

Työpaperi 41/2023

# Neurokirjon lasten ja nuorten palvelut hyvinvointialueilla

Katsaus kehittämiseen syksyllä 2023

Riina-Maria Leskelä

Tässä selvityksessä luodaan katsaus neurokirjon lasten, nuorten ja heidän perheidensä palvelujen tilanteeseen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman valtionavustushankkeen päättyessä.

Lapsi- ja perhepalveluja on kehitetty Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelman (LAPE) kautta jo vuodesta 2015. Vuosina 2020–2023 LAPE-ohjelmaa toteutettiin Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman osana. Vuoden 2021 täydennyshaussa neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelut oli nostettu yhdeksi LAPEn rahoitettavaksi painopistealueeksi. Tämän selvityksen tarkoituksena on luoda tilannekuvaa näiden palvelujen kehittämisestä hyvinvointialueilla sekä sitä ennen kunnissa ja kuntayhtymissä.

LAPE-muutosohjelman ja Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman toimeenpano päättyy vuoden 2023 lopussa. Neuropsykiatristen hoito- ja palvelukokonaisuuksien kehittäminen jatkuu osassa hyvinvointialueita muun muassa Euroopan kestävän kasvun rahaston (RRP) hankkeiden kautta. Selvitys tarjoaa eväitä myös jatkotyöhön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi neurokirjon lapset ja nuoret tarvitsevat usein arjen ympäristöjen mukauttamista, kuten sopivia oppimisympäristöjä, sekä laajemmin esteettömyyden ja saavutettavuuden huomioimista yhteiskunnassa. Moninaisuuden arvostaminen, mahdollisuus oman näköiseen elämään sekä osallisuus ja yhdenvertaisuus ovat keskeisiä hyvän elämän elementtejä. Näitä tärkeitä aiheita ei käsitellä tässä raportissa, vaan näkökulmana on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarkastelu. Selvitys on suunnattu hyvinvointialueiden johtajille ja lähiesimiehille, lasten ja nuorten palvelujen kansallisen tason kehittäjille sekä kaikille aiheesta kiinnostuneille.

## Tiivistelmä

Riina-Maria Leskelä. Neurokirjon lasten ja nuorten palvelut hyvinvointialueilla: Katsaus kehittämiseen syksyllä 2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 41/2023. 32 sivua. Helsinki 2023. ISBN 978-952-408-216-7 (verkkojulkaisu)

Tässä selvityksessä luodaan katsaus neurokirjon lasten, nuorten ja heidän perheidensä palvelujen tilanteeseen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen valtionavustushankkeen päättyessä. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kautta on toimeenpantu Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmaa (LAPE), jossa neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret ovat olleet yhtenä palvelujen kehittämisen kohderyhmänä.

Kaikille 22 hyvinvointialueelle lähetettiin kesällä 2023 Webropol-kysely neurokirjon lasten ja nuorten palvelujen järjestämisestä. Kysely kohdentui sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiin peruspalveluihin sekä niiden yhteistyörakenteisiin erityistason palvelujen sekä koulujen ja oppilaitosten kanssa. Vastaukset saatiin 21 hyvinvointialueelta.

Yleiskuvana hyvinvointialueiden vastauksista piirtyi suuri vaihtelu palveluketjujen jatkuvuudessa ja palvelujen järjestämisen tavoissa kansallisella tasolla. Oma-avun digitaalisia palveluja, jotka voisivat parantaa maantieteellistä saatavuutta, ei ole otettu tiedon jakamisessa vielä systemaattisesti käyttöön. Varhaista tukea neuropsykiatriseen oireiluun oli periaatteessa melko kattavasti tarjolla alle 13-vuotiaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, mutta 13–19-vuotiaiden varhainen tuki oli puutteellisemmin järjestetty. Myös diagnostiikka ja lääkitysten aloittaminen näytti käyvän mutkikkaammaksi sen mukaan, mitä vanhemmista lapsista oli kyse.

Selkeitä eroja hyvinvointialueiden välillä oli paitsi palveluketjuissa, myös monialaisissa konsultaatio- ja yhteistyörakenteissa. Kehittämisen yhteistyö sosiaalihuollon erityispalveluihin, kuten lastensuojeluun ja vammaispalveluihin, näyttäytyi vastausten valossa vähäisenä. Monialaisen yhteistyön suunnittelussa varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilaitosten kanssa vain kolmasosalla hyvinvointialueista oli pääosin vakiintuneet ja hyvinvointialueen kattavat yhteistyörakenteet. Haasteet hoito- ja palvelukokonaisuuksien kehittämisessä liitettiin vastauksissa esimerkiksi hyvinvointialueiden järjestäytymiseen, osaamisen tunnistamiseen puutteisiin, monialaisen työn johtamiseen sekä viestintään ja tiedonvaihtoon.

Kaikilla hyvinvointialueilla tehtiin parhaillaan jonkinlaista kehittämistä neurokirjon lasten, nuorten ja heidän perheidensä palveluihin liittyen. Aihetta pidettiin hyvinvointialueilla tärkeänä. Kehittämiseen toivottiin kansallista tukea esimerkiksi sen suhteen, millaisia palvelujen tulisi olla, mikä taho on lain mukaan järjestämisvastuussa sekä mitä hyvinvointialueen tulee minimissään tarjota.

**Avainsanat:** ADHD, autismi, autismitietäminen, nepsy, neurokirjo, neuropsykiatria, LAPE, Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjelma

# Sisällys

Tiivistelmä.....	2
Sisällys.....	3
1. Neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret .....	4
Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt lapsilla ja nuorilla.....	4
Lainsäädäntö ja palvelujärjestelmä .....	5
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen .....	5
Erityislainsäädäntö ja neurokirjon lasten ja nuorten palvelut.....	6
Kelan kuntoutus .....	6
2. Hyvinvointialueille tehty kysely neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palveluista.....	8
1 Helposti saatavilla oleva tieto ja oma-apu .....	8
2 Varhainen ja perustason tuki .....	9
Varhaisen tuen tarjonta kattavampaa alle 13-vuotiaille .....	9
Myös strukturoitujen interventiodien tarjonta painottui nuorempiin ikäryhmiin .....	11
3 Terveydenhuollon monitoimijaiset hoitoketjut .....	13
4 ADHD:n diagnostiikka ja lääkehoito .....	14
5 Kasvu- ja oppimisympäristö.....	16
6 Neuropsykiatriseen oireiluun liittyvän osaamisen varmistaminen .....	16
Koulutus.....	16
Monialainen yhteistyö.....	17
7 Jatkosuunnitelmat ja toiveet kehittämisen tuelle .....	19
Jatkosuunnitelmat.....	19
Toiveet kehittämisen tuesta .....	19
3. Johtopäätökset .....	22
Yhdenvertainen saatavuus, oikea-aikaisuus ja jatkuvuus – neurokirjon lasten ja nuorten palveluissa on alueellisia eroja .....	22
Painotuksen siirtäminen ehkäisevään ja ennakoivaan työhön – tukea perustasolla on vähemmän tarjolla teini-ikäisille kuin nuoremmille .....	23
Palvelujen monialaisuuden ja yhteen toimivuuden vahvistaminen – perus- ja erityistason palvelujen yhteistyössä on parantamisen varaa.....	24
Laadun ja vaikuttavuuden varmistaminen – alueiden suunnitelmat ja toiveet palvelujen parantamiseksi .....	25
4. Yhteenvedo ja suositukset.....	26
Lähteet .....	28
Liite 1: Webropol-lomakkeen kysymykset.....	29
Liite 2: Linkkejä hyvinvointialueiden palveluketjuihin ja toimintamalleihin .....	32

# 1. Neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret

Neuropsykiatrisella oireilulla viitataan tässä selvityksessä kehityksellisiin neuropsykiatrisiin häiriöihin, joita ovat muun muassa autismit, ADHD, Touretten oireyhtymä, kielellinen kehityshäiriö sekä oppimisvaikeudet. Puhekielessä varsinkin kolmeen ensimmäiseen näistä viitataan usein puhumalla nepsystä tai nepsy-oireilusta. Tässä selvityksessä tarkastelua ei ole rajattu sen mukaan, onko lapsi tai nuori saanut kehityksellisen neuropsykiatrisen häiriön diagnoosin. Tuen tarpeet näkyvät yleensä jo ennen diagnoosin saamista ja usein myös ilman diagnostisten kriteerien täyttymistä. Raportissa käytetäänkin myös termiä neurokirjon lapset ja nuoret, jonka voi ajatella viittaavan laajemmin neuroepätyypillisiä piirteitä omaaviin lapsiin ja nuoriin. Nuoren ikäraja ei ole määritelty, mutta selvityksen pohjana ollut kysely keskittyi 0–19-vuotiaiden palveluihin.

## Kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt lapsilla ja nuorilla

Useat neurokehityksellisiin häiriöihin liittyvät diagnoosit ovat lisääntyneet maailmanlaajuisesti ja Suomessa 2000-luvun aikana<sup>1 2</sup>. Tämä näkyy sosiaali- ja terveydenhuollon käyntimäärissä. Vuonna 2020 yli puolet 7–12-vuotiaiden suomalaislasten mielenterveysperusteisista käynneistä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa oli kirjattu lapselle, jolla oli jokin neuropsykiatrisen häiriön diagnoosi<sup>3</sup>.

Erityisesti **ADHD-diagnoosit ja ADHD-lääkehoito** ovat lisääntyneet. Esimerkiksi HUSin alueella lähteet lastenpsykiatriaan lisääntyivät 140 prosenttia vuosina 2011–2020<sup>4</sup>. Lastenpsykiatrian lähteistä selvä enemmistö koskee ADHD-epäilyä. Koko maan tasolla 7–14-vuotiaiden ikäryhmässä ADHD-diagnoosit ovat perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterissä yli kaksinkertaistuneet vuodesta 2019 vuoteen 2022<sup>5</sup>.

Vastaava kehitys näkyy lääkkeiden käytössä. Kelan maksamien ADHD-lääkekorvausten määrä 6–12-vuotiaille pojille kasvoi 5,1 prosentista vuonna 2019 kahdeksaan prosenttiin vuonna 2022. Tyttöillä lääkeosojen määrä miltei kaksinkertaistui 1,2 prosentista (2019) 2,3 prosenttiin (2022).<sup>5</sup>

ADHD-lääkeostoissa alueellinen vaihtelu on kuitenkin suurta. ADHD-lääkekorvauksia saavien poikien määrä vaihtelee eri hyvinvointialueilla 4,6 prosentista 16,4 prosenttiin. Tyttöillä hyvinvointialueiden luvut ovat alimmillaan 1,2 prosenttia ja korkeimmillaan 5,9 prosenttia<sup>5</sup>. Lääkkeettömien, psykososiaalisten hoitomuotojen tulisi olla lasten ADHD:n hoidossa ensisijaisia, joten lääkeostojen lisääntyminen erityisesti pojilla herättää kysymyksiä. ADHD:n yleisyydeksi lapsiväestössä on maailmanlaajuisesti arvioitu noin 5 prosenttia. Poikien ADHD-diagnoosit ovat yleisempiä kuin tyttöjen.<sup>2</sup>

Myös **autismit** ja **autismit** ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä sekä kansainvälisesti että Suomessa.<sup>1</sup> Autismin esiintyvyyden lapsilla ja nuorilla on arvioitu olevan noin prosentin luokkaa. Tietoisuus autismikirjosta on lisääntynyt viime vuosina muun muassa aktiivisen yhteiskunnallisen keskustelun kautta. **Kehityksellinen kielihäiriö** ja **oppimisvaikeudet** ovat kuitenkin autismin kirjoja yleisempiä<sup>6 7</sup>. Usein neurokehityksellisten häiriöiden diagnoosit esiintyvät myös samalla henkilöllä yhtä aikaa.

Neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret ovat yliedustettuina paitsi erikoissairaanhoidossa, myös lastensuojelussa. Lastensuojelun sijaishuollossa 26,1 prosentilla lapsista oli jokin neurokehityksellisen häiriön diagnoosi, kun lapsilla, joita ei ole koskaan sijoitettu kodin ulkopuolelle, diagnoosi oli vain 7,2 prosentilla<sup>8</sup>.

Sekä ADHD:n että autismit ja autismit diagnoosien yleistymisen syiksi on arveltu tunnistamiseen ja palvelujärjestelmään liittyviä tekijöitä<sup>1 2</sup>. Asiantuntija-arvioiden mukaan tämä ei kuitenkaan yksinään selitä esimerkiksi ADHD:n yleistymiskehitystä, kuten eivät myöskään erot geeniperimässä. Virhe- tai ylidiaagnostiikan mahdollisuutta on pohdittu: ADHD:n diagnostiikka voi olla haastavaa muun muassa lapsilla yleisen liitännäisoi-reilun vuoksi. Oireiden taustalla voi olla myös ahdistus, masennus, traumaperäinen oireilu, liiallinen ruutu-aika, liian vähäinen liikunta ja nukkuminen, perheympäristön ongelmat tai lapselle haastava oppimisympäristö.<sup>5</sup>

On tärkeää tunnistaa ne neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret, joille on perusteltua tehdä varsinainen diagnostinen tutkimus ja arvioida hoidon tarvetta. Hoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan lapsen ja perheen oma käsitys tilanteesta, lapsen oireet, toimintakyky, kehityksen eteneminen, lapsen ja perheen konnaistilanne sekä lapsen ja perheen vahvuudet ja voimavarat<sup>9</sup>. Kun neuropsykiatriset oireet ovat lieviä tai kohtalaisia, järjestetään neuropsykiatristen häiriöiden hoito ja kuntoutus perustason palveluissa. Vaikeassa oireilussa tarvitaan erikoistason osaamista, joka voidaan järjestää erikoissairaanhoidon konsultaatiotukena perustasolle tai erikoissairaanhoidon yksikössä. Perus- ja erikoistason tehtävät määritellään yhtenäisissä kiirettömän hoidon perusteissa<sup>9</sup> sekä Käypä hoito -suosituksissa.

Monialaiset tukitoimet ja tarpeenmukainen ympäristön muokkaus tulee kuitenkin käynnistää heti, kun herää epäily lapsen tai nuoren kehityksellisestä neuropsykiatrisesta häiriöstä. Tukitoimien aloittaminen ei vaadi diagnoosia. Lapsille ja nuorille tuen antamisessa korostuvat lähiaikuisten ohjauksen tarve sekä toimintaympäristön suuri merkitys. Tukitoimia ovat esimerkiksi lapselle, nuorelle ja vanhemmille annettava tieto ja ohjaus, varhaiskasvatuksessa ja opiskelussa annettava pedagoginen tuki, psykologin tai puhe-, toimintatai fysioterapeutin arvion perusteella annettava ohjaus tai kuntoutus sekä muut tukimuodot, esimerkiksi tukihenkilö tai -perhe ja perhetyö<sup>1 2 6</sup>. Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja varhaiskasvatuksen ja oppilaitosten rooli on kuntoutuksessa merkittävä oireilun vaikeusasteesta riippumatta.<sup>10</sup> Sujuvista alueellisista hoito- ja palvelukokonaisuuksista sopiminen on keskeisen tärkeää.

## Lainsäädäntö ja palvelujärjestelmä

Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten, nuorten ja heidän perheidensä oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin perustuu viime kädessä kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin ja Suomen perustuslakiin. YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen neljä yleisperiaatetta ovat syrjimättömyys, lapsen edun ensisijaisuus, lapsen oikeus elämään, henkiinjäämiseen ja kehittymiseen sekä lapsen oikeus tulla kuulluksi<sup>10</sup>. Perustuslain 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.<sup>11</sup>

Kun neurokirjon lapsi, nuori tai hänen perheensä tarvitsee tukea, yleislainsäädännön mukaiset palvelut ovat ensisijaisia. Tärkeitä yleislakeja neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten kannalta ovat esimerkiksi varhaiskasvatustalvi, perusopetuslaki, sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki.

## Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen

**Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)<sup>12</sup>** säädetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen Suomessa on hyvinvointialueiden tehtävä. Hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve väestötasolla edellyttää.

**Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014)<sup>13</sup> ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010)<sup>13</sup>** säädetään tarkemmin esimerkiksi palvelujen järjestämisen ja toteuttamisen tavoista, palvelujen sisällöstä ja asiakkaan tai potilaan oikeudesta niihin. Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki ovat yleislakeina ensisijaisia lakeja järjestettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja neurokirjon lapselle, nuorelle ja hänen perheelleen. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa asiakkaalla on oikeus palvelutarpeen arvioon ja asiakassuunnitelmaan. Terveydenhuollossa tehdään vastaavasti hoidontarpeen arvio ja hoitosuunnitelma.

Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan lapsella ja hänen perheellään on oikeus saada viipymättä lapsen terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömät sosiaalipalvelut. Sosiaalipalveluina on järjestettävä esimerkiksi perhetyötä, kasvatus- ja perheneuvontaa, sosiaalista kuntoutusta ja opiskeluhoollon kuraattoripalveluja. Kaikessa lasta koskevassa sosiaalihuollon toiminnassa on ensisijaisesti huomioitava lapsen etu (5 §). Palveluja on kehitettävä lapsen kasvatuksen tukemiseksi, ja niitä järjestettäessä on kiinnitettävä erityistä huomiota lasten ja nuorten tarpeisiin ja toivomuksiin (10 §).

Terveydenhuollon saamisen aikarajoja ja sisältöä on määritelty terveydenhuoltolaissa. Kiirettömän perusterveydenhuollon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä 14 vuorokauden aikana hoidontarpeen arviosta (51a §). Perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon tehdyn lähetteen pohjalta tehtävän

hoidontarpeen arviointi on lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa aloitettava kolmen viikon kuluessa ja tarkemmat tutkimukset kuuden viikon kuluessa. Tarvittava hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille kolmen kuukauden kuluessa (59 §). Lapselle on kuitenkin järjestettävä viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut, jos lapsi on lastensuojelun tarpeessa riittämättömien terveydenhuollon palvelujen vuoksi (69 §). Lääkinnällinen kuntoutus, esimerkiksi kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, kuuluu hyvinvointialueen järjestämisvastuulle (29 §).

## Erityislainsäädäntö ja neurokirjon lasten ja nuorten palvelut

Erityislait tulevat sovellettavaksi, jos henkilö ei saa tarvitsemiaan palveluita yleislakien perusteella. Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten kannalta merkityksellisiä erityislakeja ovat esimerkiksi vammaispalvelulaki (675/2023)<sup>14</sup> ja lastensuojelulaki (417/2007).

**Vammaispalvelulain** perusteella järjestetään erityispalveluita vammaiselle henkilölle, joka ei saa yksilöllisen tarpeensa mukaisia, sopivia ja tavanomaisessa elämässä tarvittavia palveluita muutoin. Jokaiselle palvelulle on lisäksi omat, tarkemmat myöntämisedellytyksensä.

Sekä vammaispalvelulakiin että kehitysvammalakiin (519/1977)<sup>15</sup> perustuvia palveluita tulee aina myöntää yksilöllisen tarpeen perusteella. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien järjestäminen ei siis perustu diagnoosiin, vaan henkilön vammasta tai sairaudesta aiheutuvaan tarpeeseen. Palvelujen saamisen edellytyksenä on pitkäaikainen vamma tai sairaus, joka aiheuttaa erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista (2 §). Palvelujen tarve arvioidaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa lähiomaisen tai muiden tahojen kanssa vammaissosiaalityön palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä (4 §). Käytännössä on usein katsottu, että neuropsykiatrisen oireilu yhdistettynä vaikeaan autismiin tai älylliseen kehitysvammaan aiheuttaa sellaisia tarpeita, jotka oikeuttavat vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin.

Vammaispalvelujen lainsäädäntöä ollaan parhaillaan uudistamassa. Lain soveltamisalaa tarkennetaan erikseen annettavalla hallituksen esityksellä vuoden 2024 aikana. Uusi vammaispalvelulaki tulee voimaan 1.1.2025. Uuteen vammaispalvelulakiin on koottu myös palveluita, joita nykyään myönnetään kehitysvammalain perusteella. Kehitysvammalakiin jäävät vuoden 2025 alusta lähtien vain itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja perusoikeuksien rajoittamista sekä tahdosta riippumatonta erityishuoltoa koskevat säännökset.

**Lastensuojelulaissa** säädetään muun muassa avohuollon tukitoimista (36 §) sekä ehkäisevästä lastensuojelusta (3a §). Avohuollon tukitoimia ovat esimerkiksi lapsen kuntoutumista tukevat hoito- ja terapiapalvelut, tehostettu perhetyö sekä perhekuntoutus. Ehkäisevää lastensuojelua on tuki ja erityinen tuki, jota annetaan esimerkiksi opetuksessa, nuorisotyössä, päivähoidossa, äitiys- ja lastenneuvolassa sekä muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ehkäisevä lastensuojelu on siis laajasti eri toimijoiden tehtävä.

Lastensuojelulaissa säädetään myös terveydenhuollon erityisistä velvollisuuksista (15 §): hyvinvointialueen terveydenhuollon on annettava asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluja lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle. Säädökset palvelujen piiriin pääsystä ovat olennaisia, koska tällä hetkellä neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret ovat yliedustettuina lastensuojelun palveluissa.

Käytännössä se, minkä lainsäädännön perusteella tukea saadaan, ei yleensä ole lapselle, nuorelle tai perheelle olennaista. Tärkeintä on, että apua saadaan oikea-aikaisesti ja matalalla kynnyksellä ja että se vastaa tarpeisiin. Keskeistä on, että eri palvelut toimivat lapsi- ja nuorilähtöisenä kokonaisuutena. On tärkeää varmistua myös siitä, että koko perhe saa tarvitsemansa tuen. Monialaisuus ja yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityistason palvelujen välillä on kirjattu velvoittavana lainsäädäntöön. Kirjaamiseen ja tiedonhallintaan liittyvien säädösten tunteminen on myös olennaista palvelujen sujuvuuden kannalta.

**Järjestöjen** tarjoama apu ja tuki täydentää lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Järjestöjen rooli matalan kynnyksen neuvonnan, vertaistuen ja käytännön avun ja tuen tarjoajana on monelle neurokirjon lapselle, nuorelle ja hänen perheelleen keskeinen.

## Kelan kuntoutus

Perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi Kelan rooli on kuntoutuksen tarjoajana merkittävä neuropsykiatrisesti oireileville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Perustason hoito ja siihen liittyvä

kuntoutus kuuluvat hyvinvointialueiden vastuulle. Kelan roolista säädetään **laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005)**<sup>16</sup>. Kelan **järjestämisvastuulla** on vaativa lääkinällinen kuntoutus, joka tulee kyseeseen, kun sairaus tai vamma rajoittaa merkittävästi ja pitkäaikaisesti toimintakykyä ja vaikeuttaa arjen sujumista. Neurokirjon lapsi tai nuori voi saada vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena esimerkiksi neuropsykologista kuntoutusta.

Kela järjestää myös neuropsykiatrisesti oireileville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen räätälöityä kuntoutusta Oma Väylä- ja Laku-perhekuntoutuksen muodossa. Ne ovat niin kutsuttua harkinnanvaraista kuntoutusta, jonka määrä riippuu eduskunnan vuosittain myöntämästä määrärahadista. Myös nuorten ammatillisen kuntoutuksen Nuotti-valmennukseen on ohjautunut neurokirjon nuoria<sup>17</sup>. Kelan kuntoutuksia ei ole tarkoitettu ensisijaiseksi palveluksi neurokirjon lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Käytännössä vaikuttaa kuitenkin siltä, että Kelan kuntoutuksia käytetään myös paikkaamaan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen puutteita<sup>17</sup>.

## 2. Hyvinvointialueille tehty kysely neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palveluista

Kaikille 22 hyvinvointialueelle lähetettiin kesällä 2023 Webropol-kysely neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen järjestämisestä (liite 1). Vastausaika oli elokuun loppuun saakka. Kysely lähetettiin Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman hankejohtajille, joita pyydettiin keräämään tarvittavat tiedot hyvinvointialueensa lapsiperheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen vastuuhenkilöiltä. Kyselyn saatesanoissa vastauksia pyydettiin keräämään monialaisesti eri palveluista. Hankejohtajat valikoituivat kyselyn leviämisen kanavaksi, koska lasten ja nuorten neuropsykiatrisia palveluja on kehitetty osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus -ohjelman alaista LAPE-ohjelmaa. Vastauksia arveltiin myös saatavan enemmän hyvinvointialuekohtaisen koordinoivan henkilön kautta verrattuna siihen, että kysely olisi lähetetty yksittäisille, eri palveluista vastaaville esimiehille. Vastausten keräämisen avuksi kyselyn liitteeksi oli laadittu Word-lomakepohja, johon vastaukset pystyi keräämään ennen niiden syöttämistä Webropoliiin.

Kyselyä muotoiltaessa jouduttiin karsimaan ja yhdistelemään kysymyksiä, jotta kyselystä ei tulisi liian pitkä. Kyselystä rajattiin myös pois kasvatus- ja opetustoimen toimintaan liittyvät sisällöt sekä järjestöjen tarjoama omaehtoinen tuki hyvinvointialueilla. Kysely kohdentui siis sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiin peruspalveluihin sekä niiden yhteistyörakenteisiin erityistason palvelujen sekä koulujen ja oppilaitosten kanssa.

Vastaukset saatiin 21 hyvinvointialueelta.

### 1 Helposti saatavilla oleva tieto ja oma-apu

Ensimmäisellä kysymyksellä kartoitettiin lapsen, nuoren ja hänen vanhempiansa mahdollisuutta saada hyvinvointialueella mahdollisimman vaivattomasti tietoa neuropsykiatrisista piirteistä ja tarjolla olevista oma-avun kanavista ja palveluista.

#### 1 HELPOSTI SAATAVILLA OLEVA TIETO JA OMA-APU

Kansallisella tasolla on kehitetty erilaisia tiedon ja oma-avun kanavia, kuten Mielenterveystalo, joissa huomioidaan myös neuropsykiatrisen oireilu. Nämä ovat usein ensimmäisiä paikkoja, joista lapset, nuoret ja vanhemmat etsivät tietoa ja tukea liittyen keskittymis- ja ylivilkkausoireisiin tai ei-toivottavaan käytökseen. Millaista lapsille, nuorille ja perheille helposti saatavaa tietoa, oma-apua ja tukea on kansallisen tason lisäksi saatavilla hyvinvointialueenne järjestämänä? Kyseessä voi olla esimerkiksi neuropsykiatrisen oireiluun liittyvä kirja- tai materiaalilainaamo, mahdollisuus kysyä neuvoa neuvontapuhelimesta, tietoa erityisesti neuvontapuhelimen lapsen vanhemmille suunnatuista palveluista, käytös- tai neuropsykiatrisen oireiluun liittyvää perustietoa tai -koulutusta vanhemmille. Oma-avun tai tuen palvelu tai digitaalinen sisältö voi olla joko hyvinvointialueen itse toteuttama tai ostopalveluna tuotettu. Jos tietoa ja oma-apua on saatavilla joko hyvinvointialueen kattavasti tai osittain, tarkenna millaista. Vastaa valitsemasi ikäryhmän / ikäryhmien osalta.

Valtaosassa hyvinvointialueista oli tarjolla hyvinvointialuekohtaista tietoa ja oma-apua matalalla kynnyksellä. Alle 13-vuotiaille tukea ei ollut lainkaan tarjolla kolmella alueella ja 13–19-vuotiaille neljällä alueella. Muilla alueilla oma-apua ja tietoa oli saatavilla kaikille ikäryhmille, joskaan ei välttämättä koko hyvinvointialueen kattavasti.

Tarkentavista avovastauksista selvisi, että tukea on tarjolla monessa muodossa. Eniten mainintoja matalan kynnyksen tiedon välityksessä sai **neuvontapuhelin**, josta sai tietoa tai palveluohjausta neuropsykiatrisesta



oireilusta. Neuvontapuhelin oli käytössä kahdeksalla hyvinvointialueella. Lisäksi kaksi aluetta mainitsi yleisen lapsiperheiden palveluohjausnumeron.

**Digitaaliseen tukeen** oli listattu jonkin verran kansallisia digitaalisia palveluja, kuten Zoturi.com-sivuston neuropsykiatrisesta oireilusta kertovat videot. Usealla alueella oli kehitetty näiden lisäksi omia sähköisen tiedon ja tuen kanavia. Kenties kattavin esimerkki oli Pirkanmaan neuropsykiatrista oireilua koskeva tietosivusto, joka on aiemmin toiminut Tampereen kaupungin ylläpitämänä. Viidellä muullakin alueella oli internetissä tietoa neuropsykiatrisen oireilun omahoidosta tai palveluketjuista. Lapissa oli käytössä oma nepsy-chat. Vantaan ja Keravan hyvinvointialue oli tuottanut oppaan lapsen käytös- ja neuropsykiatrisesta oireilusta vanhemmille sekä tehnyt hyvinvointialueen Youtube-kanavalle perheille suunnatun videosarjan neuropsykiatrisesta oireilusta. Yksi hyvinvointialue suunnitteli järjestön kanssa yhteistyönä podcastia. Lisäksi vastaajat mainitsivat yleisiä lapsiperheiden palvelujen sähköisiä yhteydenottokeinoja, kuten Pyydä apua -napin.

Mahdollisuus päästä **keskustelemaan kynnyksettömästi** neuropsykiatrisesta oireilusta ammattilaisen kanssa oli harvinaista. Yhden hyvinvointialueen perhekeskuksissa ammattilaiset olivat tavattavissa niin kutsutulla nepsy-pysäkillä, josta sai kertaluonteista neuvontaa ja ohjausta. Vanhempien inforyhmä mainittiin kahdessa vastauksessa ja ohjaaminen järjestön toteuttamaan neuvontakäyntiin oli käytössä yhdellä alueella. Usea alue kuitenkin nosti esiin, että ammattilaiset antavat tietoa ja ohjausta neuropsykiatrisesta oireilusta osana muita kohtaamisia ja palveluita, kuten neuvolan perhetyötä, varhaiskasvatusta tai sosiaalihuollon peruspalveluja.

Viidellä hyvinvointialueella oli kirjastoon tai muuhun palveluun perustettu **nepsy-tietopiste** tai apuvälinelainaamo.

## 2 Varhainen ja perustason tuki

Kysymyksessä numero kaksi selvitettiin perustasolla annettavan sosiaali- ja terveydenhuollon varhaisen tuen tarjontaa hyvinvointialueilla. Vastaajia pyydettiin kertomaan, millaisia tukimuotoja ja menetelmiä hyvinvointialueella on käytössä missäkin palvelussa. Vaihtoehdot oli annettu lomakkeessa valmiiksi, ja palveluita pyydettiin kuvaamaan erikseen alle 13-vuotiaille ja 13–19-vuotiaille.

### 2 VARHAINEN / PERUSTASOLLA ANNETTAVA TUKI NEUROPSYKIATRISEEN OIREILUUN

Millaista hyvinvointialueenne järjestämään, sosiaali- ja terveydenhuollon varhaista tai perustason tukea on tarjolla niille neuropsykiatrisesti tai käytöksellä oireileville lapsille, joilla ei välttämättä ole diagnoosia, mutta lapsi tai perhe tarvitsee oireilun vuoksi tukea kotiin, koulunkäyntiin tai opiskeluun? Täytä soveltuvin osin, mitä tukea, missä palvelussa ja minkä ammattiryhmän toimesta on saatavilla myös ilman diagnoosia. Palvelu tai tukimuoto voi olla hyvinvointialueen toteuttama tai ostopalveluna tuotettu.

### Varhaisen tuen tarjonta kattavampaa alle 13-vuotiaille

Alle 13-vuotiaille monen varhaisen tuen tukimuodon tilanne näyttäytyi suhteellisen hyvänä. **Neuropsykiatrisen oireiluun liittyviä konsultaatio- ja ohjauskäyntejä kotiin, varhaiskasvatukseen ja kouluun** oli varhaisen tuen muodoista parhaiten tarjolla: ainoastaan yhdellä alueella tätä työmuotoa ei toteutettu lainkaan. Kolmella hyvinvointialueella toiminta oli vähäistä eli sitä tarjottiin esimerkiksi vain yhdessä tai kahdessa kunnassa. Useimmilla hyvinvointialueilla oli kuitenkin monta eri palvelua, jotka jalkautuivat tarvittaessa neuropsykiatrisesti oireilevien alle 13-vuotiaiden arkeen. Useimmin matalan kynnyksen ohjausta arkiympäristössä tekivät kasvatus- ja perheneuvonnan, opiskeluhoollon, kuntoutuspalvelujen sekä lapsiperheiden sosiaalihuollon palvelujen työntekijät. Parissa vastauksessa mainittiin varhaiskasvatuksen erityisopettajat sekä vammaispalvelut. 13–19-vuotiaille konsultaatio- ja ohjauskäyntien saatavuus nuoren arkiympäristöön oli huonompi. Yhdeksällä alueella ei ollut palvelua tarjolla lainkaan tai sitä sai vain pistemäisesti yksittäisestä palvelusta tai työntekijältä.

**Neuropsykiatrisen oireiluun painottuvaa perhetyötä** oli myös hyvin tarjolla nuoremmille lapsille ja heidän perheilleen. 19 hyvinvointialueella työntekijöitä oli sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä

koulutettu neuropsykiatrisiksi valmentajiksi ja he hyödynsivät osaamista työssään. Palvelu oli joko omaa toimintaa tai vähäisessä määrin ostopalvelua. Toiminta erosi hyvinvointialueiden sisällä siten, että kunnasta riippuen käytössä saattoi olla eri tapa järjestää perhetyötä. Perhetyötä tarjottiin myös 13–18-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen 17 hyvinvointialueella, useimmiten sosiaalihuoltolain mukaisena perhetyönä mutta myös lastensuojelun tehostettuna perhetyönä. Näistä ainoastaan neljällä alueella perhetyötä tarjottiin nimenomaan nuorten omista palveluista, esimerkiksi nuorisoasemalta, käsin.

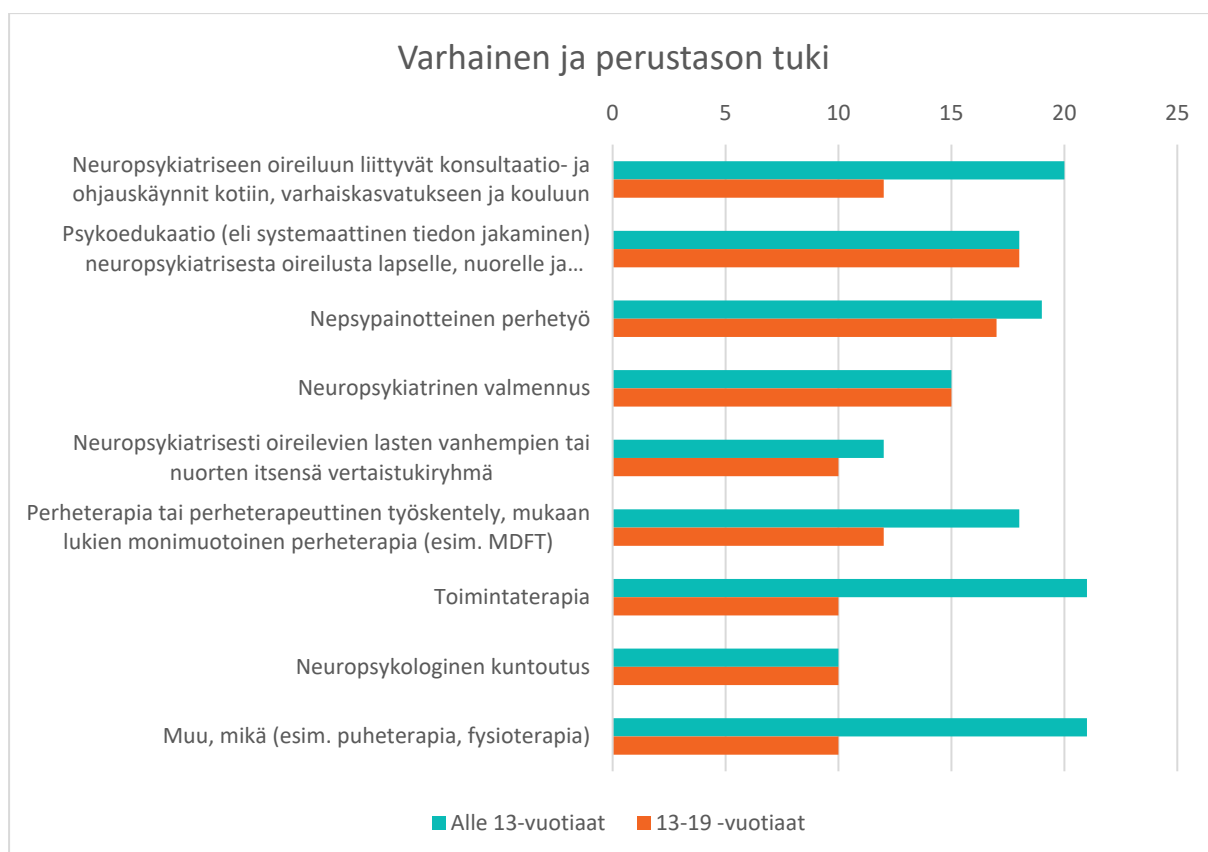
Lisäksi kysyttiin myös varsinaisesta **neuropsykiatrisesta valmennuksesta**. Viisitoista aluetta ilmoitti järjestävänsä neuropsykiatrisen valmennuksen jaksoja sekä alle 13-vuotiaille että 13–19-vuotiaille joko omana toimintana tai ostopalveluna. Jaksot myönnettiin useimmiten tiettyjen kriteerien pohjalta, esimerkiksi kuntoutustyöryhmän arvion kautta. Niissä vastauksissa, joissa lakiperusta oli mainittu, palvelua kerrottiin järjestettävän sekä sosiaalihuoltolain (5 mainintaa) että terveydenhuoltolain (2 mainintaa) perusteella. Toteutus oli joko hyvinvointialueen omana toimintana (7 mainintaa) ja/tai ostopalveluna (5 mainintaa). Neuropsykiatrisen valmennuksen jaksoja ei ollut omana palvelumuotonaan saatavilla 7 alueella. Näiden alueiden vastauksissa mainittiin, että alueilla on neuropsykiatrisen valmentajan koulutuksen saaneita työntekijöitä, jotka käyttävät osaamista osana omaa työtään esimerkiksi opiskeluhuollossa tai sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä.

Erikseen kysyttiin myös **psykoedukaatiosta** eli systemaattisesta tiedon jakamisesta. Kolmella alueella sitä ei ollut perheille tarjolla, muilla alueilla tietoa neuropsykiatrisesta oireilusta taas jaettiin sekä nuoremille lapsille että teini-ikäisille ja heidän perheilleen. Psykoedukaatiota annettiin laajasti eri palveluissa sekä osana työnkuvaa että erikseen esimerkiksi vanhemmille suunnatuissa ryhmissä.

Alueista 12 mainitsi alle 13-vuotiaiden vanhemmille jonkin **vertaistuen** muodon, esimerkiksi kohtaamispaikkatoiminnan tai järjestöyhteistyön. Teini-ikäisille ja heidän vanhemmilleen vertaistukea oli huomattavasti tarjolla: 10 aluetta ilmaisi järjestävänsä jonkinlaista vertaistukea joko nuorille itselleen tai heidän vanhemmilleen, mutta tuki oli usein pistemäistä, yhdellä paikkakunnalla tai vain ajoittain tapahtuvaa.

**Perheterapiaa tai perheterapeutista työskentelyä** oli tarjolla kattavasti nuoremmille ikäryhmille. Vain kolme aluetta ilmoitti, että perheterapiaa tai perheterapeutista työskentelyä ei ole tarjolla alle 13-vuotiaille neurokirjon lapsille. Teini-ikäisillä tilanne oli huonompi: 9 alueella perheterapiaa ei ollut saatavilla. MDFT-terapiaa järjestettiin 5 alueella joko alle tai yli 13-vuotiaiden ikäryhmälle.

**Lääkinnällisen kuntoutuksen** järjestämisen tavat erosivat paljon. Toimintaterapiaa, puheterapiaa ja fysioterapiaa oli kattavasti saatavilla alle 13-vuotiaille kaikilla hyvinvointialueilla. Terapiat järjestettiin joko omana toimintana, palvelusetelillä tai ostopalveluna. Noin puolet alueista ilmoitti järjestävänsä myös neuropsykologista kuntoutusta pääsääntöisesti erikoislääkärin tai neuropsykologin arvion perusteella. 13–19-vuotiaille kuntoutuksen saatavuus ei ollut yhtä hyvä. Vain 10 alueella oli saatavilla joko toimintaterapiaa, puheterapiaa tai neuropsykologista kuntoutusta teini-ikäisille. Terapiapalvelujen saatavuuden ongelmat ja pula esimerkiksi puheterapeuteista ja neuropsykologeista mainittiin muutamissa vastauksissa. Yksi alue mainitsi kuntoutuksen kohdalla vammaispalvelulain mukaiset palvelut.



**Kuvio 1. Varhaista tukea tarjoavien hyvinvointialueiden määrä työmuodoittain, alle 13-vuotiaat sekä 13–19-vuotiaat.**

### Myös strukturoitujen interventioiden tarjonta painottui nuorempiin ikäryhmiin

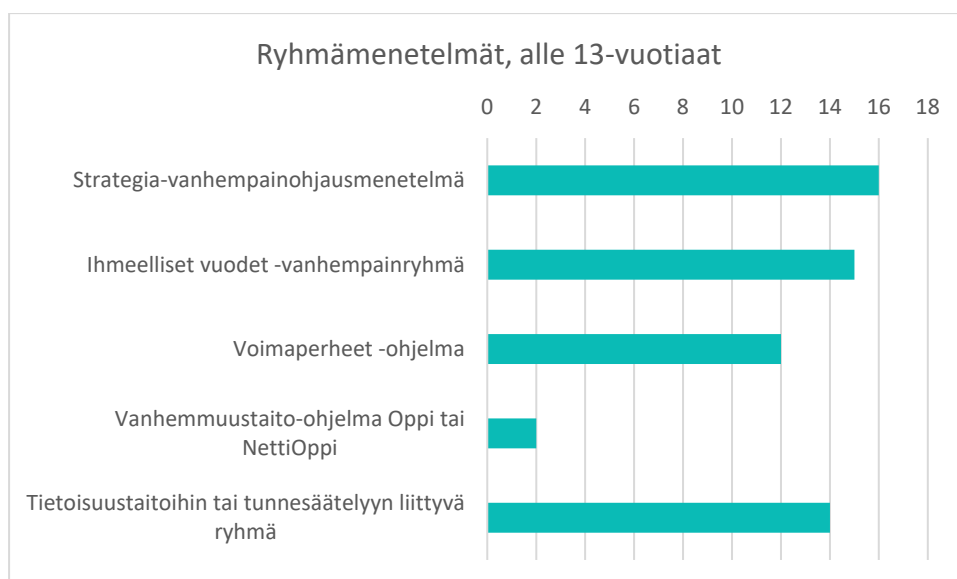
Hyvinvointialueilta kysyttiin myös erilaisten strukturoitujen interventioiden tai muiden ryhmien tarjonnasta neuropsykiatrisesti oireileville lapsille ja nuorille.

**Strategia-vanhempainohjausmenetelmä**, joka on kehitetty nimenomaan ADHD:n hoitoon, oli kysytyistä menetelmistä kattavimmin käytössä alle 13-vuotiailla. Sitä oli tarjolla 16 hyvinvointialueella. Toisaalta teini-ikäisten vanhemmille strategiaryhmiä tarjottiin vain 5 hyvinvointialueella.

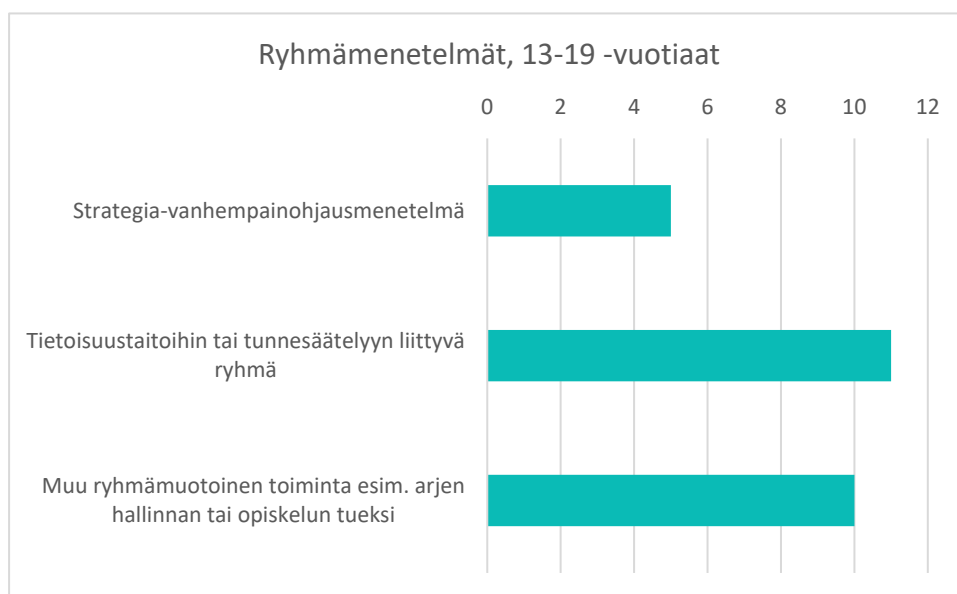
Alle 13-vuotiaiden käytösoireisiin yleisellä tasolla kohdentuvista ryhmistä **Ihmeelliset vuodet** -vanhempainryhmiä oli 15 alueella tarjolla perustason palveluissa, joskin muutama alue mainitsi, että ryhmät eivät ajankohtaisesti olleet toiminnassa. Ihmeelliset vuodet -ryhmiä pidettiin useimmiten kasvatus- ja perheneuvolassa tai osana sosiaalihuoltolain mukaista perhetyötä. Yhdellä alueella ryhmä toimi vain erikoissairaanhoidossa ja 5 alueella ei ollenkaan. **Voimaperheet -ohjelma** oli käytössä 12 alueella ainakin joissakin osissa hyvinvointialuetta. Vanhemmuustaito-ohjelma Oppi tai NettiOppi ei ollut laajalle levinnyt, se oli käytössä vain kahdella alueella.

Hyvinvointialueilla oli käytössä myös tunnesäätelytaitojen ja tietoisuustaitojen harjoitteluun tarkoitettuja ryhmämenetelmiä. Ryhmiä oli tarjolla alle 13-vuotiaille yhteensä 14 alueella ja 13–19-vuotiaille 11 alueella. Pääosin ryhmät toteutuivat koulu- ja opiskeluhuollossa tai nuorten mielenterveyspalveluissa. **ART** oli useimmin mainittu ryhmä, lisäksi monta mainintaa saivat Somebody, Zones of regulation, CoolKids, DKT ja IPC sekä kognitiiviset menetelmät yleisesti. Lisäksi autismikuntoutuksen SOTOKU-menetelmä mainittiin pari kertaa.

Teini-ikäisten kohdalla kysyttiin myös muun arkea tai opiskelua tukevan ryhmätoiminnan tarjonnasta hyvinvointialueella. Noin puolella alueista oli tarjolla joitakin tällaisia ryhmiä, esimerkiksi itsenäistyvien nepsy-nuorten valmennusryhmä, yläkouluikäisille nepsy-nuorille järjestetty Toimex-ryhmä tai sosiaalisten taitojen ryhmä.



**Kuvio 2. Strukturoituja tai muita ryhmäinterventioita tarjoavien hyvinvointialueiden määrä menetelmien mukaan jaoteltuna, alle 13-vuotiaat.**



**Kuvio 3. Strukturoituja tai muita ryhmäinterventioita tarjoavien hyvinvointialueiden määrä menetelmien mukaan jaoteltuna, 13–19-vuotiaat.**

Ryhmätarjontaa ei voitu tässä kyselyssä kovin tarkalla tasolla selvittää. Saatujen avovastausten perusteella varsinkin nuorten ikäryhmässä muutaman laajalle levinneen menetelmän lisäksi käytössä oli laaja valikoima eri tavoin järjestettyjä ja eri sisältöisiä sosiaalista pärjäävyyttä ja arkea tukevia ryhmiä. Niitä järjestettiin eniten opiskeluhoitopalvelujen työntekijöiden toimesta, usein myös nuorten mielenterveyspalveluissa sekä jonkin verran sosiaalihuoltolain mukaisissa palveluissa, esimerkiksi lastensuojelussa ja perhetyössä. Ohjaamo mainittiin nuorten ryhmätoiminnan järjestäjänä kaksi kertaa.

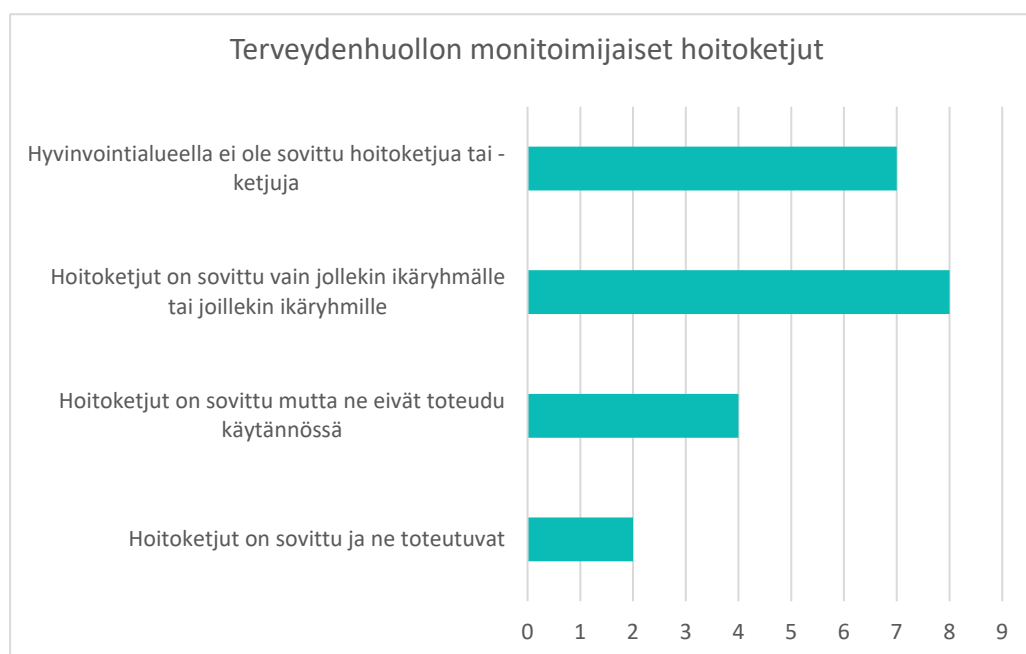
### 3 Terveysthuollon monitoimijaiset hoitoketjut

Kolmanneksi kysyttiin, onko hyvinvointialueella sovittu yksi tai useampi terveydenhuollon monitoimijainen hoitoketju lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden tutkimuksiin, diagnostiikkaan ja hoitoon.

#### 3 NEUROPSYKIATRISESTI OIREILEVIEN LASTEN JA NUORTEN HOITOKETJUT

Onko hyvinvointialueella sovittu terveydenhuollon monitoimijainen hoitoketju / monitoimijaiset hoitoketjut lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden tutkimuksiin, diagnostiikkaan ja hoitoon?

Kaksi hyvinvointialuetta vastasi, että kaikkien alle 20-vuotiaiden osalta hoitoketjut oli hyvinvointialueen laajuisesti sovittu ja ne toteutuivat myös käytännössä. Loput vastauksista hajaantuivat voimakkaasti: useimmilla hyvinvointialueilla joidenkin ikäryhmien, esimerkiksi alle kouluikäisten, hoitoketjuista oli sovittu. Ne eivät välttämättä kuitenkaan toteutuneet käytännössä, ja muiden ikäryhmien hoitoketju saattoi olla sopimatta. Samoin hyvinvointialueen sisällä saattoi olla alueittain tai kunnittain suurta vaihtelua siinä, oliko yhteistyökäytännöistä sovittu tai miten ne toteutuivat. Kolmella hyvinvointialueella ei ollut sovittu vielä minkään ikäryhmän monitoimijaisia hoitoketjuja.



Kuvio 4. Monitoimijaiset terveydenhuollon hoitoketjut hyvinvointialueilla.

Kirjallinen kuvaus neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen ja nuoren diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvästä terveydenhuollon hoitoketjusta oli tehty Kymenlaakson, Satakunnan, Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueilla (liite 2). Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa oli tehty lasten ja nuorten ADHD-palveluketjukuvaus. Useimmilla näistä alueista terveydenhuollon hoitopolku oli sisällytetty osaksi laajempaa lasten ja nuorten palveluverkko- tai palveluketjukuvausta. Mallinnuksen olemassaolo ei välttämättä tarkoittanut, että hoito- tai palveluketju toteutui käytännössä koko hyvinvointialueen tasoisesti. Vastauksissa tuotiin esiin myös palveluketjukuvausten päivittämisen tarvetta.

Vastaajia pyydettiin tarkentamaan vastaustaan ja kertomaan hyvinvointialueensa sovituista hoitoketjuista ja niiden puutteista. Puutteet liittyivät vastausten mukaan esimerkiksi **osaamisen tunnistamiseen, resurssien jakautumiseen ja monialaisen työn johtamiseen**:

Laajojen integratiivisten hoitopolkujen johtamis-, kehittämis- ja juurruttamistyöhön ei ole selkeitä rakenteita. Työ tehty pääosin hanketuella. Palveluiden kuormittuneisuus, jonot ja

henkilöstövajeet vaikeuttavat asiakkaan tuen saantia ja heikentävät palveluiden jatkuvuutta ja laatua. Moniammatillinen verkostotyö ja hoidon ja palvelun tarpeen arviointi, josta monia palveluja käyttävä nepsy-asiakas hyötyisi, ei meillä vielä toimi toivotulla tavalla.

Käytännöt eivät ole yhtenäisiä, koska työvoiman ja resurssin käyttö ei ole tasaista. Osaamista ei kaikilta osin ole tunnistettu.

Resurssia tarvittaisiin perustasolle ja varhaiseen puuttumiseen sekä vanhempien ohjaukseen lisää.

Varhainen tunnistaminen ontuu. Perheneuvolan näkökulmasta hoitoketjut ovat erittäin epäselviä. Lasten ja nuorten neuropsykiatrisen palvelupolku laadittu 2020. Paljon päivitettävää on.

#### **Hyvinvointialueiden organisoituminen nousi myös esiin:**

Hyvinvointialue on organisoitumassa ja ollut toiminnassa vasta reilu 6 kuukautta. Hoitoketjua on luotu, mutta tulee päivittää uuden organisaatiomallin mukaiseksi kaikissa palveluissa.

Hyvinvointialue aloitti toimintansa vasta 2023 alussa ja käsiteltäviä asioita on niin paljon, että hoitoketjun rakentaminen on vielä kesken. Hoitoketjusta tulee todella monitoimijainen, mukana on kuntoutusta, perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidtoa, sosiaalipalveluita jne. toimintakin on vasta hahmottumassa. Tällä hetkellä alueella toimii erilaisia hoitoketjuja, jossain terveydenhoitaja kartoittavat ja koulu-/opiskelulääkärit diagnosoivat, toisaalla diagnoosit tehdään lapsipolilla. Alueella on toteutettu erilaisia malleja, varsinkin diagnoosin suhteen. Hoitoketjuja on sovittu (viime vuosikymmenellä) ja niitä toteutetaan alueellisesti, kunnes yhteinen hoitoketju saadaan rakennetuksi. Pikkulasten autismi erikoissairaanhoidossa, muuten autismidiagnoosien teko kiinni yksittäisistä lääkäreistä ennen kuin saadaan yhteinen linja sovittua.

#### **Viestinnällä ja tiedonvaihdolla oli myös roolinsa:**

Palveluverkko on tehty 2018, koskettaa alle 18-vuotiaita. Haasteena verkon jalkauttaminen sekä ammattilaisten löytyminen sovittuun toimintamalliin. Verkko vaatii päivittämistä ja sen löytäminen on haasteellista.

Osassa aluetta sovittu, osassa ei. Vakiintuneita hoitoketjuja, joita ei kuitenkaan ole dokumentoitu.

Yksiköissä on tehty omia prosessikuvauksia ja sovittu työnjaosta ja ohjautumiskäytännöistä eri yksiköiden välillä. Yhteistä monitoimijaista hoitoketjua ei ole kuitenkaan vielä kuvattu kirjallisena.

Sovittu lastenneurologian hoitoketju on olemassa, mutta tieto ei ole levinnyt hyvinvointialueella ja hyvinvointialueen muodostamisen vuoksi tulee hoitoketju täsmentää nykyisen organisaation mukaiseksi.

## **4 ADHD:n diagnostiikka ja lääkehoito**

Tällä kysymyksellä haluttiin saada tarkempaa tietoa nimenomaan ADHD:n diagnostiikasta. Kysymys esitettiin ikäryhmittäin: alle kouluikäiset, alakouluikäiset, yläkouluikäiset ja 16–19-vuotiaat.

### **4a ADHD:N DIAGNOSTIIKKA**

Mikä hyvinvointialueen palvelu tai yksikkö (tai mitkä palvelut tai yksiköt) vastaa hyvinvointialueella pääsääntöisesti ADHD-diagnostiikasta? Jos asiasta ei ole sovittu hyvinvointialueen yhteistä käytäntöä, valitse 'ei sovittua käytäntöä'.

### **4b ADHD:N LÄÄKEHOITO**

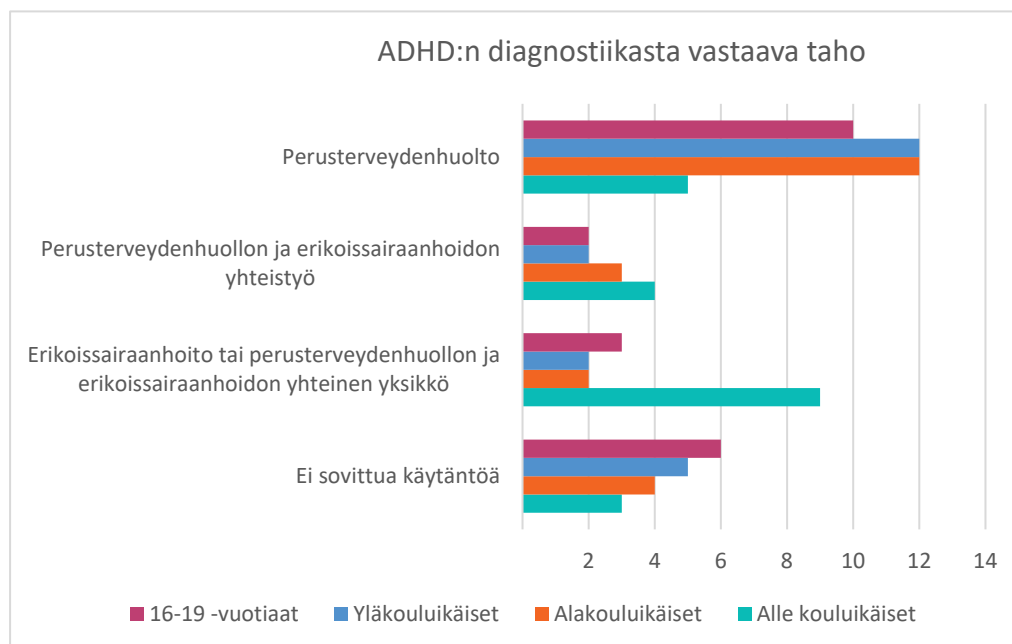
Jos hoidossa päädytään aloittamaan lääkehoito, missä ADHD-lääkehoidon aloitus tehdään?

Kahdella hyvinvointialueella ei ollut sovittu minkään ikäryhmän kohdalla ADHD-diagnostiikan vastuutahoja. Yhdellä alueella kaikkien ikäryhmien ADHD-diagnostiikka oli kokonaan keskitetty erikoissairaanhoidon hoitoon. Lääkitys aloitettiin miltei poikkeuksetta samassa yksikössä kuin missä diagnoosi tehtiin: vain kolmen hyvinvointialueen vastauksessa oli jonkin yksittäisen ikäryhmän kohdalla maininta, että lääkityksen voi aloittaa myös muu taho kuin diagnoosin tehnyt lääkäri.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna **alle kouluikäisten** diagnostiikka ja lääkehoidon aloitus painoutuivat valtakunnallisesti erikoissairaanhoidon. Yhdeksällä alueella ADHD-diagnostiikka ja lääkehoidon aloitus alle kouluikäisille oli keskitetty kokonaan erikoissairaanhoidon tai perus- ja erikoistason integroivaan yksikköön. Lisäksi neljällä alueella diagnostiikkaa tehtiin vaihdellen sekä perus- että erikoistason tarpeen mukaan. Viisi aluetta oli linjannut, että diagnostiikka ja lääkehoidon aloitus tehdään perustasolla, pääosin lastenneuvolassa, kehityksellisissä palveluissa, perusterveydenhuollon moniammatillisissa yksiköissä tai kasvatus- ja perheneuvolassa. Kolmella alueella alle kouluikäisille ei ollut sovittu mitään vastuutahoa.

**Ala- ja yläkouluikäisten** ikäryhmässä diagnostiikka ja lääkehoidon aloitukset tapahtuivat valtaosin, eli 12 hyvinvointialueella, perusterveydenhuollossa. Kaikilla näillä alueilla vastuutahona oli kouluterveydenhuolto, mutta joillakin alueilla oli lisäksi mainittu kasvatus- ja perheneuvola tai lasten ja nuorten mielenterveys- tai kehitykselliset palvelut. Alakouluikäisten osalta 4 ja yläkouluikäisten osalta 5 hyvinvointialuetta ei ollut sopinut ikäryhmälle vastuutahoa ADHD-diagnostiikkaan ja lääkitysten aloitukseen. Erikoissairaanhoidon taseiseen yksikköön peruskouluikäisten diagnostiikka oli keskitetty kahdella alueella. Lopuilla 2–3 alueella diagnostiikkaa tehtiin vaihtelevasti sekä perus- että erityistasolla.

**16–19-vuotiailla** perustaso vastasi diagnostiikasta ja lääkehoidon aloituksesta kymmenellä hyvinvointialueella. Kuudella alueella käytännöistä ei ollut sovittu mitään. Vastuu diagnostiikasta oli kolmella alueella erikoissairaanhoidossa, ja kahdella alueella vastuu jakautui vaihtelevasti perustason ja erikoissairaanhoidon kesken.



**Kuvio 5. ADHD:n diagnostiikasta vastaava taho terveydenhuollon yksikköjen ja ikäryhmien mukaan jaoteltuna.**

## 5 Kasvu- ja oppimisympäristö

Kysymyksessä viisi kartoitettiin systemaattisen yhteistyön rakenteita varhaiskasvatuksen, koulujen ja oppilaitosten sekä hyvinvointialueiden välillä.

### 5 KASVU- JA OPPIMISYMPÄRISTÖ

Tekeekö hyvinvointialue suunnitelmallista yhteistyötä alueen kuntien varhaiskasvatuksen, koulujen ja oppilaitosten kanssa tuen kokonaisuuksien rakentamiseksi neuropsykiatrisesti oireileville lapsille ja nuorille? Tarkenna, millaista ja kenen toimesta?

Kolmasosalla vastanneista hyvinvointialueista yhteistyö hyvinvointialueen sekä kasvatuksen ja sivistyksen toimialan kanssa oli melko systemaattista ja vakiintunutta. Esimerkiksi Kymenlaakson niin kutsutussa nepsy-polkutyöryhmässä on hyvinvointialueen, varhaiskasvatuksen ja oppilaitosten edustus. Ryhmässä arvioidaan säännöllisesti neuropsykiatrisen palvelupolun toimivuutta. Siellä myös määritellään, mitä mittareita ja kartoituksia koulut ja oppilaitokset tekevät ennen nuorten mielenterveyspalveluihin ohjaamista, sekä suunnitellaan koulutuksia ja hyvinvointialueen ja kasvatusta- ja sivistystoimen yhteistyötä.

Palveluketjuja työstettiin kattavasti hyvinvointialueen ja kuntien yhteistyönä myös esimerkiksi Vantaalla ja Keravalla, Helsingissä, Lapissa sekä Etelä-Karjalassa. Pohjois-Pohjanmaalla oli käytössä yhteisövaikuttavuusmallin mukainen toimintamalli.

Yhdellätoista hyvinvointialueella yhteistyötä tehtiin, mutta se ei ollut suunnitelmallista, koko hyvinvointialueen kattavaa tai vielä vakiintunutta. Kolmella hyvinvointialueella yhteistyö oli vasta suunnitteluasteella.

Yhteistyön konkreettisina foorumeina mainittiin perhekeskusverkosto sekä erilaiset lakisäätöiset suunnitelmat, esimerkiksi lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelman tai alueellisen opiskeluhoitosuunnitelman teko.

## 6 Neuropsykiatriseen oireiluun liittyvän osaamisen varmistaminen

Tällä kysymyksellä selvitettiin neuropsykiatriseen oireiluun liittyvän osaamisen kehittämistä ja ylläpitoa sekä moniammatillisen ja -alaisen yhteistyön rakenteita.

### 6 NEUROPSYKIATRISEEN OIREILUUN LIITTYVÄN OSAAMISEN VARMISTAMINEN

Miten hyvinvointialueen perustason palveluissa on varmistettu neuropsykiatriseen oireiluun liittyvä osaaminen ja asiantuntijuus? Täydennä kohdat a-e soveltuvin osin.

- Perustason työntekijöitä on koulutettu hyvinvointialueen (tai aiemmin kuntien) toimesta käyttöoireiden ja neuropsykiatristen piirteiden ymmärtämisessä, varhaisessa tuessa tai hoidossa ja kuntoutuksessa.
- Perustason palveluissa on moniammatillinen tai monialainen tiimi tai työryhmä (tai useita alueellisia tiimejä / työryhmiä), johon on keskitetty osaamista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä palvelujen koordinoinnissa, perheiden tukemisessa ja/tai neuropsykiatrisen oireilun hoidossa ja kuntoutuksessa.
- Sovitut konsultaatio-, yhteistyö- tai työnohjausrakenteet perustason eri toimijoiden kesken, esim. neuropsykiatriseen oireiluun liittyvä verkosto tai asiantuntijaryhmä, josta ammatillaiset voivat saada tukea työlleen.
- Sovitut konsultaatorakenteet perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon/erikoislääkäritoimiston asiantuntijan välillä
- Muu käytäntö tai malli osaamisen lisäämiseen ja ylläpitoon

## Koulutus

Yhtä hyvinvointialuetta lukuun ottamatta kaikilla alueilla työntekijät olivat saaneet koulutusta neuropsykiatriseen oireiluun liittyen. Noin puolet hyvinvointialueista kuvasi vastauksessaan koulutuksia vain yleisellä tasolla:



Runsaasti koulutuksia pidetty, ohjataan myös käymään ESH koulutuksissa. Jatkuva lisäkoulutustarve on. Ne joita asia kiinnostaa käy eniten koulutuksissa, muita on vaikeampaa kouluttaa. Nepsy pitäisi kuulua laajemmin peruskoulutukseen.

Yksitoista vastaajaa luetteli tarkemmin, mitä koulutuksia hyvinvointialueella oli järjestetty. Se, ketä oli koulutettu ja mitä koulutusta saatu, vaihteli paljon hyvinvointialueiden kesken. Osa koulutuksesta oli laaja-alaista, kaikille tarjottavaa yleistietoa esimerkiksi webinaarien välityksellä:

Koko hyvinvointialueen henkilöstölle on tarjottu webinaarisarjaa syksyille. Osallistumisinnokkuus on ollut vahvaa, noin 600 työntekijää on jo ilmoittautunut.

Osa koulutuksesta taas oli kohdennettuja menetelmäkoulutuksia:

Koulutusta hankittu perustason työntekijöille sekä ostopalveluna että omana työnä sisäisinä koulutuksina/työpajoina. Osin koulutukset toteutuneet yhteistyössä erityistason palveluiden kanssa. Koulutukset olleet moniammatillisia ja niiden sisällöt ja kohderyhmät suunniteltu yksiköiden toiveiden mukaan. Lisäksi työntekijöille ostettu koulutusta tiettyjen tutkimus- ja kuntoutusmenetelmien käyttöön (esim. ADI-R, ADOS-2, Sotoku jne.).

Neuropsykiatrisen valmentajan koulutus oli useimmin mainittu yksittäinen koulutus. Se nostettiin esiin kunnan hyvinvointialueen vastauksissa:

Kyllä, koulutettu omia neuropsykiatrisia valmentajia esim. sosiaalihuoltolain mukaisissa palveluissa.

Nepsyvalmentaja-koulutukseen on osallistunut psykologeja, kuraattoreita, terveydenhoitajia, perhetyöntekijöitä, sosiaaliohjaajia- ja työntekijöitä.

Koulutusta saaneiden joukossa oli laajasti eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmiä. Viisi hyvinvointialuetta mainitsi koulutusten toteutuneen yhteistyössä sivistystoimen kanssa tai koulutuksen olleen suunnattu myös sivistystoimelle:

Sivistyksen toimijoita (varhaiskasvatuksen ja perusopetuksen henkilöstöä) on koulutettu hyvinvointialueen toimesta.

Neljä aluetta toi esiin, että aktiiviset työntekijät olivat kouluttautuneet itse tai oma-aloitteisesti, eivät aina hyvinvointialueen tukemana tai maksamana:

Monesti ammatillaiset ovat kouluttautuneet itse, hva ei sitoutunut nepsy-koulutuksiin. Tämä siis erittäin vaihtelevaa. Koulutukseen on hakeuduttu oman kiinnostuksen vuoksi, ei organisaation kannustamana. Kouluttautuneita on kuraattoreja, terveydenhoitajia, sosionomeja, perhetyöntekijöitä.

## Monialainen yhteistyö

Seitsemän hyvinvointialuetta oli kiinnittänyt huomiota hyvinvointialuetasoiseen perustason palvelujen monialaiseen osaamiseen. Näillä alueilla oli perustettu **neuropsykiatriseen oireiluun liittyviä moniammatillisia tai monialaisia tiimejä** tai neuropsykiatrista osaamista oli koottu esimerkiksi kehityksellisten palvelujen tai kuntoutuksen arviointi- tai konsultaatiotyöryhmään. Näiden niin kutsuttujen nepsy-työryhmien asiakkaiden ikäryhmää ei kysytty, mutta ryhmien toiminta vaikutti nimen perusteella kiinnittyvän useimmiten alle 13-vuotiaiden palveluihin (lasten kuntoutustyöryhmä, lasten erityisvastaanotto). Koko hyvinvointialueen kattava, neuropsykiatrista osaamista kokoava tiimi tai -tiimejä vähintään jollekin ikäryhmälle oli Helsingissä, Kanta-Hämeessä, Varsinais-Suomessa, Päijät-Hämeessä, Keski-Suomessa, Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksoissa.

Kolmella hyvinvointialueella neuropsykiatriseen oireiluun keskittyvää työryhmää oltiin juuri perustamassa. Kahdeksalla alueella oli toiminnassa jokin pienimuotoisempi työryhmä tai muu rakenne, jossa oli neuropsykiatrista osaamista, kuten yksittäisen yksikön tai perhekeskuksen arviointitiimi. Nämä palvelivat vain osaa hyvinvointialueen kunnista tai useampaa kuntaa mutta vain tiettyä ikäryhmää.

Nepsy-työryhmät tai -tiimit asemoituivat useimmiten terveydenhuollon kontekstiin, mutta yleensä sosiaalityöntekijä oli osa tiimiä. Neljän alueen vastauksissa oli erikseen mainittu sosiaalipalvelujen kanssa tehtävä yhteistyö, esimerkiksi siten, että mukana tiimissä oli lapsiperheiden sosiaalityön sosiaaliohjaaja tai lapsiperheiden palvelutarpeen arvion työntekijä. Yksi alue, Helsinki, mainitsi vastauksessaan avoperhekuntoutuksen nepsy-työryhmän, joka tarjoaa palvelua lastensuojelulain perusteella lastensuojelun avohuollon tukitoimena.

Moni nepsy-tiimi tarjosi asiakastyön lisäksi myös tukea ja konsultaatioita muille yksiköille ja ammattilaisille. Lisäksi neljällä hyvinvointialueella oli olemassa laajempi **ammattilaisten yhteistyöverkosto**, joka oli koottu neuropsykiatrisen oireilun teeman ympärille ja joka tiedotti, kokosi toimijoita yhteen ja antoi koulutusta muille ammattilaisille.

**Perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon** välisiä konsultaatorakenteita oli eritasoisesti yhteensä 18 alueella, joskin seitsemän niistä mainitsi käytäntöjen kehittämisen olevan kesken. Kaikilla näillä alueilla perustason lääkärit pystyivät konsultoimaan puhelimitse tai kirjallisesti esimerkiksi lasten- tai nuorisopsykiatria tai lastenneurologia. Näistä kuudella alueella yhteistyötä tehtiin myös laajemmin: konsultaatorakenne kattoi muutkin ammattiryhmät kuin lääkärit, tai perus- ja erikoistason välillä oli yhteisiä säännöllisiä tiimirakenteita. Lisäksi kolme aluetta mainitsi, että heillä on perus- ja erikoistason yhdistävä palvelumalli, kuten avopediatrimalli tai lasten erityispalvelut, jonka rakenteissa konsultaatiot tapahtuvat.

Kolme aluetta ei ollut vastannut kysymykseen perus- ja erikoistason välisistä konsultaatorakenteista.

Yhteistyö- ja konsultaatorakenteet sekä perus- että erikoistasolla näyttäytyivät toimivina ja laaja-alaisina erityisesti Kymenlaaksossa ja Etelä-Karjalassa. Näillä kahdella alueella monialaisen työn rakenteet kattoivat myös kaikki ikäryhmät alle kouluikäisistä 19-vuotiaisiin saakka.

#### Esimerkkejä vastauksista, joissa kuvattiin nepsy-tiimien toimintaa:

Osana neuropsykiatrista osaamiskeskusta on aloittanut keväällä 2023 lasten ja nuorten neuropsykiatrisen tiimi, joka toimii hallinnollisesti Kehityksellisissä palveluissa. Moniammatillinen tiimi tukee neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia ja nuoria perheeseen kytkeytyen muihin perustason toimijoihin silloin, kun niiden antama tuki ei riitä (tarkentavat tutkimukset, ohjauksellinen työ, kuntoutus). Tiimi tarjoaa ammattilaisille konsultaatiotukea sekä järjestää tarpeen mukaan myös koulutusta/työpajoja neuropsykiatrisiin teemoihin liittyen. Osaamiskeskusmallin mukaisesti tiimi koordinoi alueen neuropsykiatrisia palveluita ja kytkeytyy myös aikuisten palveluihin. Yli 18-vuotiaiden neuropsykiatrisella poliklinikalla toimii moniammatillinen tiimi. Yhdessä lasten ja nuorten neuropsykiatrisen tiimin kanssa nämä muodostavat neuropsykiatrisen osaamiskeskuksen. (Etelä-Karjala)

Nepsy-tiimit toimivat alueilla, joko itsenäisesti ja osina kuntoutustyöryhmää, niihin on koottu asiantuntemusta, mm. lastenneurologi, toimintaterapeutti, puheterapeutti, terveydenhoitaja, oppilashuollon psykologi, lapsiperheiden sosiaalityön sosiaaliohjaaja, palvelutarpeen arvion sosiaaliohjaaja, perhetyöntekijä, perheneuvolan työntekijä sekä neuropsykiatrisen valmentaja. (Kanta-Häme)

Alaikäisten mielenterveys- ja perheneuvolapalveluissa monialainen nepsy-tiimi alaikäisille koko hyvinvointialueen laajuisesti. Alle kouluikäisille osalla alueista monialainen konsultatiivinen lasten kuntoutustiimi. (Päijät-Häme)

Kehityksen tuen tiimi, kun tarvitaan vahvempaa perustason tukea (neuvola-kouluterveydenhuolto-kehityksellisten palveluiden vastaanotto ja lasten kuntoutus).

Nuorten Matalan nepsy-tiimi (perustettu Tulsote-hankkeen tuella vuonna 2022)

Perheneuvolan ja kehityksellisten palveluiden vastaanoton yhteistyötiimi, kun asiakkaan asiassa tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon työnjaon selkiyttämistä tai yhteisasiakkuutta. (Kymenlaakso)

## 7 Jatkosuunnitelmat ja toiveet kehittämisen tueksi

### 7 JATKOSUUNNITELMAT JA TOIVEET KEHITTÄMISEN TUELLE

Millaista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen kehittämistä hyvinvointialueella on meneillään tai suunnitteilla? Millaista kansallista tukea kehittämiseksi toivoisitte?

#### Jatkosuunnitelmat

Kaikki hyvinvointialueet kertoivat jonkintasoisista jatkosuunnitelmista neurokirjon lasten, nuorten ja perheiden palvelujen parantamiseksi.

Kolmetoista hyvinvointialuetta nimesi vastauksessaan neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen kehittämiseksi alueellisen kotipesän, vastuutahon tai muun kehittämiskäytännön. Useimmiten kehittäminen ulottui laajasti yli yksikkö- ja palvelurajojen: mainintoja saivat esimerkiksi moniammatillinen neuvopsy-työryhmä, perhekeskusverkosto ja mielenterveys- ja riippuvuuspalvelujen kehittämisen hanke. Näistä viidellä alueella neurokirjon lasten ja nuorten palvelujen kehittäminen kiinnittyi kapeammin tiettyihin ammattiryhmiin tai tiettyyn kohtaan palveluissa, esimerkiksi lasten ja nuorten kuntoutukseen ohjautumiseen. Seitsemän hyvinvointialuetta mainitsi jatkavansa neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen kehittämistä nimenomaan Euroopan kestävän kasvun rahaston (RRP) hankkeena.

Kahdeksalla alueella kehittämistyö jatkui osana perustyötä ilman, että vastauksesta olisi ilmennyt sille erityistä vastuutahoa tai sovitua rakennetta. Näistä viidellä hyvinvointialueella jatkokehittäminen näyttöä epäsysteemattisena, muun työn ohella ilman lisäpanostusta tehtävänä tai hyvin rajattuna, vain yksittäiseen yksikköön tai työmuotoon kohdentuvana.

#### Toiveet kehittämisen tuesta

Valtaosa vastanneista hyvinvointialueista eli 15 aluetta toivoi jatkossa kansallista tukea ja suuntaviivoja neuropsykiatrisesti oireilevien lasten, nuorten ja heidän perheidensä palvelujen kehittämiseen.

Kansallisen tuen toivottiin keskittyvän neljään asiaan:

- kansallisten suositusten ja toimivien mallien levittämiseen
- lainsäädännön ja sen myötä vastuunjaon selkeyttämiseen
- verkostoitumiseen ja sen koordinoimiseen
- varhaisen tuen tehostamiseen.

Yksitoista mainintaa tuli yleisen **kansallisen ohjauksen** tarpeesta. Tätä sanottiin vastauksissa toivomalla esimerkiksi valtakunnallisia suosituksia palvelujen järjestämisestä, kansallista ohjausta ja tukea tai kansallisia mielenterveystyön malleja. Toivottiin myös suosituksia siitä, mitä palveluita hyvinvointialueilta pitäisi minimissään löytyä.

Kaikki kansallinen tuki ja toimivien mallien levittäminen ovat tärkeitä esim. monia palveluja käyttävän neuvopsy-asiakkaan ja -perheen verkostotyön ja palveluiden koordinoimisen toimivat mallit.

Toiveena on kansallinen tuki vakiintuneille käytännössä vaikuttaviksi todetuille menetelmille esimerkiksi neuropsykiatriselle valmennukselle. Tutkimustieto laahaa perässä, mutta esim. Käypähoito -suositukset jo näitä palveluita asiakaslähtöisesti suosittelvat.

Kehittämiseen toivotaan kansallista ohjausta ja suuntaviivoja. Kehittäminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja pitkäjänteisyyden toivotaan näkyvän myös kehittämistyön rahoituksessa.

Kaikki apu on tarpeen. Kokonaiskuvan luominen on haastavaa.

**Vastuunjaon selkeyttäminen** nousi esiin toisena suurena tarpeena. Kymmenen aluetta toivoi kansallista ohjausta lainsäädännön ja tehtäväjaon selkeyttämiseen esimerkiksi kouluterveydenhuollon tehtävistä suhteessa mielenterveyspalveluihin:

Palvelujen kehittämistä vaikeuttaa se, ettei laissa ole selkeästi määritelty kenen vastuulla sairanhoidollisesti ovat lievästi ja keskivaikeasti oireilevat lapset ja nuoret. Kansallisesti tukea toivotaan vastuun selkeyttämiseen kehittämistyön tueksi

Toivotaan laajemmin kansallisia malleja lasten mielenterveystyöhön, ja eri ammattiryhmien tehtäviin hoitopoluissa. Mitkä palvelut sisältyvät lain kuvaamaan 'yhtenäiseen kokonaisuuteen'? Terveystyötoimintain ja neuvola ja koulu ja opiskeluterveydenhuollon toiminnan asetuksen ja perustason lasten mielenterveysoireiden hoitotyön vastuun ristiriitojen ratkaisu tarpeellinen. Lastenneuvolalle ja kouluterveydenhuollolle määritelty tehtäväksi ennaltaehkäisy, seuloja ja hoitotoiminta, ja sen mukaan valtakunnalliset suositukset henkilöstötoimintoihin ja toimintaohjeet. Todellisuudessa lastenneuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon kohdistuu toiveita ja tarpeita hoitovastuusta seulojen ja hoitoon ohjaamisen lisäksi lasten mielenterveysoireiden hoidosta perustasolla. Hoitovastuullinen taho määriteltävä tarkemmin ja henkilöstötoimintasuositusten kuvattava todellista tilannetta kyseisissä palveluissa.

ADHD ei nyt resurssien puitteissa hoidu kouluterveydenhuollossa, mutta joudutaan silti hoitamaan niitä siellä, koska muualla ei hoideta ja se soveltuu sinne aika hyvin. Toiveena olisi että THL, STM ym. tiedostaa tämän haasteen, tiedottaa siitä (niin että PTH johtajat ymmärtävät) ja kuvaa minkälaiset resurssit tarvitaan jos aiotaan hoitaa sekä lakisääteiset tarkastukset että ADHD/nepsy koulutuksessa. Hyvä olisi selvittää mikä on toimiva struktuuri perustasolla, jolla saadaan näille riittävät palvelut. Tarvitaan KELAN kautta enemmän sopeutumisvalmennuskursseja, myös ruotsiksi ja englanniksi.

Muidenkin palvelujen tehtäviin sekä ylipäänsä **perustason palvelujen rooliin** kaivattiin selvennyksiä:

Sosiaalipalvelujen ja terveystyötoimintojen välillä on haasteellista löytää hoidon ja tuen vastuunjako. Valtakunnallisestikin on epäselvää, kuinka määritellään, mikä on mielenterveyden hoitoa ja mikä on mielenhyvinvoinnin tuen ja sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen perusteella toteutettavaa apua ja tukea. Tämä näkökulma koskee myös neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia ja nuoria.

Perheneuvolan näkökulmasta toivoisimme kansallistakin tukea palvelurakenteiden ja resurssitarpeiden selkiinnittämiseen: esim. paljonko resurssia tarvitaan, että asiat voidaan hoitaa hyvin? Sosiaali- ja terveystyötoimintojen selkeämpi työnjako tai määrittely siitä, mikä kuuluu minnekin. Perheneuvolassa tehdään tällä hetkellä paljon terveystyötoimintoihin kuuluvaa työtä, vaikka olemme osa sosiaalipalveluja ja kirjaamme sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmään.

Yhtenäisempää linjausta, mitä pitää tarjota, helpompi resursoida, tasavertainen saatavuus asiakkaiden näkökulmasta.

Kansallisesti olisi hyvä saada selkeitä suosituksia, mitä hyvinvointialueilta pitäisi minimissään löytyä.

Useassa vastauksessa nostettiin esiin nimenomaan **perustason työn vahvistaminen** eri keinoin, esimerkiksi koko perheen huomioimisella ja sosiaalihuollon palvelujen vahvistamisella.

On huomattu perustason palvelussa aukko. Perustason tukea ei ole riittävästi tarjolla niille neuropsykiatrisesti tai käytöksellään oireileville lapsille ja nuorille/perheille, joilla ei välttämättä ole diagnoosia, mutta tarvitsevat oireilun vuoksi tukea kotiin ja koulunkäyntiin. Sosiaalihuollon palvelua tulee kehittää, jotta estetään raskaampien palvelujen tarvetta.

Kasvatus- ja perheneuvonnan ydintehtäviin jää yhä vähemmän aikaa, sillä terveystyötoimintoihin kuuluvat asiat kuten nepsy-selvittelyt vievät yhä enemmän työresurssia. Meillä on osaamista hoitaa kasvatus- ja perheneuvonnan ydintehtävien lisäksi myös terveystyötoimintaa (lasten ja nuorten perustason mielenterveydenhoitoa), mutta tämänhetkinen resurssi ei meillä riitä kaiken hoitamiseen.

Vanhempien tuki koetaan tärkeäksi. Nepsy tulisi huomioida laajasti yksilön ja perheen jaksamisena ja tukena, Nepsy-ystävälliseen ympäristöön pitäisi kiinnittää huomioita. Koulutusta ja kohtaamisen taitojen lisäämistä henkilöstölle.

Tarvitaan enemmän erityisosaamista ja ryhmämuotoisia psykoedukaatio-kuntoutusmuotoja perustasolle.

Suunniteltu järjestämisvastuun mukainen työnjako erikoissairaanhoidon ja hyvinvointialueen palvelujen välillä ei kaikilta osin toteudu. Läheteitä palautuu merkittävä määrä. Läheteiden palautumisen jälkeistä tilannetta on mahdoton seurata (lähettäviä tahoja useita) ja varmistaa, ettei yksikään lapsi/nuori putoa palvelujen väliin. Perustason palvelujen rakenteet eivät ole tällä hetkellä riittävät keskivaikkeiden mielenterveydenhäiriöiden hoitoon tai pitkäkestoista tukea edellyttävien (esim. kehityksellisten erityisvaikeuksien) häiriöiden seurantaan.

Lisäksi toivottiin, että **vuoropuhelua** pidettäisiin yllä ja keskinäistä verkottumista tuettaisiin.

Varhaiseen vaiheeseen ja perustasolle suuntautuvan Nepsy tiimin kehittämistyö jatkuu osana Suomen kestävän kasvun ohjelmaa ja toive on kansalliselle nepsy-verkoston koordinoinnille.

Nepsytyöhön toivotaan kansallista koordinaointia ja ylläpitävää puhetta. Nämä asiakkaat ovat usein paljon palveluita tarvitsevia jotka näkyvät joka "luukulla".

Olemme myös kytkeytyneet eri alueiden neuropsykiatristen palveluiden kehittäjiin. Tähän toivoisimme jatkossa tiiviimpää ja koordinoitumpaa verkostoa, jotta voisimme hyödyntää entistä paremmin valtakunnallisen kehittämistyön nimenomaan neuropsykiatrisiin palveluihin liittyen.

Erityisesti toivotaan kunnan ja hyvinvointialueen yhteistyötä tukevaa rahoitusta ja tukea. Hyvinvointialueen viestintä on kiinnittänyt huomiota myös erityispiirteisten tavoitettavuuteen.

Jatkossa tarve kehittää systemaattisempaa yhteistyötä sote-järjestötoimijoiden kanssa.

### 3. Johtopäätökset

Tässä luvussa kyselyn tuloksia peilataan löyhästi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteisiin, jotka ovat:

- palvelujen yhdenvertaisuuden saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen;
- painotuksen siirtäminen ehkäisevään ja ennakoivaan työhön;
- palvelujen monialaisuuden ja yhteentoimivuuden vahvistaminen sekä
- laadun ja vaikuttavuuden varmistaminen.

Näiden lisäksi ohjelman tavoitteena on ollut kustannusten kasvun hillintä sekä läpileikkaavana teemana digitaalisten palvelujen vahvistaminen.

Kysely toteutettiin loppukesästä 2023, jolloin hyvinvointialueet olivat olleet toiminnassa noin seitsemän kuukautta. Alueiden tilanne uusina ja osin järjestäytymättöminä toimijoina näkyi kyselyn vastauksissa. Moni vastaaja nosti esiin sen, että hyvinvointialueen sisäinen vastuunjako ja palvelujen kehittämistyö on vasta käynnistymässä. Kyselyn vastauksista oli myös pääteltävissä, että eri hyvinvointialueilla vastaukset oli koottu eri tavoin ja eri ammattilaisilta. Tämä kuvastanee palvelujen erilaista järjestämistapaa eri hyvinvointialueilla, mutta liittyy varmasti myös keskeneräisiin organisaatorakenteisiin. Joillakin alueilla vastaajana oli yksittäinen asiantuntija, esimerkiksi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman lapsi- ja perhepalvelujen kehittämisestä vastaava hanketyöntekijä tai tietyn palvelun ylilääkäri. Toisilla alueilla vastaukset oli koottu eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteistyönä.

Hyvinvointialueiden erilaiset tilanteet toivat painotuseroja vastauksiin. Selvityksen tulokset ovatkin ennen kaikkea yleiskatsaus valtakunnalliseen tilanteeseen, eivätkä ne tarjoa täsmällistä vertailutietoa eri hyvinvointialueiden välillä.

#### Yhdenvertainen saatavuus, oikea-aikaisuus ja jatkuvuus – neurokirjon lasten ja nuorten palveluissa on alueellisia eroja

Yleiskuvana hyvinvointialueiden vastauksista piirtyi suuri vaihtelu palveluketjujen jatkuvuudessa ja palvelujen järjestämisen tavoissa kansallisella tasolla. Palvelujen tarkkaa saatavuutta asiakkaan näkökulmasta ei kyselyn perusteella pystytä arvioimaan, koska kysymykset kohdistuivat palvelujen järjestämisen tapoihin ja palvelujen sisältöihin. Selkeiden palvelukokonaisuuksien puute useilla hyvinvointialueilla kuitenkin viittaa siihen, että palveluita on valtakunnallisesti saatavilla eri tavoin.

Vain kolmasosalla alueista oli tehty jonkinlainen kuvaus hyvinvointialueen neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten **hoito- ja palveluketjuista**. Parhaimmassa tapauksessa nämä kuvaukset oli rakennettu käyttäjälähtöisesti selkeän visuaalisen ulkoasun avulla, ne palvelivat sekä perheitä että ammattilaisia ja olivat julkisesti saatavilla esimerkiksi Terveystieteen kautta. Yhdeksän aluetta kertoi, että hyvinvointialueen palveluketjun tekeminen neuropsykiatrisesti oireileville lapsille ja nuorille oli parhaillaan työn alla. Kahdella näistä valmista oli odotettavissa syksyn 2023 aikana. Viidellä alueella palveluketjuja ei ollut vielä ryhdytty tarkastelemaan hyvinvointialueen tasoisesti. Näillä viidellä alueella saattoi olla aiheesta kunta- tai yksikkökohtaisia käytäntöjä ja ohjeistuksia.

Suurin ero hyvinvointialueiden välillä neurokirjon lasten ja nuorten palvelujen nykytilassa näyttääkin liittyvän siihen, miten pitkällä eri hyvinvointialueilla ollaan palveluketjujen tai -kokonaisuuksien kehittämisessä. Osa hyvinvointialueista on rakentunut entisten kuntayhtymien tai sairaanhoitopiirien pohjalle, ja näissä yhteistyötä on oletettavasti kehitetty pitkäjänteisesti jo ennen hyvinvointialueiden aloittamista. Osa hyvinvointialueista on aloittanut yhteisten palvelukokonaisuuksien rakentamisen vasta sote-uudistuksen myötä. Tämä tausta saattaa osaltaan selittää hyvinvointialueiden eritahtisuutta myös neurokirjon lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksien tai -ketjujen kehittämisessä.

Kyselyn vastauksissa puutteet hoito- ja palveluketjujen kehittämisessä liitettiin esimerkiksi **hyvinvointialueiden järjestäytymiseen, osaamisen tunnistamisen puutteisiin, monialaisen työn johtamiseen sekä**

**viestintään ja tiedonvaihtoon.** Vastaajien esiin nostamat syyt ovat varsin yhteneväisiä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keväällä 2023 tekemän monialaisten palvelujen selvityksen kanssa<sup>13</sup>. Selvityksessä neurokirjon henkilöiden palveluketjut nousivat selkeästi esiin omana kehittämistä vaativana kokonaisuutenaan. Palveluketjujen kehittämisen tarve yhdistyi selvityksessä muun muassa palveluiden pirstaleisuuteen ja kokonaisuuden vaikeaan hahmotettavuuteen sekä riittämättömään työnjakoon yksiköiden välillä.

Hyvinvointialueen tasolla sovitut palveluketjukuvaukset ovat tärkeitä sen vuoksi, että neuropsykiatrisesti oireilevat lapset ja nuoret perheineen saivat palveluja lainmukaisesti ja yhdenveroisesti asuinkunnasta riippumatta. Palveluketjujen mallintaminen myös tuo yhteen eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt ja toimijat, kuten myös muut keskeiset kumppanit, esimerkiksi kasvatuksen ja koulutuksen toimialan. Monialainen palveluntarve tulee tunnistettua ja siihen vastataan oikea-aikaisesti ja koordinoitusti.

## Painotuksen siirtäminen ehkäisevään ja ennakoivaan työhön – tukea perustasolla on vähemmän tarjolla teini-ikäisille kuin nuoremmille

**Matalan kynnyksen tietoa ja oma-apua** lapsille, nuorille ja perheille oli tarjolla hyvin eri tavoin ja sattumanvaraisesti eri puolilla Suomea. Vastausten perusteella tiedon jakamisessa ei ole otettu vielä systemaattisesti käyttöön digitaalisia palveluja, jotka voisivat parantaa maantieteellistä saatavuutta. Tietoa neuropsykiatrisesta oireilusta matalalla kynnyksellä tarjottiin useimmin osana sitä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua, joka oli muutenkin ensisijainen palvelun tarjoaja perheille. Tämä taho oli yleensä jokin kaikki lapset ja nuoret tavoittava universaali palvelu, kuten neuvola tai opiskeluhoolto, tai jokin sosiaalihuoltolain mukainen palvelu, kuten lapsiperheiden sosiaaliohjaus.

Näissä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa tehtävän työn sisältöä kartoitettiin tarkemmin listauksella eri matalan kynnyksen palveluista tai työmuodoista. Varhainen tuki oli kysymyksen asettelussa muotoiltu (myös) ilman neuropsykiatrista diagnoosia tarjottavaksi tueksi.

Tiettyjä **sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai tukimuotoja** vaikutti tämän kyselyn perusteella olevan erityisesti alle 13-vuotiaille periaatteessa hyvin tarjolla kaikilla tai melkein kaikilla hyvinvointialueilla. Näitä olivat neopsy-painotteinen perhetyö, neuropsykiatrisen valmennus, toimintaterapia sekä ohjaus- ja konsultaatiokäynnit kotiin, varhaiskasvatukseen ja oppilaitoksiin. Kaikkia näitä tukimuotoja ilmoitti järjestävänsä vähintään 20 aluetta. Toimintaterapiaa lukuun ottamatta kyseisiä työmuotoja toteuttivat useimilla hyvinvointialueilla laajasti eri ammattiryhmät: esimerkiksi neuvolan terveydenhoitajat, sosiaalihuollon perhetyöntekijät, kuntoutusohjaajat sekä kasvatus- ja perheneuvonnan ja opiskeluhoitolpalvelujen ammattilaiset. Valtakunnallisesti tarkasteltuna koulutusta ja osaamista oli siis kattavasti, ja sitä hyödynnettiin tiiviisti päivittäisessä työssä. Yksittäisen hyvinvointialueen sisällä saattoi silti olla vaihtelua palvelun tarjonnassa siten, että palvelua tarjottiin vain osassa kuntia tai tietyn yksikön kautta.

Tämän kyselyn kautta ei voidakaan arvioida sitä, mikä on tietyn palvelun tosiasiallinen saatavuus hyvinvointialueilla yksittäisen lapsen, nuoren tai perheen näkökulmasta. Varhaisen vaiheen tuen ja hoidon saatavuus neuropsykiatrisen oireiluun riippuu paljolti siitä, miten kyseistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua on yleisesti saatavilla. Tiedetään, että koronapandemian jäljiltä esimerkiksi opiskeluhoollon on edelleen hoito- ja palveluvelkaa, johon ei pystytä riittävästi vastaamaan<sup>18</sup>. Samoin monet sosiaalihuollon peruspalvelut ovat kuormittuneet ja perheet kokevat, etteivät saa tarvitsemaansa tukea<sup>19</sup>. Vaikka tiedon ja varhaisen tuen antaminen olisi siis organisaatiossa laajalti monen ammattilaisen ja yksikön tehtävä, tuki ei välttämättä kuitenkaan tavoita riittävästi kaikkia tarvitsevia.

Kyselyn vastauksista voi kuitenkin tehdä tulkinnan, että valtakunnallisella tasolla mainitut neljä palvelumuotoa (toimintaterapia, perhetyö, neuropsykiatrisen valmennus ja ohjauskäynnit kouluun ja kotiin) on ainakin alle 13-vuotiailla tunnistettu keskeisiksi varhaisen tuen muodoiksi, joissa on tärkeää olla neuropsykiatrista osaamista.

**13–19-vuotiaille perustason tukea** oli kautta linjan huonommin tarjolla. Osassa niistäkin hyvinvointialueista, joissa teini-ikäisten tuen käytännöistä oli sovittu, se koski vain 16–17-vuotiaita ja 18 vuoden kynnyksen ylittyessä palvelupolku oli epäselvä. Myös diagnostiikka ja lääkitysten aloittaminen näytti käyvän mutkikkaammaksi sen mukaan, mitä vanhemmista lapsista oli kyse. Kolme hyvinvointialuetta ei ollut sopinut alle kouluikäisille vastuutahoa diagnostiikkaan. 16–19-vuotiaiden vastuutaho oli epäselvä kuudella alueella.

Huomion tehokkaampi kiinnittäminen nuorempiin ikäryhmiin on ymmärrettävää mahdollisimman varhaisen tunnistamisen ja tuen näkökulmasta. Kaikkia ei kuitenkaan onnistuta tunnistamaan ja auttamaan alle kouluikässä tai alakouluikäisenä. Lain mukaan myös teini-ikäisillä perheineen on oikeus saada tarvitsemansa laaja-alainen arjen tuki, diagnoosi ja hoito yhtä sujuvasti kuin nuoremmilla. Neurokirjon nuoren itsenäistymisvaihe voi olla kriittinen koko loppuelämän pärjäävyyden kannalta. Teini-ikäisen oireilu voi vaikuttaa myös voimakkaasti koko perheen hyvinvointiin ja heijastua muiden perheenjäsenten suurempana palvelujen tarpeena.

## Palvelujen monialaisuuden ja yhteen toimivuuden vahvistaminen – perus- ja erityistason palvelujen yhteistyössä on parantamisen varaa

Selkeitä eroja hyvinvointialueiden kesken oli nähtävissä paitsi aiemmin kuvatuissa palveluketjuissa, myös **monialaisissa konsultaatio- ja yhteistyörakenteissa**. Vain noin kolmasosalla alueista oli kehitetty hyvinvointialuetasoisia monialaisen työn rakenteita neuropsykiatriseen oireiluun.

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palveluissa moniammatillisuus ja monialaisuus toteutuivat pääosin kahdella tavalla. **Erikoissairaanhoidon** oli kattavasti olemassa perinteisiä konsultaatorakenteita erityisesti lääkäreille. Muiden ammattiryhmien osalta erikoissairaanhoidon ja perustason palvelujen yhteistyössä nähtiin parantamisen varaa. Toisaalta monialaisuutta ja laajaa asiantuntemusta oli varmistettu kolmasosassa hyvinvointialueita erityisellä **nepsy-tiimillä**, johon oli perustasolla tai perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä koottu eri ammattialojen osaamista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten hoidossa ja tukemisessa. Nämä nepsy-työryhmät tai -tiimit näyttivät asemoituvan useimmiten terveydenhuollon kontekstiin, mutta useimmissa oli sosiaalityöntekijä osana tiimiä tai jonkin sosiaalihuollon palvelun, esimerkiksi perhetyön, edustus mukana tiimissä. Kahdella kolmasosalla hyvinvointialueista erityistä neuropsykiatrista tiimiä tai monialaisen osaamisen rakennetta ei ollut.

Yhteistyö sosiaalihuollon erityispalveluihin, kuten **lastensuojeluun ja vammaispalveluihin**, ei tullut vastauksissa juuri esiin. Lastensuojelulain mukaiset avohuollon tukitoimet, kuten tehostettu perhetyö tai avokuntoutus, saivat koko kyselyssä muutaman maininnan. Vammaispalvelut mainittiin kaksi kertaa. Kaikille kyselyyn vastaajille lähetettiin jälkikäteen sähköpostitse lisäkysymys vammaispalvelujen kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Näiden vastausten perusteella yhteistyö vammaispalvelujen kanssa koettiin vähäiseksi tai haastavaksi. Virallisia yhteistyörakenteita perustason ja vammaispalvelujen välillä ei monella alueella ollut ja vammaispalvelujen saanti koettiin asiakkaalle vaikeaksi.

Osittain kuvattiin myös vähäisempää yhteistyön tarvetta, koska vain pieni osa neuropsykiatrisesti oireilevista lapsista ja nuorista on vammaispalvelujen tarpeessa tai niihin lainsäädännön mukaan oikeutettu. Erikoissairaanhoidon ja vammaispalvelujen yhteistyö vaikuttikin toimivan paremmin. Kuudestatoista tähän kysymykseen vastanneesta alueesta kolmella tai neljällä oli vammaispalvelujen kanssa onnistuneita kokemuksia yhteisestä kehittämisestä tai rakenteellisen tason vuoropuhelusta. Valtaosa kyselyn vastaajista toivoi tiiviimpää ja parempaa yhteistyötä vammaispalvelujen kanssa. Yhteistyön rakenteiden kehittämiseen toivottiin myös kansallista tukea ja ohjeistusta.

Monialainen yhteistyö **varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilaitosten** kanssa on neurokirjon lapsen ja nuoren tukemisessa erittäin keskeistä. Tähän kyselyyn ei voitu sisällyttää varhaiskasvatuksen, koulujen ja oppilaitosten toimintaa, mutta selvitykseen otettiin mukaan kysymys hyvinvointialueiden tekemästä systemaattisesta yhteistyöstä niiden kanssa. Kahdella kolmasosalla vastanneista alueista vakiintuneita käytäntöjä kasvatuksen ja sivistyksen toimialan kanssa ei ollut vielä olemassa. Yksittäisten oppilaiden asioissa yhteistyötä tehtiin, mutta hyvinvointialueen ja kunnan rajapinnalla ei ollut vakiintunutta yhteistyön tapaa suunnitella toimintaa. Vain kolmasosalla hyvinvointialueista oli pääosin vakiintuneet ja hyvinvointialueen kattavat yhteistyörakenteet.



## Laadun ja vaikuttavuuden varmistaminen – alueiden suunnitelmat ja toiveet palvelujen parantamiseksi

Laatuun ja vaikuttavuuteen liittyvät teemat nousivat Webropol-kyselyssä esiin ennen kaikkea kohdissa, joissa kysyttiin osaamisen varmistamisesta, jatkokehittämisen suunnitelmista sekä mahdollisista toiveista kehittämisen tuelle.

Laatua ja osaamista oli hyvinvointialueilla pyritty varmistamaan muun muassa **kouluttamalla henkilökuntaa, perustamalla nepsy-tiimejä** sekä **kehittämällä konsultaatio- ja yhteistyörakenteita**. Joillakin alueilla nämä asiat olivat huomattavasti pidemmällä kuin toisilla. Parhaiten oli tunnistettu koulutuksen tärkeys, ja neuropsykiatriseen osaamiseen liittyviä koulutuksia oli keskimäärin järjestetty hyvinvointialueilla melko paljon. Palvelujärjestelmän puutteet liittyivätkin tämän kyselyn valossa enemmän palveluketjujen ja kokonaisuuksien hajanaisuuteen ja riittämättömiin moniammatillisen yhteistyön rakenteisiin. Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen hyödyntämiseen tulisi siis kiinnittää huomiota. Tässä yhteisesti sovitut vastuut sekä sujuvat moniammatilliset palvelukokonaisuudet tai -ketjut ovat keskeinen tekijä. Erityistason palvelut, kuten lastensuojelu ja vammaispalvelu, on myös tärkeää kytkeä mukaan.

Kaikilla hyvinvointialueilla oli suunnitteilla ainakin jokin toimenpide, jolla neurokirjon lasten ja nuorten palveluja aiottiin jatkossa kehittää. Kehittämiseen toivottiin **kansallista tukea** esimerkiksi sen suhteen, millaisia palvelujen tulisi olla ja mitä hyvinvointialueen tulee minimissään järjestää. Vastausten perusteella tuli vaikutelma, että usealla hyvinvointialueella pohditaan samantyyppisiä asioita ja ratkotaan niitä eri kokeiluilla ja malleilla. Käypä hoito -suositukset mainittiin muutamassa vastauksessa, mutta tukea toivottiin ilmeisestikin enemmän käytännönläheiseen työn organisointiin ja toimintamalleihin, joiden avulla esimerkiksi Käypä hoito -suosituksia voitaisiin hyvinvointialueella toteuttaa.

Myös **sosiaali- ja terveydenhuollon roolien keskinäinen selkeyttäminen** ja sosiaalihuollon palvelujen kehittäminen suhteessa neuropsykiatriseen oireiluun tuli esiin tarpeena, jolla palveluja voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. Sosiaalityön viitekehukseen sopivia työmenetelmiä neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja heidän perheidensä tukeen on kansainvälisesti kehitetty mutta ei välttämättä Suomessa pilotoitu. Kuitenkin asiantuntemusta ja työmenetelmiä neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten ja heidän perheidensä tukeen tarvittaisiin esimerkiksi sosiaalihuoltolain mukaisessa lapsiperhesosiaalityössä ja lastensuojelussa.<sup>20</sup> Varsinaisten neuropsykiatriseen oireiluun liittyvien työmenetelmien lisäksi tarvitaan riittävää yleistä tukea perheiden arkeen ja vanhemmuuteen. Hyvinvointialueiden ja kuntien tulee yhteistyössä rakentaa neurokirjon lapsille ja nuorille heidän tarpeensa huomioivia arki- ja oppimisympäristöjä.

**13–19-vuotiaiden neurokirjon nuorten palveluissa** oli tämän kyselyn perusteella enemmän puutteita kuin alle 13-vuotiaiden palveluissa. Teini-ikäisten ja itsenäistyvien nuorten tuen kokonaisuuksiin ja yhteyksiin muihin palveluihin tulisi kyselyn perusteella kiinnittää selvästi enemmän huomiota. Myös nuorisoikäisten vanhemmat kaipaavat tukea vanhemmuuteen ja hyötyvät esimerkiksi ammatillisesti ohjatusta vertaistuesta.

Kustannusten kasvun hillintä on ollut Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman yksi läpileikkaava tavoite. Monella hyvinvointialueella on tällä hetkellä akuutti paine karsia kuluja ja palveluja. Selkeät palvelukokonaisuudet sekä panostukset riittävään varhaiseen tukeen ovat paitsi inhimillinen ja asiakaslähtöinen tapa järjestää palvelu, myös kustannustehokas tapa tukea perheitä<sup>21</sup>. Systemiset, arkiympäristöön jalautetut palvelut saattavat tuoda pitkällä aikavälillä merkittäviä kustannussäästöjä neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen tai nuoren palvelupolulla<sup>22</sup>.

## 4. Yhteenveto ja suositukset

Yleiskuvana hyvinvointialueiden vastauksista piirtyi suuri vaihtelu palveluketjujen jatkuvuudessa ja palvelujen järjestämisen tavoissa kansallisella tasolla. Vain kolmasosalla eli seitsemällä hyvinvointialueella oli tehty kuvaus hyvinvointialueen hoito- ja palveluketjuista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palveluihin. Lisäksi yhdeksän aluetta kertoi, että hyvinvointialueitasoisen palveluketjun tekeminen neuropsykiatrisesti oireileville lapsille ja nuorille oli parhaillaan työn alla. Suurin ero hyvinvointialueiden välillä neurokirjon lasten ja nuorten palvelujen nykytilassa näyttääkin liittyvän siihen, miten pitkällä eri hyvinvointialueilla ollaan palveluketjujen tai -kokonaisuuksien kehittämisessä. Puutteet hoito- ja palveluketjujen kehittämisessä liitettiin vastauksissa esimerkiksi hyvinvointialueiden järjestäytymiseen, osaamisen tunnistamisen puutteisiin, monialaisen työn johtamiseen sekä viestintään ja tiedonvaihtoon.

Matalan kynnyksen tietoa ja oma-apua lapsille, nuorille ja perheille oli tarjolla hyvin eri tavoin ja sattumanvaraisesti eri puolilla Suomea. Vastausten perusteella tiedon jakamisessa ei ole otettu vielä systemaattisesti käyttöön digitaalisia palveluja, jotka voisivat parantaa maantieteellistä saatavuutta.

Tiettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai tukimuotoja vaikutti tämän kyselyn perusteella olevan erityisesti alle 13-vuotiaille periaatteessa hyvin tarjolla kaikilla tai melkein kaikilla hyvinvointialueilla. Näitä olivat neopsy-painotteinen perhetyö, neuropsykiatrinen valmennus, toimintaterapia sekä ohjaus- ja konsultatiokäynnit kotiin, varhaiskasvatukseen ja oppilaitoksiin. 13–19-vuotiaille varhaista tukea oli kautta linjan huonommin tarjolla. Osassa niistäkin hyvinvointialueista, joissa teini-ikäisten tuen käytännöistä oli sovittu, se koski vain 16–17-vuotiaita ja 18 vuoden kynnyksen ylittyessä palvelupolku oli epäselvä. Myös diagnostiikka ja lääkitysten aloittaminen näytti käyvän mutkikkaammaksi sen mukaan, mitä vanhemmista lapsista oli kyse.

Selkeitä eroja hyvinvointialueiden kesken oli nähtävissä paitsi aiemmin kuvatuissa palveluketjuissa, myös monialaisissa konsultaatio- ja yhteistyörakenteissa. Vain noin kolmasosalla hyvinvointialueista oli kehitetty monialaisen työn rakenteita neuropsykiatrisen oireiluun hyvinvointialueen tasoisesti. Monialaisuutta ja laajaa asiantuntemusta oli varmistettu kolmasosassa hyvinvointialueita erityisellä neopsy-tiimillä, johon oli perustasolla tai perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä koottu eri ammattialojen osaamista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten hoidossa ja tukemisessa. Yhteistyö sosiaalihuollon erityispalveluihin, kuten lastensuojeluun ja vammaispalveluihin, ei tullut vastauksissa juuri esiin. Monialaisen yhteistyön suunnittelussa varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilaitosten kanssa kolmasosalla hyvinvointialueista oli pääosin vakiintuneet ja hyvinvointialueen kattavat yhteistyörakenteet, kahdella kolmasosalla ei.

Neuropsykiatriseen osaamiseen liittyviä koulutuksia oli keskimäärin järjestetty hyvinvointialueilla melko paljon. Palvelujärjestelmän puutteet liittyivätkin tämän kyselyn valossa enemmän palveluketjujen ja -kokonaisuuksien hajanaisuuteen ja riittämättömiin moniammatillisen yhteistyön rakenteisiin kuin osaamisen puutteisiin.

Kehittämiseen toivottiin kansallista tukea esimerkiksi sen suhteen, millaisia palvelujen tulisi olla, mikä taho on lain mukaan järjestämisvastuussa sekä mitä hyvinvointialueen tulee minimissään tarjota.

Tämän selvityksen perusteella neuropsykiatrisesti oireilevien lasten, nuorten ja heidän perheidensä palvelujen kehittämisessä tulisi jatkossa kiinnittää huomiota ainakin seuraaviin asioihin:

- Terveydenhuollon monitoimijaiset hoitoketjut tulee sopia hyvinvointialueen tasoisesti kaikilla alueilla.
- Eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen roolit ja tehtävät tulee selvittää hyvinvointialueiden palvelukokonaisuuksissa.
- Yhteistyön rakenteita sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason välillä tulee vahvistaa, mukaan lukien sosiaalihuollon erityispalvelut kuten lastensuojelu ja vammaispalvelut.
- Teini-ikäisten ja itsenäistyvien neurokirjon nuorten hoidon ja tuen kokonaisuuksia tulee parantaa.
- Tiivis yhteistyö koulutuksen järjestäjien kanssa on varmistettava rakenteellisella tasolla kunnan ja hyvinvointialueen yhteistyönä.
- Kansallisen kehittämisen ja verkostoitumisen rakenteita tarvitaan.



**Kuvio 6. Suositukset neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen parantamiseksi.**

Tämänhetkinen palvelujen tilanne näyttöytyy sekä valtakunnallisesti että hyvinvointialueiden sisällä hajanaisena ja epätasaisena vaihdellen hienoista onnistumisista ammottaviin aukkopaikkoihin. Kaikilla hyvinvointialueilla kuitenkin tehdään parhaillaan työtä palvelujen parantamiseksi. Tämän selvityksen positiivisena löydöksenä voidaan pitää sitä, että neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen kehittämiseen tuntuu olevan hyvinvointialueilla intoa ja asiaa pidetään erittäin tärkeänä. Tästä kertoi myös korkea vastausprosentti ja hyvä yhteistyö hyvinvointialueiden kanssa vastausten selvittämisessä ja tarvittavien lisätietojen saannissa.

# Lähteet

- 1 Duodecim (2023). Autismin kirjon käypä hoito -suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50131#s7>
- 2 Duodecim (2019). ADHD:n käypä hoito -suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061#s7>
- 3 Forssell, Martta (2022). Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. Lähes joka viidennellä 18–22-vuotiaalla oli mielenterveyteen liittyvä käynti julkisessa terveydenhuollossa vuonna 2020. Tilastoraportti 21/2022. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144513>
- 4 HUS mediatiedote 22.8.2022. <https://www.hus.fi/ajankohtaista/lasten-ja-nuorten-mielenterveyspalvelujen-kysynta-kasvanut-tarvetta-erityisesti>
- 5 Aalto-Setälä, Terhi, Vuori, Miika (2023). Lasten ADHD-lääkehoidon yleistymiskehitys ei näytä tasaantuvan. Duodecim 23.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo17901>
- 6 Duodecim (2019). Kehityksellisen kielihäiriön Käypä hoito -suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50085>
- 7 Lyytinen, Heikki (2022). Oppimishäiriöt (lukivaikeus ym.). Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00401>
- 8 Kääriälä, Antti, Gyllenberg, David, Sund, Reijo, Pekkarinen, Elina, Keski-Säntti, Markus, Ristikari, Tiina, Heino, Tarja, Sourander, Andre (2022). The association between treated psychiatric and neurodevelopmental disorders and out-of-home care among Finnish children born in 1997. *European Child & Adolescent Psychiatry* 31:1789–1798. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01819-1>
- 9 STM (2019). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>
- 10 <https://www.lapsenoikeudet.fi/lapsen-oikeuksien-sopimus/>
- 11 Perustuslaki <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- 12 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021
- 13 Terveydenhuoltolaki 1326/2010 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- 14 Vammaispalvelulaki 675/2023 <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230675>
- 15 Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 417/1977 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>
- 16 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005.
- 17 Koivisto, Jaana-Maija, Välimaa, Outi, Hakala, Paula, Koskinen Raija, Naakka, Hanna (2023). NUOTTI-valmennuksella kouluun ja työhön. Monimenetelmällinen tutkimus NUOTTI-valmennukseen ohjautumisesta ja valmennuksen toteutumisesta ja vaikutuksista. Työpapereita 181/2023. Kela.
- 18 Hietanen-Peltola, Marke, Jahnukainen, Johanna, Peltola, Kristiina, Vaara, Sarianna (2022). Oppilaiden ja opiskelijoiden kasvavat ongelmat ja koronan heikentämät palvelut edelleen arkea opiskeluhuoltopalveluissa –OPA 2022 -seurannan tuloksia. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144575>
- 19 Ilmarinen, Katja, Vuorenmäe, Maarit, Karvonen, Sakari, Lammi-Taskula, Johanna (2023). Tyydyttymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevissa sosiaalipalveluissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2023: 60: 38–56.
- 20 Kaittä, Anniina ym. (2023) Miten neuropsykiatrisesti oireilevia lapsia ja heidän perheitään voidaan tukea sosiaalityön keinoin? *Kasvun tuki aikakauslehti* 1/2023.
- 21 Klavus, Jan, Hastrup, Arja, Jarvala, Tiina, Pusa, Anna-Kaisa, Rissanen, Pekka (2019) Monialainen perhekeskus tuottaa kustannusvaikuttavia palveluja – lapsiperhepalvelujen taloudellinen arviointi. THL.
- 22 Tikkakoski, Mia (2023) Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen ja nuoren palvelupolkuskenaariot ja niiden kustannukset. Turun Ammattikorkeakoulu.

## Liite 1: Webropol-lomakkeen kysymykset

### KYSYMYS 1

#### HELPOSTI SAATAVILLA OLEVA TIETO JA OMA-APU

Kansallisella tasolla on kehitetty erilaisia tiedon ja oma-avun kanavia, kuten Mielenterveystalo, joissa huomioidaan myös neuropsykiatrisen oireilu. Nämä ovat usein ensimmäisiä paikkoja, joista lapset, nuoret ja vanhemmat etsivät tietoa ja tukea liittyen keskittymis- ja ylivilkkausoireisiin tai ei-toivottavaan käytökseen. Millaista lapsille, nuorille ja perheille helposti saatavaa tietoa, oma-apua ja tukea on kansallisen tason lisäksi saatavilla hyvinvointialueenne järjestämänä?

Kyseessä voi olla esimerkiksi neuropsykiatrisen oireiluun liittyvä kirja- tai materiaalilainaamo, mahdollisuus kysyä neuvoa neuvontapuhelimesta, tietoa erityisesti nepsyoireilevan lapsen vanhemmille suunnatuista palveluista, neuropsykiatrisen oireiluun tai käytösoireiluun liittyvää perustietoa tai -koulutusta vanhemmille. Oma-avun tai tuen palvelu tai digitaalinen sisältö voi olla joko hyvinvointialueen itse toteuttama tai ostopalveluna tuotettu.

Kysymys esitetään ikäryhmittäin. Vastausvaihtoehdot: 1) tietoa ja oma-apua on saatavilla koko hyvinvointialueen kattavasti 2) tietoa ja oma-apua on saatavilla, mutta ei koko hyvinvointialueen kattavasti 3) tietoa ja oma-apua ei ole saatavilla.

### KYSYMYS 2

#### VARHAINEN / PERUSTASOLLA ANNETTAVA TUKI NEUROPSYKIATRISEEN OIREILUUN

Millaista hyvinvointialueenne järjestämää, sosiaali- ja terveydenhuollon varhaista tai perustason tukea on tarjolla niille neuropsykiatrisesti tai käytöksellä oireileville lapsille, joilla ei välttämättä ole diagnoosia, mutta lapsi, nuori tai perhe tarvitsee oireilun vuoksi tukea kotiin, koulunkäyntiin tai opiskeluun? Kysymys esitetään ikäryhmittäin (alle 13-vuotiaat ja 13-19 -vuotiaat).

**a. Alle 13-vuotiaat.** Valitse listasta hyvinvointialueellanne käytössä olevat tukimuodot, ja kuvaa tekstikenttään, missä yksikössä / palvelussa ja minkä ammattiryhmän toimesta tukea tarjotaan:

- neuropsykiatrisen oireiluun liittyviä konsultaatio- ja ohjauksikäyntejä kotiin, varhaiskasvatukseen tai kouluun
- psykoedukaatiota (eli systemaattista tiedon jakamista) neuropsykiatrisesta oireilusta lapselle ja perheelle
- neuropsykiatrista valmennusta
- nepsypainotteista perhetyötä
- neuropsykiatrisesti oireilevien lasten vanhempien vertaistukiryhmiä
- Ihmeelliset vuodet -vanhempainryhmiä
- Vanhemmuustaito-ohjelma Oppia tai NettiOppia
- Strategia-vanhempainohjausmenetelmää
- muuta käyttäytymishoitoa, tarkenna mitä?
- tietoisuustaitojen (mindfulness) harjoitteluun tarkoitettuja menetelmiä tai ryhmiä (esim. MyMind), tarkenna mitä?
- tunnesäätelytaitojen harjoitteluun tarkoitettuja menetelmiä tai ryhmiä (esim. ART), tarkenna mitä?
- perheterapiaa tai perheterapeuttista työskentelyä, mukaan lukien monimuotoiset perheterapiat (esim. MDFT), tarkenna mitä?
- toimintaterapiaa
- muuta, mitä (esim. puheterapiaa, fysioterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta)

## **b. 13–19-vuotiaat**

- neuropsykiatriseen oireiluun liittyviä konsultaatio- ja ohjauskäyntejä kotiin, kouluun tai oppilaitokseen
- psykoedukaatiota (eli systemaattista tiedon jakamista) neuropsykiatrisesta oireilusta nuorelle ja perheelle
- neuropsykiatrista valmennusta
- neopsy painotteista perhetyötä
- neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten tai heidän vanhempiansa vertaistukiryhmiä
- Strategia-vanhempainohjausmenetelmää
- muuta käyttäytymishoitoa, mitä?
- tietoisuustaitojen (mindfulness) harjoitteluun tarkoitettuja menetelmiä tai ryhmiä (esim. MyMind), tarkenna mitä?
- tunnesäätelytaitojen harjoitteluun tarkoitettuja menetelmiä tai ryhmiä (esim. ART), tarkenna mitä?
- muuta ryhmämuotoista toimintaa esim. arjen hallinnan tai opiskelun tueksi
- perheterapiaa tai perheterapeuttista työskentelyä, mukaan lukien monimuotoiset perheterapiat (esim. MDFT), tarkenna mitä?
- toimintaterapiaa
- muuta, mitä (esim. puheterapiaa, fysioterapiaa, neuropsykologista kuntoutusta)

## **3. NEUROPSYKIATRISESTI OIREILEVIEN LASTEN JA NUORTEN HOITOKETJUT**

Onko hyvinvointialueella sovittu terveydenhuollon monitoimijainen hoitoketju / monitoimijaiset hoitoketjut lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden tutkimuksiin, diagnostiikkaan ja hoitoon?

Vastausvaihtoehdot ovat: 1) on sovittu ja hoitoketjut pääsääntöisesti toteutuvat käytännössä 2) on sovittu, mutta hoitoketjut eivät toteudu käytännössä 3) ei ole sovittu

Kuvaile hoitoketju tai liitä dokumentti tai kuvio, jos hyvinvointialueella on olemassa hoitoketju(i)sta valmis mallinnus. Jos hoitoketjut eivät toteudu tai yhteistä käytäntöä ei ole sovittu, tarkenna miksi.

### **4a. ADHD:N DIAGNOSTIIKKA**

Mikä hyvinvointialueen palvelu tai yksikkö (tai mitkä palvelut tai yksiköt) vastaa hyvinvointialueella pääsääntöisesti ADHD-diagnostiikasta? Jos asiasta ei ole sovittu hyvinvointialueen yhteistä käytäntöä, valitse 'ei sovittua käytäntöä'.

Vastausvaihtoehdot: 1) neuvola-, koulu- tai opiskeluterveydenhuollon lääkäri 2) muu perusterveydenhuollon tai sote-integroitu yksikkö 3) erikoissairaanhoidon 4) muu yksikkö 5) ei sovittua käytäntöä. Mikäli valitset vaihtoehdoksi 'muu perusterveydenhuollon tai sote-integroitu yksikkö' tai 'muu yksikkö', tarkenna ja kuva, mikä yksikkö.

### **b. ADHD:N LÄÄKEHOITO**

Jos hoidossa päädytään aloittamaan lääkehoito, missä ADHD-lääkehoidon aloitus tehdään?

Vastausvaihtoehdot: 1) samassa yksikössä, jossa diagnoosi on tehty 2) muussa palvelussa tai yksikössä 3) hyvinvointialueella ei ole sovittu asiasta yhteistä käytäntöä. Mikäli valitset vaihtoehdoksi 'muussa palvelussa tai yksikössä', tarkenna, missä.

## **5 KASVU- JA OPPIMISYMPÄRISTÖ**

Tekeekö hyvinvointialue suunnitelmallista yhteistyötä alueen kuntien varhaiskasvatuksen, koulujen ja oppilaitosten kanssa tuen kokonaisuuksien rakentamiseksi neuropsykiatrisesti oireileville lapsille ja nuorille? Tarkenna, millaista ja kenen toimesta?

## **6 NEUROPSYKIATRISEEN OIREILUUN LIITTYVÄN OSAAMISEN VARMISTAMINEN**

Miten hyvinvointialueen perustason palveluissa on varmistettu neuropsykiatriseen oireiluun liittyvä osaaminen, asiantuntijuus ja neuropsykiatriseen oireiluun liittyvän tuen ja palvelujen koordinaatio ja kehittäminen? Vastausvaihtoehtoja on viisi. Valitse niistä hyvinvointialuetta kuvaavat vaihtoehdot.

Valitse sopiva(t), ja tarkenna kirjoittamalla tekstikenttään.

- Perustason työntekijöitä on koulutettu hyvinvointialueen (tai aiemmin kuntien) toimesta käytösoireiden ja neuropsykiatristen piirteiden ymmärtämisessä, varhaisessa tuessa tai hoidossa ja kuntoutuksessa.
- Perustason palveluissa on moniammatillinen tai monialainen tiimi tai työryhmä (tai useita alueellisia tiimejä / työryhmiä), johon on keskitetty osaamista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä palvelujen koordinoinnissa, perheiden tukemisessa ja/tai neuropsykiatrisen oireilun hoidossa ja kuntoutuksessa.
- Sovitut konsultaatio-, yhteistyö- tai työnohjausrakenteet perustason eri toimijoiden kesken, esim. neuropsykiatriseen oireiluun liittyvä verkosto tai asiantuntijaryhmä, josta ammattilaiset voivat saada tukea työlleen
- Sovitut konsultaatorakenteet perustason palvelujen ja erikoissairaanhoidon/erikoislääkäritasoisen asiantuntijan välillä.
- Muu käytäntö tai malli osaamisen lisäämiseen ja ylläpitoon

## **7 JATKOSUUNNITELMAT**

Millaista neuropsykiatrisesti oireilevien lasten ja nuorten palvelujen kehittämistä hyvinvointialueellanne on meneillään tai suunnitteilla? Millaista kansallista tukea kehittämiselle toivoisitte?

## **8 LISÄTIEDOT**

**Muuta lisättävää tai terveisiä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle?**

**KIITOS VASTAAMISESTA!**

## Liite 2: Linkkejä hyvinvointialueiden palveluketjuihin ja toimintamalleihin

[Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen ja nuoren polku, Kymenlaakso](#) (kymenhva.fi)

[Neuropsykiatrisesti oireilevien lasten, nuorten ja heidän perheidensä palveluverkko Etelä-Pohjanmaalla \(EPSHP\)](#) (terveysportti.fi)

[Lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden palvelupolku, Lapin sairaanhoitopiiri](#) (lshp.fi)

[Lasten ja nuorten neurologisten häiriöiden ja erityisvaikeuksien hoitopolku Satakunnassa](#) (satakunta.fi)

[Nepsy – neuropsykiatriset vaikeudet -sivusto, Pirkanmaa](#) (pirha.fi)

[Lasten ja nuorten ADHD hoito- ja palveluketju, Pohjois-Karjala](#) (siunsote.fi)

[Artikkeli lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön \(ADHD\) hoitoketjusta, Pohjois-Savo](#)  
[Kuvio lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön \(ADHD\) hoitoketjusta, Pohjois-Savo](#)  
(terveysportti.fi)