterveystyöhön kutsutaan valtion resurssi- ja informaatio-ohjaukseksi. Turku on mukana valtakunnallisessa Kaste-ohjelmassa ja Alkoholiohjelmassa, joiden kautta saatu resurssi- ja informaatio-ohjaus vaikuttaa myös mielenterveys- ja päihdeohjelman laatimiseen ja toteutukseen.

Turun sosiaali- ja terveyspalvelujen paikallisen järjestämisen taustalla on sopimusohjausmalli eli sisäinen tilaaja-tuottajamalli, jossa valtuustokauden mittaisella Turku-sopimuksella linjataan ne hyvinvointipalvelujen painopistealueet, joihin erityisesti tulee kiinnittää huomiota poliittisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmän strategisessa ja operatiivisessa johtamisessa. Turku-sopimus sisältää elinkaarimallin, jossa lasten ja nuorten, työikäisten ja seniori-ikäisten ihmisten hyvinvointi muodostavat kolme ydinprosessia. Näiden ikäryhmien sisällä palveluiden järjestämistä tarkastellaan sekä palvelurakenteen että palveluiden käyttäjän (asukkaan) näkökulmasta.

Turku-sopimuksen linjauksista on jalostettu Turun strateginen palvelusopimus ja strateginen palvelutuotantosopimus, joihin on kirjattu palvelujen tilaaja- ja tuottajapuolen strategiset tavoitteet. Lähinnä käytännön palvelutuotantoa on operatiivinen palvelutuotantosopimus, johon on konkretisoitu strategisten tavoitteiden toimenpiteet ja seurannan keinot eri ydinprosesseissa.

Edellä mainittujen Turku-sopimuksen ja kolmen palvelu- / palvelutuotantosopimuksen keskeisin linjaus on pitkälti samanlainen kuin valtakunnallisten ohjelmien linjaukset hyvinvointipalvelujen kehittämisestä: väestörakenteen muutokseen varautuminen ja palvelujen painopisteen siirtäminen korjaavasta ehkäisevään nousevat esiin keskeisimpänä ajatuksena kaikissa edellä mainituissa asiakirjoissa. Palvelurakenteen näkökulmasta olennaista on kyetä lisäämään rakenteen sisäistä poikkihallinnollista tai palveluketjujen välistä pitkäikäisyhteistyötä, jotta palvelut kyetään viemään lähemmäs asukkaiden arkielämää ja jotta palveluilla kyettäisiin reagoimaan paremmin asukkaiden mahdollisiin ongelmiin varhaisemmassa vaiheessa.

Mielenterveys- ja päihdeohjelma 2011-2015 sijoittuu Turun strategisissa asiakirjoissa Turku-Sopimuksen ja palvelusopimusten alle ja toisaalta niiden kylkeen. Ohjelma konkretisoi mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistarpeita Turku-sopimuksen hengessä ja operatiivisen palvelutuotantosopimuksen määrittämällä painopistealueilla. Toisaalta ohjelma tarjoaa myös väylän asiakastyössä saatujen kokemusten välittämiseksi palvelujen strategisen ja operatiivisen johdon käyttöön.

Turku-sopimuksen ja strategisten palvelu- ja palvelutuotantosopimusten sekä operatiivisen palvelutuotantosopimuksen sisältämät mielenterveys- ja päihdetyön yltä tavoitteet on esitetty liitteessä 4. Samassa liitteessä on listattu myös vuonna 2009 vahvistetun Mielenterveystyön kokonaissuunnitelman ja Turun Turvallisuussuunnitelman päihdeaiheiset toimenpide-ehdotukset.

Liitteet 1-4 kuvaavat laajasti mielenterveys- ja päihdetyön sisältöä sekä kehittämistarpeita niin valtakunnallisesti kuin Turussa. Ne muodostavat monipuolisen kokonaisuuden, josta tähän ohjelma-asiakirjaan on valikoitu keskeisimmät ja toteuttamiskelpoisimmat kehitystavoitteet. Seuraavassa luvussa kuvataan kyseiset tavoitteet ja sitä seuraavassa luvussa toimenpiteet niiden toteuttamiseksi.

3. OHJELMAN KESKEISET TAVOITTEET

Turun kaupungin omat strategiset tavoitteenasettelut asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin kehittämiseksi noudattavat pitkälti valtakunnallisia linjauksia väestön terveyden ja hyvinvoinnin turvaamisesta tulevaisuudessa (liitteet 2 ja 4). Niin valtakunnallisissa kuin paikallisissa ohjauslähteissä korostetaan panostamista terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, ongelmien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon peruspalveluissa. Julkisen talouden kantokyvyn huomioiminen ja palvelujen tuloksellisuuden kohentaminen ovat niin valtakunnallisten kuin paikallisten kehitystavoitteiden taustajureita. Luvussa 2 esitelty väestörakennemuutos kaikkine vaikutuksineen on se tulevaisuudennäkymä, jonka toteutumiseen mielenterveys- ja päihdeohjelmalla aletaan varautua.

Ohjelman visiona on kaupunki, jossa terveiden asukkaiden toimintakykyä edistetään ja ylläpidetään monipuolisin peruspalveluin. Mielenterveys- ja päihderiskiryhmät seulotaan, tunnistetaan ja lievissä tapauksissa myös hoidetaan perusterveydenhuollossa. Erityisiä sosiaalityön tai sairaanhoidon tukitoimia tarvitsevat mielenterveys- ja päihdeongelmaiset asukkaat ohjataan asiaankuuluviin erityispalveluihin, joissa ongelmia hoidetaan hoitotakuun ja laatusuosituksen mukaisin menetelmin. Hoidon jälkeistä paluuta arkielämään tuetaan asukkaan ja hänen tarvitsemiensa palvelujen yhteistyöllä.

Mielenterveys- ja päihdeohjelman 2011-2015 tavoitteenasettelu on jaettu kolmeen pääotsikkoon ja niiden alla viiteen kysymykseen:

1. Palvelujen painopisteen siirtäminen korjaavista erityispalveluista ehkäiseviin lähipalveluihin ja terveyden edistämiseen:

- 1.1. Miten edistetään asukkaiden terveyttä ja tuetaan heidän toimintakykyä niin, että terveydelliset tai elinoloihin liittyvät tekijät eivät altista heitä mielenterveys- ja päihdeongelmille vaan asukkaat pysyvät elämänkaarensa eri vaiheissa mahdollisimman hyväkuntoisina ja elävät mahdollisimman hyvissä oloissa
- 1.2. Miten peruspalveluissa ja –työssä seulotaan ja tunnistetaan päihde- ja mielenterveysongelmia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa
- 1.3. Miten peruspalveluissa ja –työssä hoidetaan varhaisvaiheessa havaittuja mielenterveys- ja päihdeongelmia niin, että lievät ongelmat eivät siirry kuormittamaan erityispalveluja

2. Ohjaus eri palveluihin ja siihen liittyvä hoitoketju- tai poikkihallinnollinen yhteistyö:

- 2.1. Miten perus- ja erityispalvelujen välisessä hoitoketjuyhteistyössä tai poikkihallinnollisessa yhteistyössä asukas ohjautuu asianmukaisiin palveluihin ja ohjautumiseen liittyvä viranomaisyhteistyö toimii

3. Korjaavien erityispalvelujen kehittäminen:

- 3.1. Millaisen roolin korjaavat erityispalvelut ottavat palvelujen painopisteen siirtämisessä ehkäiseviin palveluihin

4. TOIMENPITEET

Ohjelman perusolettamuksena on, että suomalainen yhteiskunta on siirtynyt vaiheeseen, jossa kunnallisen palvelujärjestelmän toimintamenot kärsivät väestörakennemuutoksen aiheuttamista kasvupaineista, ja jossa toisaalta resursseja palvelutuotannon laajentamiseen ei vastaavassa määrin ole olemassa. Kaikki konkreettiset toimenpide-ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi on laadittu niin, että ne on mahdollista toteuttaa nykytilanteessa ja -resurssein, mikäli tahtoa toteuttamiseen eri hallinnonaloilta löytyy. Ohjelman hankerahaa voidaan käyttää välttämättömien toteuttamiskulujen kattamiseksi, mutta pidemmällä tähtäimellä ei tavoitella mitään, mikä edellyttäisi pysyvää lisärahoitusta toteutukseen.

Seuraavaan luetteloon on koottu toimenpide-ehdotukset, joilla ohjelman tavoitteita on tarkoitus toteuttaa käytännössä. Kunkin kursivilla esitetyn tavoitteen alla on sen toimenpide-ehdotus.

- 1.1. *Miten edistetään asukkaiden terveyttä ja tuetaan heidän toimintakykyään niin, että terveydelliset tai elinoloihin liittyvät tekijät eivät altista heitä mielenterveys- ja päihdeongelmille vaan asukkaat pysyvät elämänkaarensa eri vaiheissa mahdollisimman hyväkuntoisina ja elävät mahdollisimman hyvissä oloissa*

Kaikkia niitä kaupungin palvelujen tulosalueita, joilla tehdään työtä asukkaiden hyvän terveyden, toimintakyvyn ja elinolojen ylläpitämiseksi, pyydetään itse määrittämään ne toimenpiteet, joita tulosalueella voidaan nykyresursseilla tehdä sen eteen, että asukkaat saavuttaisivat yleispalvelut mahdollisimman hyvin tai että kohdennetut palvelut saavuttaisivat asukkaat (esimerkiksi eri elämänvaiheiden riskiryhmät) mahdollisimman hyvin. Näin laadittujen toimenpide-ehdotusten toteutusta voidaan tukea Kaste-hankerahalla.

- 1.2. *Miten peruspalveluissa ja –työssä seulotaan ja tunnistetaan päihde- ja mielenterveysongelmia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa*

Kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyötä tekeville työntekijöille tarjotaan koulutus mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksiotosta ja tunnistamisesta. Myös muiden hallinnonalojen työntekijöille tarjotaan koulutustilaisuuksia mahdollisuuksien mukaan. Koulutuksessa panostetaan siihen, että se on käytännönläheinen ja sisältää materiaalia ja harjoitteita, joiden avulla työntekijöiden on helppoa harjoitella ja muistaa puheeksioton ja tunnistamisen keskeiset vaiheet. Koulutuskuluja voidaan kustantaa Kaste-hankerahalla.

Sosiaali- ja terveystoimen tulosalueita pyydetään itse määrittämään, miten mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksioton voi parhaiten systematisoida kiinteäksi osaksi asiakastyötä esimerkiksi sisällyttämällä puheeksioton osaksi määräaikaistarkastuksia tai asiakassuunnitel-mahaastatteluja.

Sosiaali- ja terveystoimen asiakas- ja potilastietojärjestelmien kirjauskäytäntöjä kehitetään niin, että mielenterveys- ja päihdeongelmien seulonnat ja puheeksiotot on helppo kirjata tietokantaan ja edelleen on helppoa seurata niiden toteutumista tilastollisesti. Tietojärjestelmien kehittämiskuluja voidaan kustantaa Kaste-hankerahalla.

- 1.3. *Miten peruspalveluissa ja –työssä hoidetaan varhaisvaiheessa havaittuja mielenterveys- ja päihdeongelmia niin, että lievät ongelmat eivät siirry kuormittamaan erityispalveluja*

Niillä sosiaali- ja terveydenhuollon tulosalueilla, joilla puheeksiotto on jo osa perustyötä, henkilökunnalle tarjotaan koulutusta lievien mielenterveyshäiriöiden hoitamisesta ja/tai mini-interventiokoulutusta tai elintapamuutokseen motivoivan haastattelun koulutusta. Koulutuskuluja voidaan kustantaa Kaste-hankerahalla.

Sosiaali- ja terveystoimen tulosalueita pyydetään myös itse määrittämään, miten mielenterveys-

ja päihdeongelmien varhaista hoitoa voitaisiin nykyresurssein edistää eri toimipisteissä.

Kaikille yli 18-vuotiaille tupakanpolton lopettamista haluaville tarjotaan ilmaista vieroitusneuvontaa terveysasemilla Savuton Turku 2015 –ohjelman mukaan.

2.1. Miten perus- ja erityispalvelujen välisessä hoitoketjuyhteistyössä tai poikkihallinnollisessa yhteistyössä asukas ohjautuu asianmukaisiin palveluihin ja ohjautumiseen liittyvä viranomaisyhteistyö toimii

Turun sosiaali- ja terveystoimen terveyden edistämisen yksikkö laatii asiakkaille ja yhteistyötaidoille mielenterveys- ja päihdepalveluoppaan, johon sisällytetään selkokielen tietoa kaupungin omista mielenterveys- ja päihdepalveluista samoin kuin kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelutarjonnasta. Opas antaa asiakkaalle ja häntä tukeville viranomaisille tai läheisille tiedon niistä palveluvaihtoehdoista, joita hänen tilanteessaan on tarjolla.

Terveyden edistämisen yksikkö koordinoi kaupungin työntekijöitä varten asukkaiden hoitopolkukuvaukset eli koostaa kuvaukset siitä miten asukas pääsee mielenterveys- ja päihdepalvelujen piiriin ja miten hoitoketjussa edetään.

Kaupungin eri tulosalueet saavat itse määrittää, mihin eri hoitoketjutahoihin tai hallinnonaloille he haluaisivat lisätä yhteistyötä, jotta asukkaan ohjautuminen asianmukaisiin palveluihin heidän puoleltaan toimisi mahdollisimman hyvin. Uusien yhteistyömuotojen käynnistämiskuluja voidaan tukea hankerahalla ja hanketyöntekijän työpanoksella.

3.1. Millaisen roolin korjaavat erityispalvelut ottavat palvelujen painopisteen siirtämisessä ehkäiseviin palveluihin

Erityispalvelujen tulosalueita pyydetään määrittelemään, miten ne voivat tukea tavoitetta palvelujen painopisteen siirtämisessä ehkäisevään suuntaan. Esimerkkeinä peruspalvelujen konsultoinnin kehittäminen, vaikeiden häiriöiden tai kaksois- ja kolmoisdiagnoosien seulonta ja hoidosta arkielämään palaavan asukkaan tukitoimien kehittäminen. Laadittujen toimenpideehdotusten toteutusta voidaan tukea hankerahalla.

Kaste-hankerahan ja hanketyöntekijän työpanoksen jakautumisesta:

Toimenpiteissä mainitut materiaalit ja koulutukset järjestetään Kaste-hankerahoilla. Vastuutahona ja koordinoijana toimii hanketyöntekijä. Loput hankerahat varataan kaupungin eri tulosalueilta pyydettävien toimenpideehdotusten järjestämiseen siinä mitassa mihin hankerahat riittävät. Hanketyöntekijä kiertää tulosaluejohtoryhmät alkuvuonna 2011 ja pyytää tulosalueen edustajia täyttämään toimenpideehdotuslomakkeen sellaisiin realistisiin toimenpideehdotuksiin, joilla he katsovat voivansa toteuttaa ohjelman keskeisiä tavoitteita omalla alueellaan. Toimenpideehdotukset kootaan niiden valmistuttua yhteen ja liitetään ohjelmaan.

Ohjelman vision toteutumisen edellytykset palvelurakenteessa:

Siltä osin kuin ohjelman toimenpiteet lasketaan sen varaan, että kaupungin eri hallintokuntien henkilöstö keskuudessaan laatii omia toimenpideehdotuksia ohjelman tavoitteiden mukaan, henkilöstöltä edellytetään myötämielistä suhtautumista ja mahdollisuuksia perehtyä ohjelman tavoitteisiin ja keskustella aiheesta.

Niiden tavoitteiden osalta, joissa ohjelman puolesta tarjotaan koulutusta ja materiaaleja tiettyjen toimenpiteiden tai käytänteiden edistämiseksi, henkilökunnalta edellytetään mahdollisuutta ja halua osallistua koulutustilaisuuksiin ja mahdollisuuksia ottaa uusia käytänteitä käyttöön omissa työtehtävissä.

5. SEURANTA JA ARVIOINTI

Hallintokuntien keskuudessaan kehitämiin omiin toimenpide-ehdotuksiin sisällytetään ehdotuksen toteutumisen itsearviointi, joka tapahtuu lähtötason ja tavoitetason numeerisella arvioinnilla ja lyhyellä kirjallisella kuvauksella. Itsearviointi tehdään toimenpiteiden suunnitteluvaiheessa vuonna 2011 ja väliarvio toimenpiteiden toteutumisen arvioimiseksi tehdään hallintokunnissa vuonna 2012. Hanketyöntekijä kokoaa arviointitiedon yhteistyössä hallintokuntien kanssa.

Ohjelman puolesta tarjottavien kehittämistoimenpiteiden toteutumista arvioidaan pitämällä kirjaa siitä, miten kattavasti suunnitellut toimenpiteet henkilöstön koulutusten ja ehkäisevän työn käytänteiden osalta toteutuvat eri hallintokunnissa. Uusien käytänteiden (lähinnä päihdeidenkäytön ja mielenterveysongelmien varhaisen tunnistamisen ja hoidon) osalta seuranta vaatii kirjaamiskäytänteitä, joilla asiakastyötä tekevien työntekijöiden tulee kirjata tekemänsä puheeksiotot ja/tai varhaiset hoidolliset puuttumiset asiakas- tai potilastietokantaan, mikäli tietokannan tekniset ominaisuudet sen mahdollistavat. Tarvittaessa Kaste-hankerahaa voidaan harkita käytettäväksi tietokantojen kehittämiseen, jotta kirjaaminen mahdollistuisi. Tämä tavoite on kuitenkin riippuvainen toimenpiteen kustannusten määrästä.

Ohjelman puolesta tuotettavien tukimateriaalien kuten palveluoppaiden ja hoitopolkukuvausten toteutuminen todetaan sillä, että kyseiset materiaalit saadaan käyttöön viimeistään vuonna 2012. Lisäksi niiden käyttöönottoa voidaan arvioida henkilöstölle tehtävällä kyselyllä. Samalla voidaan selvittää kaupungin työntekijöiden kokemuksia ohjelmatoimenpiteiden käyttöönotosta ja toteutumisesta muutenkin.

Asiakkaiden / potilaiden osallisuuden seuraamiseksi toteutetaan vuoden 2012 aikana kysely, jolla erikseen valikoitujen peruspalvelujen käyttäjiltä kysytään, onko päihde- ja mielenterveysaihe otettu puheeksi vastaanottotilanteessa.

Ohjelman jalkauttamisprosessin arvioimiseksi olennaista on, että vuoden 2012 aikana tehtävillä kyselyillä saadaan tietoa myös mahdollisista toteutumattomista tai keskeytyneistä kehitystoimenpiteistä. Näin saadaan kvalitatiivista tietoa siitä, millaisia ovat ohjelmatyön keskeisimmät haasteet ja miten niihin tulee jatkossa (vuoteen 2015 mennessä) varautua.

Ohjelman tulosten ja vaikuttavuuden arviointi toteutetaan SOTKANETistä saatavien mielenterveys- ja päihdeaiheisten tilastolukujen avulla. Myös Turun sosiaali- ja terveystoimen operatiivisessa palvelutuotosopimuksessa on arvioinnin välineinä tiettyjä mielenterveys- ja päihdeaiheisiä mittareita, joita voidaan hyödyntää ohjelman arvioinnissa. Ohjelman ohjausryhmä vastaa indikaattorien valitsemisesta vuoden 2011 aikana. Tukea vaikuttavuuden arviointiin on tarvittaessa saatavilla Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitokselta.

6. OHJELMAN LAATIMISEN VAIHEET

Ohjelma on laadittu osana Länsi 2012 –hanketta, johon Peruspalvelulautakunta sitoutui 16.12.2009 kokouksessa vahvistetulla päätöksellä (§ 532). Ohjelmaa varten on vuonna 2009 laadittu kysely kaupungin asukkaille ja työntekijöille päihde- ja mielenterveystyön kehittämiskohteista. Opiskelijatyönä on laadittu selvitys kyselyn tuloksista, ja näin saadut keskeiset kehittämisehdotukset otettiin mukaan ohjelman laatimisvaiheen työhön vuonna 2010.

Ohjelman laatimisvaiheessa vuosina 2009 ja 2010 kerättiin lisäksi yhteen kaikki valtakunnallisissa ja paikallisissa strategisissa asiakirjoissa vahvistetut mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistavoitteet. Nämä asiakirjat on lueteltu liitteissä 2 ja 4.

Näin koottuja eri ikäryhmiä koskevia mielenterveys- ja päihdeaiheisia strategisia tavoitteita ja kehittämisehdotuksia paikallistettiin noin 90 kappaletta. Hanketyöntekijä koosti tavoitteista kolme yhteenvetoasiakirjaa eri asukasikäryhmien mukaisesti. Näitä ikäryhmittäisiä tavoiteasiakirjoja työstettiin syksyllä 2010 erillisissä asiantuntijafoorumeissa tavoitteena ryhmitellä tavoitteet uudelleen ja jalostaa niistä esiin muutama keskeinen tavoite, joita voidaan konkreettisesti alkaa toteuttaa käytännön mielenterveys- ja päihdetyössä. Keskeinen lähtökohta tavoitteiden uudelleenjärjestelyssä oli se, että esiin nostettaisiin tavoitteita, joita voidaan toteuttaa Länsi 2012 –hankkeen aikana ja rahoituksella (lokakuuhun 2012 mennessä ja noin 100 000 euron valtionavustuksella).

Foorumityöskentelyn myötä syntyivät tämän ohjelman luvuissa 3 ja 4 esitetyt tavoitteet ja toimenpiteet. Niille ominaista on se, että ne toistuvat kaikissa valtakunnallisissa ja Turun omissa strategisissa linjauksissa eli ovat ilmeisen perustavanlaatuisia ja keskeisiä yleistavoitteita. Lisäksi niitä yhdistää se, että ne voidaan konkretisoida käytännön toimenpiteiksi ja niitä voidaan alkaa toteuttaa käytännön mielenterveys- ja päihdetyössä Länsi-hankkeen valtionavustuksen myötä tai osittain jopa ilman ylimääräistä resursointia.

Tällä tavoin tiivistettyjen ohjelmatavoitteiden ulkopuolelle jäivät tavoitteenasettelut, joiden käytännön toteutus tulisi vaatimaan lisäresursointia tai merkittävää operatiivisen johtamisen panosta. Näitä tavoitteita ohjelmaan ei yritetty konkretisoida, sillä niiden edellyttämiä lisäresursseja tai johdon tukea ei voida taata. Ne sisällytetään mukaan eräänlaisina toiveina, joiden mukaan mahdollisia lisäresursseja tulisi paikallisten asiantuntijoiden mukaan priorisoida. Toisaalta seulottiin esiin myös tavoitteet, joiden tiedettiin jo toteutuneen tai olevan toteutumassa, jolloin niitä ei tarvitsisi välttämättä enää sisällyttää ohjelmaan.

Mielenterveys- ja päihdeohjelma-asiakirjan laatimisvaiheessa mukana ovat olleet seuraavat työryhmät ja henkilöt:

Päihdetyön yhteistyöryhmä / Länsi 2012 –hankkeen ohjausryhmä

Aromaa Minna, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Heikkilä Jyrki, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Heikkinen Mika, suunnittelija, sosiaali- ja terveystoimi
 Kiviluoma Tea, erityispalvelupäällikkö, opetuspalvelukeskus
 Kuusela Maisa, palvelujohtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Lagercrantz Pia, kehitysjohtaja, Turun ammatti-instituutti
 Liuksila Pirjo-Riitta, ylihoitaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Niinimäki Merja, toimistopäällikkö, sosiaali- ja terveystoimi
 Rautiainen Anne-Marie, toiminnanjohtaja, nuorisoasiainkeskus
 Visa Leila, tulosaluejohtaja, sosiaali- ja terveystoimi

Lasten ja nuorten asiantuntijafoorumi (kokoontui 14.9., 12.10., 16.11.2010)

Aromaa Minna, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Englund Riitta, Kasvatus- ja perheneuvola
 Heikkilä Jyrki, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Hyvönen Hannu, vs. ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Jansson Sari, urasuunnittelija, Turun Ammatti-instituutti
 Kainulainen Janne, liikuntapalveluvastaava, liikuntapalvelukeskus
 Kariluoma Virpi, palvelualueen päällikkö, opetustoimi
 Kiviluoma Tea, erityispalvelupäällikkö, opetuspalvelukeskus
 Koski Raili, tulosaluejohtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Kuronen Sirpa, palvelujohtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Liuksila Pirjo-Riitta, ylihoitaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Malen Jaana, toimistopäällikkö, sosiaali- ja terveystoimi
 Rautiainen Anne-Marie, toiminnanjohtaja, nuorisoasiainkeskus
 Risku Marjaana, järjestöliikuntapäällikkö, liikuntapalvelukeskus
 Sabell Annika, toiminnanjohtaja, nuorisoasiainkeskus
 Salonius Tarja, toimistopäällikkö, sosiaali- ja terveystoimi
 Tuominen Virve, nuorisoaseman johtaja, Turun A-klinikkatoimi
 Virta Minna, toimistopäällikkö, sosiaali- ja terveystoimi

Työikäisten asiantuntijafoorumi (kokoontui 21.9., 21.10., 2.12.2010)

Ekdahl Päivi, liikuntapalvelupäällikkö, liikuntapalvelukeskus
 Haapanen Irene, erikoislääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Heikkilä Jyrki, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Hirvonen Arja, Turun A-klinikan johtaja, Turun A-klinikkatoimi
 Juvonen Jukka, tulosaluejohtaja kuntoutuspalvelut
 Kokkila Päivi, vs. ylilääkäri / Korkeila Katariina, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Kuusela Maisa, palvelujohtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Lehmus Pasi, johtaja, Sirkkalan päiväkeskus
 Pakkala Lassi, tulosaluejohtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Pekkola Toni, liikuntapalveluvastaava, liikuntapalvelukeskus
 Rohunen Matti, A-klinikka aluejohtaja
 Suviala Marja, johtava sosiaalityöntekijä, sosiaali- ja terveystoimi
 Visa Leila, tulosaluejohtaja, Sosiaali- ja terveystoimi
 Äärelä Taina, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi

Seniöri-ikäisten asiantuntijafoorumi (kokoontui 30.9., 26.10., 2.12.2010)

Ahonen Sari, tulosaluejohtaja, vanhuspalvelut
 Arve Seija, palvelujohtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Heikkilä Jyrki, ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimi
 Hiitti Eija, liikuntapalveluvastaava, liikuntapalvelukeskus
 Kiiski Kaisa, vammaispalvelujohtaja
 Niskasaari Marja, johtaja, A-klinikka Katkaisuhoidoasema
 Rauhala Anne, kotihoidon johtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Runsten Silja, erikoislääkäri, psykiatrinen erikoissairaanhoido
 Santalahti Anne, perusterveydenhuollon tulosaluejohtaja
 Siipola Sari, ylihoitaja, psykiatrinen erikoissairaanhoido
 Suikkila Eira, huoltokodin johtaja, sosiaali- ja terveystoimi
 Vaittinen Marjoliina, sosiaalityöntekijä, sosiaali- ja terveystoimi
 Virtanen Hilka, erikoissairaanhoidon tulosalueen tulosaluejohtaja

Suunnittelijat / hanketyöntekijät

Jalo Niina
Heimo Tiina
Heikkinen Mika

Opiskelijaharjoittelijat

Kiikeri Riina-Lotta
Hagman Riika

7. OHJELMAN HAASTEET

Kehittämishaasteet piilevät luvussa 2 esitellyissä julkisen talouden kantokyvyn rajoitteissa. Ensisijaisena ohjelmataivoitteiden jalkauttamiskeinoina olisivat lisäresurssit ja tehokas johtaminen, mikäli niitä olisi käytettävissä. Ohjelman toteutumisen kannalta haasteellista on, että jalkauttamisvaiheessa toteutuminen edellyttää yksittäisten työyhteisöjen ja viime kädessä työntekijöiden myötämieleistä suhtautumista ohjelmatoimenpiteiden käyttöönottoon. Ohjelma tuodaan hallintokuntiin organisatorisesti katsoen sivulta, ei yläpuolelta. Ohjelman jalkauttamisen johtaminen ja koordinointi eivät ole tarkoituksenmukaisesti resursoidut suhteutettuna ohjelman laajuuteen.

Asiantuntijafoorumeissa nousi esiin toive henkilöstöresurssien lisäämisestä esimerkiksi palkkaamalla alueellisia mielenterveys- ja päihdetyöpareja, jotka toimisivat asuinalueella poikkihallinnollisesti toteutettua terveyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työtä sosiaali- ja terveysasemilla sekä kouluissa, oppilaitoksissa ja nuorisoasiainkeskuksen yksiköissä. Ohjelmaan ei sisällytetty tätä tai muita resursointia edellyttäviä toiveita, koska ei ole realistista rakentaa toimenpiteitä riippuvaisiksi resursseista tai johtamisjärjestelyistä, joiden toteutumisesta ei voida mennä takuuseen. Mikäli lisäresursointi edellä esitetyssä mielessä mahdollistuu, ohjelmataivoitteita voi edistää siirtämällä vastuuta ohjelmatoimenpiteiden jalkauttamisesta uusille työntekijäresursseille.

Taloudellisesta näkökulmasta katsoen vaarana palvelujen painopisteen siirtämisessä ehkäisevään työhön on, että erityispalvelujen resursointia leikataan, ennen kuin ehkäisevän työn tehosta on näyttöä. Ohjelma ei saisi antaa päättäjille mielikuvaa, että erityispalveluja voidaan supistaa, kun kaupungissa on uusi ehkäisevää työtä painottava ohjelma-asiakirja. Ohjelman toteutumisen arviointi ja siitä vedettävät johtopäätökset jäävät odottamaan vuotta 2015.

LIITTEET

Liite 1. Taulukko mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavasta lainsäädännöstä. Keskeisen lainsäädännön sähköiset linkit :<http://neuvoo-antavat.stakes.fi/FI/lait/keskeiset/index.htm>

Mielenterveys- ja päihdetyön rakenteellisia edellytyksiä uudistaneet lait	Laki sos. ja terv.huollon suunnittelusta 5§	Määrää, että valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi hallituksen valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa yhteensopivan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman. Kehittämissuunnitelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset.
	Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 1§	Lain tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne. Lisäksi lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö
Päihdeiden asemointi yhteiskunnallisena ilmiönä	Alkoholilaki 1§	Pyrkii kulutusta ohjaamalla ehkäisemään alkoholipitoisista aineista aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja.
	Tupakkalaki 15§, 19§	Velvoittaa sosiaali- ja terveysministeriön sekä kunnan määräämään toimielimen laajapohjaiseen yhteistyöhön eri toimijoiden välillä tupakoinnin vähentämiseksi tähtäävän toiminnan organisoinnissa
	Huumausainelaki 1§ ja 35§	Pyrkii ehkäisemään huumausaineet. Määrittää THL:n (ent. STAKES) tehtäväksi koota, tuottaa ja hankkia tietoja tilastointia ja tutkimusta varten huumausaineista sekä toimenpiteistä näiden laittoman käytön ehkäisemiseksi
Päihdehuollon ja raittiustyön perusta	Asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä	Määrittää opioidiriippuvaisten lääkkeellisen hoidon tasot ja toimijat
	Päihdehuoltolaki 1§, 3§, 5§, 6§, 7§, 8§ ja 9§	Velvoittaa kuntien sosiaali- ja terveystalokunnat ehkäisemään ja vähentämään

		päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistämään päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen sekä päihdehuollon erityisten palvelujen avulla. Laki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön.
	Raittiustyölaki 1§, 2§ ja 4§	Velvoittaa valtion ja kunnat luomaan yleiset edellytykset kansalaisten terveille elämäntavoille ja päihteiden käytön vähentämiselle. Käytännön raittiustyön vastuu on kunnilla ja järjestöillä. Kunnilla on velvoite seurata raittiustyön toimeenpanoa, raittiuden edistämistä ja alkoholioloja erityisellä monijäsenisellä toimielimellä, joka toimii yhteistyössä kunnan sos. ja terveystoimen ja koulutoimen kanssa (raittiuslautakunta).
Mielenterveystyön perusta	Mielenterveystyölaki 1§, 3§ ja 4§	Velvoittaa kunnat järjestämään mielenterveyspalveluja osana kansanterveystyötä ja sovittamaan mielenterveyspalvelut toiminnalliseksi kokonaisuudeksi yhteistyössä sairaanhoitopiiriin, terveyskeskusten, sosiaalihuollon ja erityispalvelujen kanssa.
Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sairaanhoidon perusta	Erikoissairaanhoitolaki *) 1§, 7§ ja 10§	Määrittää erikoissairaanhoidon, kuntayhtymät ja yhteistyön kansanterveystyön, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Myös esh:n ohjausvelvollisuuden muiden hallinnonalan palveluihin kuntoutuskysymyksissä.
	Kansanterveyslaki *) 1 § ja 6 §	Velvoittaa kunnan tai kuntayhtymän edistämään terveyttä ja ehkäisemään sairauksia yhden tai useamman kunnan määräämän toimielimen kautta (esim. terveyslautakunta ja

		kuntayhtymän yhteinen toimielin)
	Sosiaalihuoltolaki 17 § 2 mom	Velvoittaa kunnan huolehtimaan päihteiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden järjestämisestä
Yksilön oikeuksien perusta	Perustuslaki 19 § 3 mom	Velvoittaa julkisen vallan turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä

*) Kansanterveyslaki ja Erikoissairaanhoitolaki ovat yhdistymässä uudeksi Terveystalouksilainiksi vuonna 2011. (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf)

Liite 2. Valtakunnalliset ohjelmat ja suositukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008-2011 (Kaste):

[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008 2011 fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamissuunnitelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf)

Kaste-toimeenpanosuunnitelma:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 (Mieli):

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Mieli-toimeenpanosuunnitelma:

http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/75B5C1A5-105F-49E0-991A-B9C5C80A9452/0/Mieli2009_toimeenpanosuunnitelmaTHL.pdf

Mielenterveysaiheisia suosituksia ja materiaaleja (THL):

<http://www.stakes.fi/FI/aiheet/mielenterveys/index.htm>

Päihdepalvelujen laatusuosituksien (STM):

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf

Ehkäisy ja hoito – laadukkaan päihdetyön kokonaisuus (THL):

<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/A23A9F80-CF02-431B-BF71-D344695E5198/0/Kunta310807.pdf>

Käypä Hoito –suositukset:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/aakkosissa>

Kansallinen Alkoholiohjelma:

<http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/FI/index.htm>

Huumausainepoliittinen yhteistyö 2008-2011 (STM):

<http://pre20090115.stm.fi/ka1203337487593/passthru.pdf>

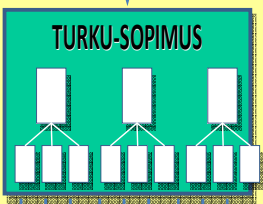
Terveys 2015 –kansanterveysohjelma (STM):

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>

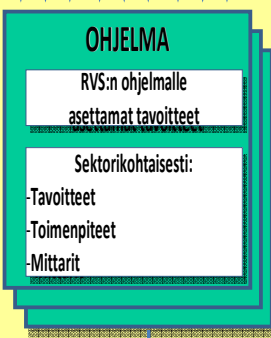


Taso I
Taso I
Konserni
Konserni

RVS:n tavoitteiden jalkautus teemoittain

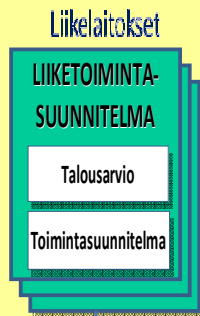


Strategiset teemat
Strategiset ohjelmat



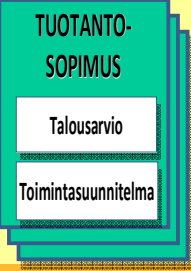
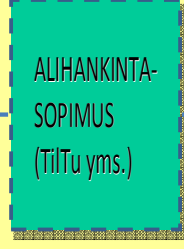
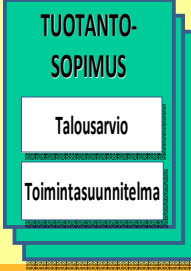
Tavoitteet jyvitetty yhdelle tai useammalle toimielimelle

Taso II
Toimi-
elin



Keskushallinnon palvelukeskukset

Taso III
Tuotanto



Liite 4. Turun voimassaolevien strategisten asiakirjojen linjaukset mielenterveys- ja päihde-työhön

Turku-sopimus:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=182238&nodeid=4906>

Valtuustoryhmien välinen sopimus 2009-2012:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=113526&nodeid=4906>

Asukkaiden hyvinvointiohjelma 2009-2013:

Lasten ja nuorten hyvinvointiohjelma:

Työikäisten hyvinvointiohjelma:

Ikääntymispoliittinen strategia:

Turun Mielenterveystyön kokonaissuunnitelma:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=137796&nodeid=4906>

Turun kaupungin turvallisuussuunnitelma 2010-2012:

<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=207626>

Turun talousarvio- ja suunnitelmaehdotus 2011-2014:

<http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=118469&GUID={F3E4334A-1404-4FDF-88FD-DC84D7B2F389}>

SoTen operatiivinen palvelutuotantosopimus

LÄHTEET

- Herttua Kimmo, Mäkelä Pia, Martikainen Pekka: Changes in Alcohol-Related Mortality and its Socio-economic Differences After a Large Reduction in Alcohol Prices: A Natural Experiment Based on Register Data. *American Journal of Epidemiology* 2008;168:1110-1118
- STM 2005: Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 1
- Merikallio Jussi. Kuntien uudistuspaineet: Luento Kaste-ohjelman aluekierroksella 27.4. 2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=319339&name=DLFE-8966.pdf
- Mäki-Lohiluoma Kari-Pekka: Kansantalouden ajurit sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Luento Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä –vuosiseminaarissa 3.6.2009. <http://videonet.fi/tekes/20090603/2/index.html>
- Gould Raija, Grönlund Harri, Korpiluoma Riitta, Nyman Heidi, Tuominen Kristiina ja työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta. Raportteja 2007:1: Miksi masennus vie eläkkeelle (päivitetty 21.4.2010). http://elaketurvakeskus.com/Binary.aspx?Section=42845&Item=62351#258,1,Dia_1
- Ahlström Salme, Mäkelä Pia: Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 2009:6 , 674-678. <http://www.stakes.fi/yp/2009/6/ahlstrom.pdf>
- Hiltola Johanna, Heinonen Hanna: Huostaanotto ja oikeudellinen päätöksenteko. Hallinto-oikeuksien ratkaisut huostaanottoasioissa 2008. Raportti 46/2009. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos
- Kuoppala Tuula, Säkkinen Salla: Lastensuojelu 2009. Tilastoraportti 29/2010. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos
- Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. (1990): Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 418-425.
- Pirkola S., Isometsä E., Suvisaari J., Aro H., Joukamaa M., Koskinen S., Aromaa A., Lönnqvist J.(2005): DSM-IV mood- anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005: 40: 1-10.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000): Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 413-426.
- STM 2009: Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9
- STM 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3
- STM 2001: Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001:7