

Mieleni minun tekevi - julkaisun mediatiedote/taustamuistio

MIELENTERVEYSALAN KLUBITALOTOIMINTA TUKEE PSYKIATRISEN TERVEYDENHUOLLON UUDISTAMISTA

Tutkimustiedon mukaan säännöllisesti klubitalotoimintaan osallistuneiden henkilöiden psykiatrisen sairaalahoidon käyttö ja kustannukset alenivat seuranta-aikana keskimäärin 75 % verrattuna klubitalojäsenyyttä edeltävään vastaavan pituiseen ajanjaksoon. Vain avohoidon mielenterveyspalveluja käyttäneiden Klubitalojen jäsenten palvelujen käyttö väheni seuranta-aikana 25 % verrattuna jäsenyyttä edeltäneeseen vertailujaksoon. Avohoitoryhmän keskimääräisten kustannusten alenema oli seuranta-aikana 38 %.

Yhdessä muiden tehostettujen avohoidon mielenterveyspalvelujen kanssa klubitalotoiminta alentaisi merkittävästi psykiatrisen terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Lisäksi klubitalotoiminta parantaa mielen sairauksista kuntoutuvien henkilöiden ja heidän läheistensä kokemaa palvelujen laatua. Tuloksena ovat myös heidän terveydentilansa ja hyvinvointinsa koheneminen ja motivaatio uusien asioiden oppimiseen.

Yksilöllistä kuntoutumista tukevaan klubitalotoimintaan osallistuminen tuottaa myönteistä lisäarvoa kuntoutujille, heidän perheilleen, kunnille ja muille sosiaaliturvan rahoittajille. Suomessa valtio, kunnat ja sosiaaliturvarahastot hyötyvät mielenterveyskuntoutujien 25 Klubitalon toiminnasta noin 10–11 miljoonaa euroa vuodessa.

Vaikutusten arviointi perustuu Ruotsissa käytettyyn laskentamalliin. Samankaltaisiin olosuhteisiin perustuva kokonaishyödyn arvio on todennäköisesti hyvin varovainen, koska Suomessa jo 100 psykiatrisen sairaalahoitajakson käyttämättä jättäminen tuottaa noin 2,5 miljoonan euron säästön. Vastaavasti 400 hoitajakson alenema tuottaa noin 10 miljoonan euron säästön rahoittajille. Klubitalojen toimintaan osallistui vuonna 2005 yhteensä 1157 aktiivista kuntoutujajäsentä, lukumäärä on kasvanut kymmenessä vuodessa lähes kolminkertaiseksi. Vuonna 2015 klubitalotoimintaan osallistui noin 3000 aktiivijäsentä. Heidän osaltaan psykiatrisen sairaalahoidon käyttöä on vähentänyt merkittävästi osallistuminen klubitalotoimintaan.

Klubitaloissa kunnioitetaan ihmisoikeuksia

Klubitaloissa kunnioitetaan ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa. Toiminta perustuu vertaistukeen, tasa-arvoisuuteen, yhteisöllisyyteen ja jäsenten itseluottamuksen vahvistamiseen, mitkä yhdessä vapauttavat kuntoutujat psykiatrisen potilaan roolista.

Nämä tulokset ja monet muut maamme mielenterveyspolitiikkaa koskevat ehdotukset käyvät ilmi Suomen Klubitalot ry:n julkaisemasta klubitalotoiminnan 20-vuotisjuhlakirjasta ”Mieleni minun tekevi”, mikä julkistettiin keskiviikkona 11.5. Lahden Klubitalon 15-vuotisjuhlan yhteydessä.

Kirja esittelee klubitalotoimintaa jäsenkokemusten, omaisten ja muiden sidosryhmien näkökulmasta sekä lukuisten arviointitutkimusten valossa. Suomessa toimii 25 Klubitaloa. Lukumäärä on tarkoitus lisätä koko maan kattavaksi seudullisten Klubitalojen verkostoksi vuoteen 2025 mennessä, mikä edellyttää niiden määrän kaksinkertaistamista.

Psykiatrisen terveydenhuollon muutosloikka

Mielenterveyspalvelujen uudistaminen koko maassa tukisi pääministeri Juha Sipilän hallituksen "tuottavuusloikan" toteuttamista. Edellytyksenä on kuitenkin määrätietoisesti johdettu psykiatrisen terveydenhuollon "muutosloikka" sairaalakeskeisistä hoitokäytännöistä kuntoutujien tarpeet kattavaan avohoito- ja yhteisökeskeiseen palvelurakenteeseen. Tämä vaatii psykiatrisen terveydenhuollon osaamisperustan avartamista psykiatris-lääketieteellisestä työotteesta laaja-alaisempien, psykososiaaliset ja ympäristötekijät huomioon ottavien menetelmien käyttöön, kuten YK ja sen asiantuntijaorganisaatio WHO ovat suositelleet 1990-luvulta lähtien.

Vastaavaa muutosta suositteli myös Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD vuonna 2014 julkaistussa Suomen mielenterveyspolitiikan arviointiraportissa. OECD:n mukaan Suomen mielenterveyspalvelujen resursseista on keskimäärin 75 % sitoutunut yhä psykiatriseen sairaalahoitoon, vaikka tieteellisen tutkimusnäytön mukaan erilaisten avohoito- ja yhteisökeskeisten palvelujen tulisi saada käyttöönsä pääosa mielenterveysalan voimavaroista.

Muutosloikan toteuttamisen ehtona on, että kukin sosiaali- ja terveydenhuoltoapiiri, tuleva itsehallintomaakunta ja SOTE-alue päättävät käynnistää psykiatristen palvelukäytäntöjen uudistamisen. Päättäjien tulee keskittää päähuomio mielenterveyspalvelujen kokonaisuuteen, ottaen huomioon myös palvelujen nykyiset katvealueet, ja päättää tutkimustietoon perustuvien vaikuttavien ja tuloksellisten avohoitokäytäntöjen ja kuntoutumismenetelmien käyttöönotosta.

Toinen keskeinen muutosloikan ehto on, että psykiatrisen sairaalahoidon määrätietoisesta vähentämisestä johtuvista säästöistä on pääosa uudelleen kohdennettava avohoito- ja yhteisökeskeisten mielenterveyspalvelujen kehittämiseen. Juhlakirjassa on myös ehdotus, millaisia mielenterveyttä edistäviä, hoitoon hakeutumista tukevia sekä yhteiskunnalliseen osallisuuteen ohjaavia matalan kynnyksen Klubitaloja ja muita yhteisökeskeisiä palveluja säästöillä olisi rahoitettava.

Päättäjät eivät saisi toistaa 1990-luvun alun lamavuosien virhettä, jossa mielisairaaloiden lakkauttamisesta kertyneet säästöt käytettiin sairaanhoitopiireissä erikoissairaanhoidon kehittämiseen.

Muutosloikassa on otettava huomioon kuntoutujien tarpeet

Lukuisat tutkimukset ja myös Suomen mielenterveysbarometrit osoittavat, että mielenterveyskuntoutujat ja heidän omaisensa kokevat saaneensa nykyisistä mielenterveyspalveluista lähinnä lääkehoitoja ja psykiatrisia terapioida. Heidän kokemansa muut yhteiskunnalliseen osallisuuteen liittyvät tarpeet kuten opiskeluun ja ammatilliseen koulutukseen, työllistymiseen, itsenäiseen asumiseen sekä syrjäntäkokemusten hallintaan liittyvät tarpeet on jätetty lähes kokonaan huomiotta. – Klubitalot keskittyvät juuri näiden tarpeiden huomioon ottamiseen omassa toiminnassaan.

Vuoden 2015 Mielenterveysbarometrin mukaan 40 prosenttia mielenterveyskuntoutujista kokee, että on leimautunut ja syrjitty sairautensa vuoksi. Omaisista ja ammattilaisista jopa kaksi kolmasosaa ajattelee näin. Melkein neljännes suomalaisista ei halua olla tekemisissä mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kanssa.

Leimautuminen, ennakkoluulot ja syrjintä aiheuttavat häpeää, kärsimystä ja itsearvostuksen vähenemistä heikentäen mahdollisuuksia päästä koulutukseen, saada työtä ja erilaisia palveluja. Nämä hidastavat ja pahimmillaan estävät oikea-aikaisen hoitoon hakeutumisen ja avun saamisen.

Mielenterveysalalla on puutteita osaamisessa ja johtamisessa

Käyttäjäkokemukset osoittavat monien kansainvälisten järjestöjen mielenterveyspolitiikkaa koskevien suositusten vastaisesti, että Suomen mielenterveysalalla ovat yhä vallitsevia perinteiset biologis-lääketieteelliset hoitokäytännöt. Yksinomaan niiden käyttöä jatkamalla ei saavuteta tavoitteena olevaa mielen sairauksista kuntoutuvien ihmisten yhteiskunnallista osallisuutta, opintoja ja työllistymistä ja itsemääräämistä koskevia tavoitteita eikä aktiivista osallistumista ja tasa-arvoa ilman syrjinnän kokemuksia.

Mielenterveyteen ja myös mielen sairauksiin myötävaikuttavat biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, elinympäristön ominaisuudet ja niiden keskinäiset yhteisvaikutukset. Tälle laaja-alaiselle tiedolle perustuvaa mielenterveyspolitiikkaa ei voida menestyksellä ohjata yksinomaan biologis-lääketieteellisen näkemyksen pohjalta. Tarvitaan monialaista yli yhteiskunnan sektorirajojen ulottuvaa johtamisotetta, joka rakentuu periaatteelle: mielen terveyttä ja sairauksista toipumista on tuettava yhteen sovitettusti eri hallinnon alojen toimenpitein.

Suomessa julkisuuteen nousseet ikävät esimerkit Suomen psykiatrisen hoidon ja vanhustenhuollon eettisten periaatteiden ja ihmisoikeuksien laiminlyönneistä ja tahdonvastaisista käytännöistä osoittavat, että mielenterveysalan johtamisessa kaikilla tasoilla, hoitotyön ohjauksessa, työyhteisötason valvonnassa ja henkilöstön täydennyskoulutuksessa on merkittäviä puutteita. Nämä puutteet eivät johdu henkilöstövoimavarojen puutteesta, koska kansainvälisten vertailujen mukaan Suomen mielenterveyspalvelut on kohtalaisen hyvin resursoitu (OECD 2014).

Millaiseen mielenterveyspolitiikan tavoitetilaa olisi pyrittävä

Suomeen sovellettuna kansainvälisten järjestöjen suositusten mukaan paikallisen ja alueellisen mielenterveyspolitiikan tulisi perustua Maailman terveysjärjestön ns. pyramidimallin sekä yhteisölähtöisen kuntoutumisen suuntaviittojen yhdistelmälle. Niiden mukaan kuntoutujien toipumista ja voimaantumista vahvistetaan ensisijaisesti sairaaloiden ulkopuolella moniammatillisissa avohoitotiimeissä, vertaistuellalla, yksilöllisellä ohjauksella sekä monialaisella yhteistyöllä yli sektorirajojen.

Maailman terveysjärjestö julkisti vuonna 2003 ensimmäisen version mielenterveyspalvelujen optimaaliseksi yhdistelmäksi. Vuonna 2007 se nimettiin *WHO:n pyramidimalliksi*. Pääviesti on, että suurin osa mielisairaaloiden hoitokäytännöistä on korvattavissa perustamalla erilaisia psykiatrisen avohoidon ja kotihoidon tukitiimejä, sekä kehittämällä tarpeen mukaan yhteisöllisiä mielen sairauksista toipuvien henkilöiden kuntoutumista tukevia palveluja heidän omassa elinympäristössään.

Suomessa psykiatrisen terveydenhuollon palvelupyramidi on ylösalaisin. Keskeisin haaste Suomessa on OECD:n arviointiraportin mukaan luoda sellainen mielenterveyspolitiikan toimeenpano-ohjelma, jonka avulla mielenterveyspalvelujen pyramidi saadaan voimavaroiltaan käännettyä oikeinpäin.

Liitteenä on kaksi kuviota: Suomen mielenterveyspolitiikan uudistaminen ottaen huomioon Maailman terveysjärjestön ja OECD:n suositukset.

Suomen Klubitalot haluavat olla mukana muutosloikan toteuttamisessa

Klubitalot ovat parhaimmillaan – silloin kun niiden voimavarat on mitoitettu riittäviksi – seudullisesti toimivia yhteisöllisen kuntoutumisen keskuksia. Ne toimivat yhteistyössä mielenterveysalan toimijoiden ja jäsentensä yhteiskunnallista osallisuutta edistävien muiden tahojen kanssa. Suomen Klubitalot ry ja paikalliset Klubitalot haluavat myötävaikuttaa ja olla mukana Suomen mielenterveyspolitiikan uudistamisessa. Tässä tarkoituksessa Suomen Klubitaloilla on kolme keskeistä tavoitetta vuoteen 2025:

- Nykyisten Klubitalojen rahoituksen turvaaminen itsehallintomaakuntia ja SOTE-uudistusta koskevan lainsäädännön tullessa voimaan todennäköisesti vuodesta 2019 alkaen;
- Klubitalomenetelmän käyttöönoton juurruttaminen koko maassa osaksi paikallista ja alueellista mielenterveyspolitiikkaa ja laadittavia palvelusuunnitelmia; sekä
- Uusien Klubitalojen perustaminen SOTE-uudistuksen tavoitteita tukien niille alueille, joilla toimintaa ei vielä ole.

Lisäksi Klubitalot kiinnittävät päätöksentekijöiden huomiota monien Klubitalojen huolenaiheisiin. Erityisesti Klubitalojen liian vähäinen henkilöstön lukumäärää ylläpitää toiminnan epävakautta. Työntekijöitä tarvittaisiin johtajan ohella vähintään 4-5, jotta kaikki Klubitalojen toiminta-alueet voitaisiin järjestää tavoitteiden mukaisesti.

Miten muutosloikan toteutus rahoitetaan?

Kuuden sairaanhoitopiirin vuoden 2016 kuntalaskutustietojen tarkasteluun perustuen aikuispsykiatrian sairaalahoitovuorokauden keskimääräinen laskutushinta kunnille oli noin 500 euroa/vrk tai vähän yli. *Vaativan hoidon vuorokausihinta* kunnille on kaksin- ja *tehohoidon vuorokausihinta* jopa kolminkertainen. Keskimääräinen sairaalahoitajakso v. 2014 oli Suomessa 36 vrk, joten yhden hoitajakson kokonaishinta pääomamenoineen oli kunnille arviolta 25 000 euroa. Yhden psykiatrisen sairaalapaikan koko vuoden kokonaiskulut ovat kunnille siten keskimäärin noin 250 000 euroa. Tämä ei kata kuntoutujien kokemia ”katvealueita”, joihin siis tarvitaan lisärahoitusta.

Uuden 30–35 päivittäiselle käyttäjälle suunnitellun psykososiaalisen kuntoutumisen Klubitalon vuotuiset kokonaismenot ovat noin 350–360 000 euroa, eli alle 1½ psykiatrisen sairaalapaikan koko vuoden kustannukset. Mikäli järjestö tai säätiö ylläpitää Klubitaloa, sen vuotuisia menoja voidaan rahoittaa RAY:n voittovaroista keskimäärin 50 %. Kuntien nettomenot em. tapauksessa olisivat siten noin 175 000 euroa vuodessa.

Klubitalojen perustaminen on kunnille, maakunnille ja/tai SOTE-alueille sijoitus, ei kustannuserä, koska kuntoutujajäsenten muiden kalliimpien palvelujen käyttö vähenee ja kuntien ja tulevien maakuntien mielenterveysalan kokonaismenot alenevat. – Klubitalojen perusidea on saattaa jäseniään uusien taitojen oppimisen, omatoimisen opiskelun, ammatillisen koulutuksen ja työkokeilujen ja tuetun työllistymisen kautta ”normaalin elämän poluille”.

Mikäli päättäjät uudistavat psykiatrisen sairaalahoidon käytännöt Italian ja Tanskan esimerkkejä noudattaen voidaan saavutettavilla säästöillä rahoittaa koko muutosohjelma, ja syntyy myös huomattavat pysyvät säästöt. Lisäksi yhteisökeskeisten yli sektorirajojen koordinoitujen palvelujen laatu paranisi merkittävästi.

FAKTALAATIKKO 1: Tilastoja

Mielenterveyskuntoutujien psykososiaalista klubitalomenetelmää on sovellettu Suomessa syksystä 1995 lähtien, jolloin Sopimusvuori ry avasi Näsinkulman Klubitalon Tampereella. Tammikuussa 1996 avasi ovensa Naantalın ja Raision alueen Karvetin Klubitalo.

Toiminta laajeni siten että vuoden 2000 alussa toimi jo 10 Klubitaloa. Ensimmäisen 10-vuotiskauden päättyessä vuonna 2005 oli toiminnassa yhteensä 18 Klubitaloa ja niiden jäsenmäärä oli noussut lähes 3000 jäseneseen.

Klubitalohistorian 20-vuotisjuhlavuotena 2015 Klubitalojen verkostossa oli 25 Klubitaloa, joiden kokonaisjäsenmäärä oli vähän yli 6000 jäsentä.

Kuntoutujajäsenistä lähes 3000 osallistui vuonna 2014 vähintään kerran kuukaudessa Klubitalojen toimintoihin, mikä on aktiivijäsenyyden peruste.

Vuonna 2009 julkaistun tutkimuksen mukaan jäsenistä lähes 45 % käytti Klubitalojen palveluja vähintään kerran viikossa, noin 20 % osallistui talon toimintoihin 2-4 päivänä viikossa, ja lähes 10 % osallistui joka päivä toimintaan, kun Klubitalo oli avoinna.

Lähteet: Suomen Klubitalot ry:n kokoamat toimintatilastot 2014.
RAY:n avustustoiminnan raportteja 20/2009: 40–41.

FAKTALAATIKKO 2: Klubitalotoiminnan vahvuudet

Klubitalojen kansainväliset laatusuositukset määrittelevät:

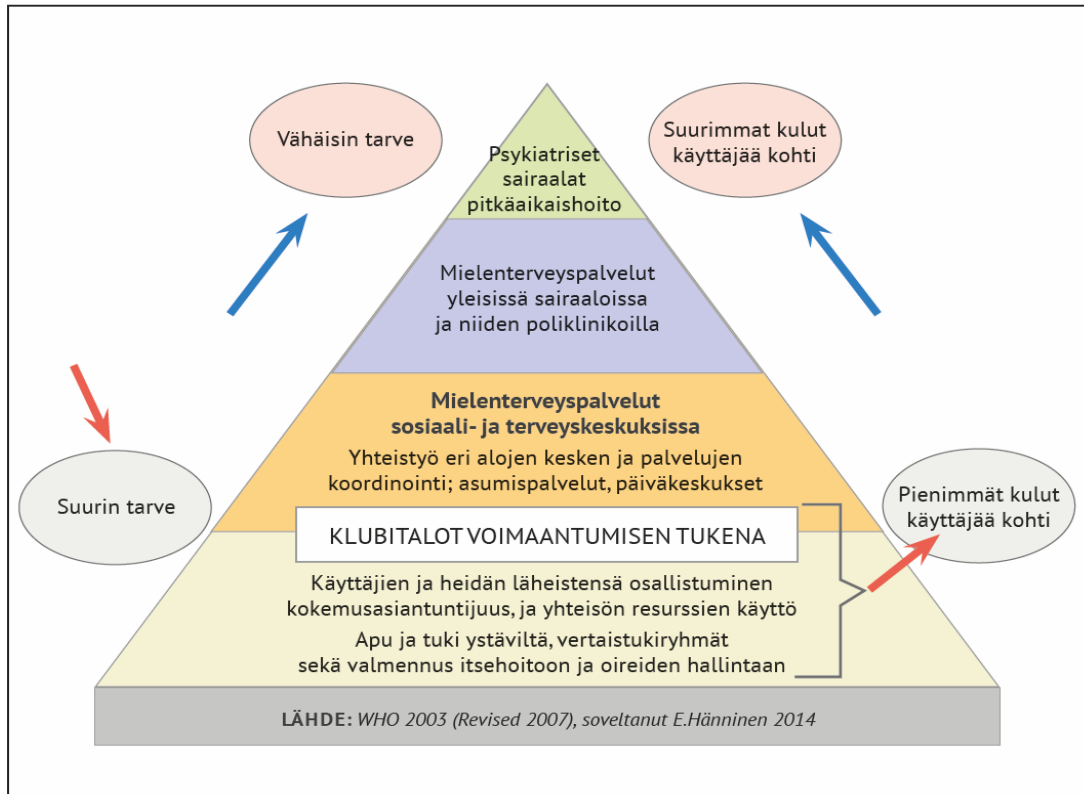
- Klubitalotoiminnan periaatteet;
- Jäsenten oikeudet Klubitalossa;
- Ne toimivat eettisenä ohjesääntönä henkilökunnalle, hallitukselle ja muulle henkilöstölle;
- Suositusten toteutukseen perustuva laadunhallintaprosessi eli akkreditointi;
- Kansainvälinen koulutustarjonta hyväksytyssä 11 koulutuskeskuksessa;
- Toimintatilastojen kokoaminen ja tutkimusohjelma.

Klubitalojen kansainvälinen ja kansallinen yhteistoiminta on tärkeä vertailukehittämisen, vuorovaikutuksen ja oppimisen lähde. Jäsenkokemusten mukaan yhteisöllisyyden tunne, vapaaehtoisuus, tasavertaisuus ja vertaistuki, uusien taitojen oppiminen ja erilaisissa työtehtävissä tarvittavien taitojen harjoittelu erottavat Klubitalot muista mielenterveyskuntoutujien päivätoimintayksiköistä ja jäsentaloista.

Lähde: Mieleni minun tekevi – kirja, sivu 26.

Taustamuistion liitekuviot

Tavoitteena on Maailman terveysjärjestön pyramidimallin toteuttaminen Suomessa:



Suomen mielenterveyspolitiikan haaste vuoteen 2025:

Maailman terveysjärjestön "pyramidimalli" 2007/2009	MIELENTERVEYSPOLITIIKAN UUDISTAMISTA ON JATKETTAVA	
RAKENNEMUUTOS SOTE-UUDISTUKSEN OSAKSI	Valtaosa mielenterveyspalvelujen resursseista on yhä sairaaloissa 2016	Resurssit avohoitoon! Palvelut yli sektorirajojen asiakastarpeiden mukaan
Sairaalakeskeisen psykiatrian käyttö ei perustu tutkimusnäyttöön (= vähäisin tarve, mutta korkeimmat yksikkökustannukset)		
Pääosa palveluista tulisi järjestää paikallisesti (=suurin tarve, mutta pienimmät kustannukset käyttäjää kohti)		
(LÄHTEET: Esimerkiksi WHO 2009 ja 2013; OECD 2014; Esko Hänninen 2012 & Jan Pfeiffer 2013)		

Kuvien sisällön on valmistellut Esko Hänninen ja ulkoasun muotoillut Tiina Kuoppala.