



Neurokirjon lasten ja nuorten monialaisen palvelukokonaisuuden kehittäminen kolmella alueella

PÄÄLÖYDÖKSET

- Lasten ja nuorten nepsy-palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen taustalla tunnistettiin kolmella alueella samoja tarpeita: esim. tarve selkeyttää palvelujärjestelmää sekä palveluita ja vastuita perustasolta aina erikoissairaanhoidon asti; ongelmia on etenkin palveluiden saatavuudessa, katkoksissa ja siinä, ettei perheellä ole tiedossa, keneen olla yhteydessä; tarve vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen henkilöstön nepsyosaamista.
- Kehittäminen oli kaikilla alueilla vielä kesken eikä palvelukokonaisuus tai -ketju ollut vielä käytössä.
- Tarkastelluissa esimerkeissä neurokirjon lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely eteni hyvin monialaisella, moniammatillisella ja poik-kihallinnollisella tavalla.
- Keskeisin osin yhteisen, kansallisesti kuvatun palvelukokonaisuuden tai -ketjun mallinnuksen soveltaminen kaikilla alueilla vaikuttaa tämän tutkimuksen perusteella hyödyllisemmältä kuin jonkin alueen palveluketjun mallinnuksen siirtäminen toiselle alueelle.

Juha Koivisto
THL

Eeva Liukko
THL

Heidi Muurinen
THL

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin neurokirjon lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksien kehittämistä ja toteuttamista kolmella alueella syksyllä 2023. Tutkimus oli osa THL:n laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota koskevaa tutkimuskokonaisuutta, jota sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti vuosina 2022–2023.

Tutkimuksen tavoitteena oli luoda ymmärrystä monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, kehittämisen ja toteuttamisen dynamiikasta sekä palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen siirrettävyydestä ja toistettavuudesta yli hyvinvointialueiden. Tarkempaan tarkasteluun valittiin neurokirjon lasten ja nuorten asiakasryhmä, jonka palvelukokonaisuuksien tai -ketjujen määrittelyä ja kehittämistä tutkittiin Päijät-Hämeen, Helsingin/HUSin ja Pirkanmaan alueilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) mukaan hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä. Yksittäisen asiakkaan henkilökohtainen palvelupolku suunnitellaan ja toteutetaan palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrityksiä hyödyntäen.

Palvelukokonaisuus tarkoittaa tässä tutkimuksessa jollekin asiakasryhmälle määriteltyä monialaisten palvelujen yhteensovitettua kokonaisuutta, jossa palveluja voivat tuottaa eri palveluryhmien, toimialojen ja sektorien palveluntuottajat. Palveluketju tarkoittaa tässä tutkimuksessa jollekin asiakasryhmälle määriteltyä perättäin ja osin yhtäaikaaisesti toteutuvien monialaisten palvelujen saumatonta prosessia, johon palveluja voivat tuottaa eri palveluryhmien, toimialojen ja sektorien palveluntuottajat. Esimerkkeinä olleilla alueilla Päijät-Hämeessä ja Helsingissä käytettiin nimitystä palvelupolku, jolla viitattiin palveluketjujen kaltaisiin prosessikuvauksiin.

Aiemmin tutkittua

Tämän tutkimuksen ensimmäisessä osassa keväällä 2023 tarkasteltiin kyselytutkimuksen avulla monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen ja toteuttamisen tilannetta yleisemmin kaikilla hyvinvointialueilla (Koivisto ym. 2023).

Tutkimuksessa hyvinvointialueita pyydettiin nimeämään 2–5 palveluketjua tai -kokonaisuutta. Tästä otoksesta tunnistettiin kuusi keskeistä asiakasryhmää, joita varten palveluketjua tai -kokonaisuutta oli kehitetty: 1) lapset, nuoret ja perheet, 2) mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, 3) työttömät, 4) ikääntyneet, 5) monialaista tukea tai paljon palveluja tarvitsevat sekä 6) muut asiakasryhmät.

Kyselyvastaajat ilmoittivat yhteensä 67 palvelukokonaisuutta tai -ketjua. Vastauksissa kuvatuista palvelukokonaisuuksista ja -ketjuista 18 määrittely oli käynnissä, mutta kokeilua tai pilotointia ei vielä ollut aloitettu. Kokeilu tai pilotointi oli aloitettu 14 ja käyttöönotto oli käynnissä 21 palvelukokonaisuudessa tai -ketjussa. Palvelukokonaisuuksista tai -ketjuista 14 oli määritelty valmiiksi, ja niitä toteutettiin jo osana arkista palvelutoimintaa yksittäisten asiakkaiden kanssa.

Tutkimuksessa havaittiin seuraavia haasteita tai ongelmia palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämiseen ja toteuttamiseen liittyen: hyvinvointialueille siirtyminen kehittämisen hidasteena ja kehittämisresurssien vajeena, monialaisen toiminnan ja työn johtamisen haasteet, akuutti työvoimapula, organisaatiokeskeinen toimintakulttuuri ja vahvat profesiot, tiedon puutteet ja tiedon siirtämisen haasteet, sekä kehittämisen hankemaisuus.

Näin tutkimus tehtiin:

Tutkimus koostui kolmen alueen neurokirjon lasten ja nuorten palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämisen ja toteuttamisen tarkastelusta.

Kolmella alueella tehtiin teemapohjainen ryhmähaastattelu, johon osallistui alueen palvelukokonaisuuden kehittämiseen ja/tai toteuttamiseen osallistuneita sote-ammattilaisia ja johtajia, koulutoimen ammattilaisia sekä kokemusasiantuntijoita.

Haastattelut tehtiin vuoden 2023 elokuussa ja ne kestivät 2–3 tuntia. Haastateltavia oli ryhmissä 7–14 henkilöä. Lisäksi tutkimusaineistona hyödynnettiin palvelukokonaisuuksien kehittämisprosesseissa syntyneitä julkisia dokumentteja ja taustaselvityksiä.

Tutkimuksen perusteella hyvinvointialueiden palveluja tuottavissa yksiköissä olisi ensiarvoisen tärkeää luopua organisaatioiden vanhoista menettelytavoista ja käytännöistä, etsiä koko alueen yhteisiä toimintamalleja ja siirtää katsetta omasta palveluryhmästä myös palvelujen ja palveluryhmien väliseen vuorovaikutukseen ja näiden yhdyspintoihin. Hyvinvointialueiden tulisi panostaa laaja-alaiseen toimintakulttuurin muutokseen. Monialaisten palvelujen järjestäminen ja tuottaminen edellyttää uudenlaista, jaettava johtajuutta alueilla, kun palvelukokonaisuudet ja -ketjut ylittävät toimialojen, sektorien ja palveluryhmien rajoja.

Palvelukokonaisuudet ja -ketjut käytäntöinä

Tässä tutkimuksessa palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämistä ja toteuttamista tarkasteltiin laajasti relationaalisen käytäntötutkimuksen kehyksessä (Koivisto 2007; Koivisto & Pohjola 2015; Koivisto ym. 2015; Price et al. 2009; Gherardi & Laasch 2021; Gherardi 2019; Laasch & Gherardi 2019) eri toimijoiden toimintana ja käytäntöinä sekä näiden välisenä vuorovaikutuksena. Lähestymistavan mukaan inhimillisten toimijoiden vuorovaikutus toteutuu ja organisoituu sosiaali- ja terveydenhuollossa esimerkiksi tietojärjestelmien, datan, asiakassuunnitelmien, lakien, sääntöjen ja periaatteiden välittämänä. Palvelukokonaisuudet ja -ketjut konkretisoituvat ja toteutuvat silloin, kun toimitaan yksittäisten asiakkaiden kanssa. Muutoin ne ovat olemassa vain esimerkiksi kirjattuina toimintamalleina suunnitelmissa, asiakirjoissa ja/tai asiakas- ja potilastietojärjestelmissä. Asiakas on oman palvelukokonaisuutensa aktiivinen toimija ja toteuttaja, ei sen kohde.

Sosiaalisia ja organisatorisia rakenteita tarkastellaan relationaalisen käytäntötutkimuksen kehyksessä toiminnan ja käytäntöjen jatkuvasti tuottamina ja ylläpitäminä seurauksina. Tällaisia rakenteita ovat esimerkiksi monialaiset palvelukokonaisuudet ja -ketjut. Niitä ei ole olemassa toiminnan ja käytäntöjen ulkopuolella. Käytännöt eivät ala mistään eivätkä ne lopu mihinkään, eikä niillä ole sisäisiä ominaisuuksia, kuten toimiva, vaikuttava tai hyvä. Käytännöt eivät ole universaalisti toimivia tai vaikuttavia, vaan ne toimivat tiettyjen ehtojen ja edellytysten vallitessa. Toimivuus ja vaikuttavuus syntyy käytännön eri elementtien vuorovaikutuksessa. Käytäntöjen siirtäminen ja toteuttaminen jossakin muussa ympäristössä kuin alkuperäisessä kehittämissympäristössä edellyttää sekä alkuperäisen käytännön että uuden sovellusympäristön (ehdot ja edellytykset) muokkausta ja räätälöintiä. Käytäntöjä ei voi kirjaimellisesti siirtää, vaan ne kommunikoidaan esimerkiksi kirjallisten toimintamallien, kuvioiden, kuvien, videon ja kasvokkaisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation keinoin.

Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen toteutus ja haastatteluteemat jäsennettiin palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyyn, ohjaukseen ja seurannan mallia (Koivisto ym. 2020) hyödyntäen. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- 1) Millaisia ilmiöitä, tarpeita tai muita lähtökohtia palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämisen taustalla on?
- 2) Millä tavoin palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittäminen ja määrittely on edennyt?
- 3) Minkä tyyppiset palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen elementit ja toiminnot ovat siirrettäviä tai toistettavia hyvinvointialueiden välillä?

Tutkimus koostui kolmen alueen neurokirjon lasten ja nuorten palvelukokonaisuuden tai -ketjun kehittämisen ja toteuttamisen tarkastelusta. Kullakin alueella tehtiin teemapohjainen ryhmähaastattelu, johon osallistui alueen palvelukokonaisuuden kehittämiseen ja/tai toteuttamiseen osallistuneita sote-ammattilaisia ja johtajia, koulutoimen ammattilaisia sekä kokemusasiantuntijoita. Haastattelut tehtiin vuoden 2023 elokuussa ja ne kestivät 2–3 tuntia. Haastateltavia oli ryhmissä 7–14 henkilöä. Lisäksi tutkimusaineistona hyödynnettiin palvelukokonaisuuksien kehittämisprosesseissa syntyneitä julkisia kirjallisia dokumentteja ja taustaselvityksiä.

Alaikäisten nepsy-palvelupolku Päijät-Hämeessä

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tavoitteena on kuvata palvelupolku alaikäisille lapsille, joilla on neuropsykiatrisia häiriöitä. Nepsy-palvelupolkua on kehitetty Päijät-Hämeessä osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa, ja tällä hetkellä nepsy-palvelupolun kuvaus on sisällytetty alakohdaksi alaikäisten mielenterveyspalveluiden toimenpideohjelmaan. Lisäksi se kytkeytyy perhekeskuksen moniammatillisen tiimin ja case manager-toimintamallin kehittämiseen.

Palvelupolun kuvaamisella halutaan vahvistaa neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivien lasten ja heidän vanhempiensa saamaa varhaista tukea ja kuntoutusta sekä ammattilaisten osaamista. Lisäksi tavoitteena on selkiyttää palvelujärjestelmän kokonaisuutta, porrasteisuutta ja eri toimijoiden vastuuta palvelupolulla. Palvelupolun kuvaaminen on vasta alkuvaiheessa, eikä sen käyttöönotto ole vielä toistaiseksi ajankohtaista.

Palvelujärjestelmän puutteet kehittämistyön taustalla

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyvät palvelut ovat olleet pirstaleisia, minkä vuoksi nepsy-palvelupolku on ollut hajanainen ja vanhemmille tarjottu tuki puutteellista. Haastateltavat kertoivat, että hyvinvointialueen eri kunnissa on erilaisia linjauksia ja jopa epäselvyyttä siitä, mistä lapsen hoitopolku alkaa, missä lasten neuropsykiatrista diagnostiikkaa tehdään sekä miten ja missä vaiheessa lapsi ohjataan palveluun. Vanhempia ei myöskään ole riittävästi kuultu lapsensa asioissa, eikä perheille ole nimetty yhteyshenkilöä, johon he voisivat tarvittaessa olla yhteydessä lapsen hoitoon ja kuntoutukseen liittyen.

Haastattelussa nostettiin esille myös muita puutteita palveluissa ja niiden yhteensovittamisessa. Lapsi on voinut jäädä ilman tarvitsemaansa pitkäkestoista kuntoutusta, eivätkä siirrot palvelujen välillä ole aina toimineet. Joskus kuntoutuksen jälkeistä jatko-ohjausta ei ole osattu tehdä tai ei ole ollut mitään palvelua tai toimintaa, jonne perhe olisi voitu ohjata. Vaikeina pidettyjä asiakkuuksia on voitu ohjata peruspalveluista erityispalveluihin, vaikka lasta ja perhettä kuuntelemalla soveltuvien ratkaisuja olisi voitu löytää jo peruspalveluissa. Lääkäripalvelujen neuropsykiatrisessa osaamisessa on paikoin ollut puutteita.

Haastateltavat kertoivat lisäksi, että asiakas- ja potilasjärjestelmien tietojen hyödyntämisessä on ollut olennaisia haasteita. Esimerkiksi arjen tuen palvelut ovat tärkeä osa Päijät-Hämeen hyvinvointialueen nepsy-palvelujen kokonaisuutta, mutta koska ne ovat matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta, niissä ei ole käytetty asiakastietojärjestelmää tai tehty asiakastyön kirjauksia. Lääkäri ei puolestaan näe sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmän kirjauksia. Tietojen vaihdon vaikeudet hankaloittavat ammattilaisten työtä ja kuormittavat erityisesti perheitä, jotka joutuvat kertomaan tilanteestaan uusille työntekijöille yhä uudelleen.

Palvelupolun kehittäminen

Haastateltavat kertoivat nepsy-palvelupolun kehittämisen monimuotoisesta ja poikkiallinellisestä toimintaympäristöstä ja kehittämistyön monialaisuudesta. Kehittämisen moniammatillisessa ydinryhmässä ovat olleet mukana lääkäri, sosionomi, psykologi ja palvelumuotoilija. Lisäksi muita asiantuntijoita, esimerkiksi sivistystoimen edustajia varhaiskasvatuksesta ja opiskeluhollosta sekä kokemusasiantuntijoita, on pyydetty tarvittaessa mukaan työskentelyyn. Mukana on ollut myös neuropsykiatrisesti oireilevien lasten vanhempia vertaistukiryhmästä. Kehittämistyöhön on lisäksi kattavasti osallistunut työntekijöitä ja esihenkilöitä lasten ja nuorten hyvinvoinnin yksiköstä, mielenterveys- ja perheneuvolapalveluista, arjen tuen palveluista, perheoikeudellisista palveluista, neuvolasta sekä lasten ja nuorten kuntoutuksesta.

Laaja-alaisten verkostojen lisäksi palvelupolun kehittämistä on monimutkaistanut Päijät-Hämeen hyvinvointialueen monituottajamalli. Yhteistyöstä ja yhteisistä käytännöistä tulee tämän vuoksi aina sopia myös esimerkiksi lääkäripalvelujen ulkopuolisen palveluntuottajan kanssa. Lääkäripalvelut ovat kuitenkin keskeinen osa nepsy-palvelupolkua. Lääkärin vastuualueena nähtiin nepsy-palvelupolun kokonaisuuden ja asiakasprosessin hallinta. Perheet myös tarvitsevat lääkärinlausunnon saadakseen tarvitsemansa etuudet, kuten vammaistuen ja riittävän pitkän kuntoutuksen.

Nepsy-palvelupolkuun tulisi haastateltavien mukaan yhdistää case manager -tai vastuuhenkilömalli. Kyse on työtekijästä, joka toimisi perheiden tukena ja koordinoisi perheen palvelujen kokonaisuutta. Palvelujen yhteensovittamisen ja koordinoinnin välineenä on lisäksi haluttu hyödyntää asiakas- tai hoitosuunnitelmaa perheen tietoja kokoavana pohjana. Asiakastietojen kirjaaminen onkin ollut olennainen osa monialaisen tuen mallin kehittämistä, joka puolestaan linkittyy nepsy-palvelupolun kehittämiseen.

Kehittämistarpeista huolimatta haastateltavat totesivat perhekeskusten kehittyneen hyvään suuntaan. Eri toimijoiden kesken on saatu aikaiseksi hyvää matalan kynnyksen yhteistyötä (mm. lasten ja nuorten kuntoutus, alaikäisten perheneuvola- ja mielenterveyspalvelut sekä arjen tuen palvelut) ja vahvistettu kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa lasta ja vanhempia kuullaan ja koko perhe otetaan työskentelyssä huomioon. Tämä luo edellytyksiä myös nepsy-palvelupolun kehittämistyölle.

Palvelupolun määrittely

Nepsy-palvelupolusta on Päijät-Hämeen hyvinvointialueella jo olemassa eri yksiköiden yksittäisiä palvelupolkuja, ikään kuin ketjun pätkiä. Haastateltavat kertoivat, että palvelupolun jatkokehittämisessä ketjujen osat on tarkoitus koota yhteen ja kuvata, jotta palvelupolku voidaan ottaa yleisesti käyttöön. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että julkisen sektorin toimintojen ohella palvelupolkuun liitetään järjestöt ja niiden perheille tarjoama tuki ja palvelut. Lisäksi vanhempien asiantuntijuus tulee tunnistaa ja heitä tulee kuulla lapsensa ja perheensä asioissa. Tämän haastateltavat näkivät jopa keskeisenä palvelupolun onnistumisen kriteerinä.

Vaikka kehitteillä olevaa kuvausta on kutsuttu nepsy-palvelupoluksi, haastateltavat katsoivat, että palvelukokonaisuuden käsite saattaa kuvata paremmin sitä, mihin kehittämistyöllä pyritään. Tarkoituksena on, että palvelujen yhteensovitetusta kokonaisuudesta pikemminkin valitaan asiakkaalle hänen tarvitsemansa osa-alueet kuin että asiakas kulkisi palvelujen polkua määrätietoisesti eteenpäin. Myös palvelujärjestelmän porrasteisuuteen kiinnitetään määrittelytyössä huomiota. Lapsen ja perheen tarvitsemat palvelut, kuntoutus ja hoito pyritään järjestämään siten, että erikoissairaanhoidon tarjoaa peruspalveluille konsultatiivisen tuen ja perustyö tehdään ensisijaisesti lapsen arkisessa elinpiirissä, kuten kotona, päiväkodissa ja koulussa.

Haastateltavat totesivat, että hyvin määritelty ja kuvattu palvelupolku tukee lasten palveluihin pääsyä. Palvelupolun kuvaus kertoi, miten missäkin vaiheessa edetään ja milloin tarvitaan diagnostiikkaa, tukipalveluja, kuntoutusta, vertaistukea tai muuta työskentelyä lapsen ja vanhempien kanssa. Haastateltavat nostivatkin vielä esille ajatuksen palvelupolun monialaista toimintaa jäsentävästä systeemisestä viitekehyksestä, joka edistäisi lapsen elämän eri osa-alueet huomioon ottavaa työskentelytapaa ja toimintojen yhteensovittamista kokonaisvaltaisella tavalla.

Moniammatillinen yhteistyö palvelupolun toteutuksessa

Haastateltavien mukaan nepsy-työskentelyyn olisi mahdollista muodostaa kevytrakenteinen perustiimi, joka tukisi perhettä silloin, kun perheen haasteet eivät ole isoja. Jos tämänkaltaisen varhainen tai kevyt tuki ei riitä, perheen tilanteeseen tulisi paneutua laajemman kokoonpanon monialaisessa tiimissä.

Lapselle ja perheelle koottavan nepsy-palvelupolun tiimin kokoonpano voi vaihdella, mutta tiimissä tulisi aina olla mukana ainakin lääkäri, psykologi sekä mahdollisesti lapsen iän mukaisesti toiminta- ja puheterapeutteja. Lääkärin tehtävän haastateltavat näkivät tiimissä keskeisenä, koska hänen vastuullaan on sekä diagnoosin tekeminen että lapsen ja perheen palvelujen ja hoidon kokonaisuus. Myös vanhempien on tärkeää olla mukana lapsensa asioita hoitavassa tiimissä. Lapsen kanssa nähtiin tärkeänä työskennellä ikätasoisesti siten, että lapsi ei kuormitu ja että vanhemmat voivat vapaasti tuoda esille huolen aiheitaan.

Lisäksi tiimiin tulisi haastateltavien mukaan kuulua perheen tilanteen mukaan arjen tuen palvelujen työtekijöitä, neuvolaterveydenhoitaja tai koulun terveydenhoitaja ja lapsen opettaja tai varhaiskasvatuksen työtekijä. Sosiaalihuollon työtekijän olisi syytä olla tiimissä mukana silloin, kun perheellä on sosiaalihuollon palvelujen tarvetta. Haastateltavat arvioivat lisäksi, että tiimissä tulisi olla mukana lapselle tai perheelle nimettävä vastuutyöntekijä tai case manager, joka toimii perheen tukena ja yhdyshenkilönä työskentelyn aikana.

Palvelupolun johtaminen

Haastateltavat kertoivat nepsy-palvelupolun edellyttävän varsin laaja-alaista ja verkosto-
maista johtamista, koska palvelupolku toteutuu monialaisessa ja poikkihallinnollisessa
toimintaympäristössä. Yksi johtaja ja johtoryhmä ei riitä toiminnan seurannan ja ohjauksen
näkökulmista. Palvelupolun johtamisen rakenne voi siten rakentua hyvinkin monimuo-
toiseksi, mutta haastateltavien mukaan johtaminen on hyvinvointialueilla silti yksinkertai-
sempaa kuin mitä se oli kuntapohjaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen mal-
lissa.

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden toimenpi-
deohjelman toteuttamiseksi on koottu edustuksellinen ohjausryhmä, jota johtaa perhe- ja
sosiaalipalveluiden toimialajohtaja. Nepsy-palvelupolku on toimenpideohjelman alakohta,
joten ohjausryhmä ohjaa myös nepsy-palvelupolun kehittämistyötä. Ohjausryhmässä ovat
mukana terveys- ja sairaanhoitopalvelujen sekä lapsiperhepalvelujen tulosaluejohtajat.
Myös sivistystoimen mukanaoloa on pidetty aiheellisena. Haastateltavat nostivat lisäksi
esille lapsi- ja perhepalveluiden yhteistyöryhmän merkityksen, koska siellä nepsy-palvelu-
polun kuvaamisesta on mahdollista keskustella hyvinvointialueen kaikkien kuntien sivi-
stystoimen edustajien kanssa.

Haastateltavat korostivat, että henkilöstön osallistaminen kehittämistyöhön on tärkeää.
Kukin ohjausryhmässä mukana oleva johdon edustaja viestii työskentelyn etenemisestä
omille esihenkilöalaisilleen ja he edelleen omille työntekijöilleen.

Palvelupolun siirrettävyys tai toistettavuus muilla hyvinvointialueilla

Haastateltavat totesivat, että nepsy-palvelupolku rakentuu jokaiselle asiakkaalle eri tavoin.
Joitakin kaikille asiakkuuksille yhteisiä osa-alueita kuitenkin tunnistettiin riippumatta siitä,
millä hyvinvointialueella tai missä kunnassa nepsy-palvelupolkua toteutetaan.

Haastateltavien mukaan lapselle ja hänen vanhemmilleen tulee ensinnäkin nimetä oma,
pitkäkestoinen työntekijä, johon perhe voi tarpeen mukaan olla aina yhteydessä. Toiseksi
systemaattisen työskentelyn ja tukimuotojen tulee alkaa jo ennen diagnoosin tekemistä,
kun perheen palvelujen tarve on tunnistettu. Kolmanneksi lapsen oireet ja perheen koko-
naistilanne tulee arvioida huolellisesti ja moniammatillisesti. Neljänneksi lapselle tulee laa-
tia arviointiin ja diagnoosiin perustuva hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Viidenneksi lapselle
tulee tarjota hänen tarvitsemansa ja hänelle soveltuva terapiamuoto ja muu tarvittava tuki,
ja vanhempien jaksamista tulee tukea. Eri hyvinvointialueiden nepsy-palvelupolkujen kes-
keiset, yhteiset elementit mahdollistaisivat palvelupolkujen toistettavuuden ja keskinäisen
vertailun.

Haastateltavat pitivät lisäksi toivottavana, että nepsy-palvelupolkujen kuvausta varten olisi
saatavilla valtakunnallista ohjausta siitä, miten toiminta tulee hyvinvointialueilla järjestää.
Haastateltavien mukaan olisi esimerkiksi hyödyllistä määrittellä, minkälaisia eri tilanteisiin
soveltuva kuntoutusta lapsille tulee hyvinvointialueilla olla saatavilla alkaen varhaisen tu-
esta ja perustason kuntoutuksellisista palveluista ja tukimuodoista aina harkinnanvarai-
seen ja vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen asti.

Nepsy-lasten ja nuorten palvelupolku Helsingissä

Helsingissä on kehitetty syksystä 2021 alkaen neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen ja nuor-
ren palvelupolkua. Tarkemmin kyseessä on nimetty olevan optimaalinen palvelupolku,
joka sisältää konkreettisen kuvauksen polun alkupäästä liittyen varhaiskasvatukseen, esi-
opetuksen, perusopetuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön. Haastatellussa
asiantuntijat kertoivat, että nepsy-palvelupolulle mietittiin myös muita nimivaihtoehtoja
ja sitä, miten aiheesta kannattaa asiakkaiden kanssa puhua niin, että korostetaan diag-
noosikeskeisyyden sijaan ihmisillä olevan monenlaisia piirteitä.

Haastateltavien mukaan kehittäminen lähti liikkeelle erikoissairaanhoidon ohjauksen työ-
ryhmässä todetusta tarpeesta kehittää yhteistyötä koko Uudellamaalla ja Helsinki valittiin
pilottialueeksi. Nepsy-palvelupolun kehittäminen alkoi syksyllä 2021 Rakenneuudistus-
hankkeessa ja kytkeytyi HUS-järjestämissopimuksen mukaiseen Uudenmaan ohjaus- ja
yhteistyömallin kehittämiseen. Vuonna 2022 kehittäminen jatkui Kestävän kasvun -

ohjelmassa ja vuonna 2023 Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmassa, jossa se on osa Helsingin lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluiden palveluketjun kehittämistä.

Kehittämisen tavoitteet

Helsingin Nepsy-palvelupolun kehittämisessä lähtökohtana on, että asiakasryhmään kuuluvat lapset ja nuoret käyttävät samoja palveluja kuin muutkin ja niissä edetään olemassa olevan porrastuksen mukaisesti. Olennaista olisi, että asiakkaat saisivat tukea arjessaan, kuten päiväkodissa tai kouluun siirryttäessä.

Helsingin nepsy-palvelupolulle nimettiin haastattelussa useita tavoitteita. Tavoitteina oli palvelupolku, joka on lapsi- ja perhelähtöinen ja jossa palvelut kootaan tarpeen mukaan perheen ympärille. Tavoitteena oli myös, että tukea saisi aiemmin, ei vain raskaimpia palveluita, ja että polku ulottuisi varhaiskasvatuksesta erikoissairaanhoidon. Lisäksi tavoitteena oli yli- tai alidiagnosoinnin ja medikalisaation välttäminen. Henkilöstön osaaminen, yhteistyö ja alueellinen yhdenmukaisuus nimettiin myös tavoitteiksi ja ratkaisuna tavoiteltiin koko Uudellemaalle soveltuvaa kuvausta.

Osallistujat toivat myös esiin, että tarkoituksena ei ole luoda uutta byrokraattista systeemiä vaan ideaalimalli. Kuvattua palvelupolkua luonnehdittiin yleistasoiseksi ja enemmän visioksi, jota on tarkoitus syventää tarkemmalle tasolle. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole tehdä kuvausta, jossa kerrotaan, kuka tekee lähetteen ja minne. Haastattelussa korostettiin, että on tärkeää keskittyä kuvaamaan visiota ja kysyntää, ei niinkään kuvata nykyistä ei-toimivaa järjestelmää. Toisaalta osana kehittämisprosessia nykytilan kuvauksen tekemisen koettiin voivan auttaa huomaamaan, mikä ei toimi.

Kehittämisen taustalla tunnistettuja haasteita

Kehittämisen taustalla tunnistettiin nykytilaan liittyviä haasteita asiakkaan näkökulmasta. Pitkät jonot ja tukipalveluiden riittämätön tarjonta viivästyttävät hoidon tai tuen piiriin pääsyä. Merkittäviä katkoksia palveluihin ja viivästyksiä kuntoutukseen pääsystä voi aiheutua silloin, kun asiakas siirtyy lastenpsykiatriasta nuorten palveluihin. Hankaluuksia palveluiden yhteensovittamisessa sekä hoitoon pääsystä voisi vähentää se, että tukea voitaisiin tarjota lapsille jo varhaiskasvatuksessa tai iltapäiväkerhossa. Lapselle tärkeimpiä tukijoita voivatkin olla hänen arjessaan vanhempien lisäksi olevat ammattilaiset, kuten koulunkäyntiavustaja tai iltapäiväkerhon ohjaaja.

Lapsen ja nuoren lisäksi tunnistettiin vanhempien tukemisen merkitys. Haasteeksi kuvattiin sitä, ettei vanhempia tueta tarpeeksi eikä perheille tarjota aktiivisesti tukea. Kokemusasiantuntija kuvasikin, että kun tukea ei tarjota, sen saamisesta pitää toisinaan riidellä. Kaikilla vanhemmilla ei ole yhtä hyviä mahdollisuuksia hakea lapselleen tarvittavaa tukea.

Haasteeksi nimettiin myös se, etteivät ammattilaiset aina uskalla kertoa huomioitaan lapsesta vanhemmille tai ottaa huoliaan puheeksi. Diagnoosivaiheessa vanhemman kannalta on haastavaa se, ettei hän saa riittävästi tietoa. Vanhemmille ei välttämättä anneta riittävästi tietomateriaaleja, vaikka perheelle tarjotaan jo ylivilkkaaseen käytökseen tukea. Tiedon antaminen vanhemmille on tärkeää, etteivät vanhemmat kokisi tarpeetonta syyllisyyttä vanhemmuudesta. Vanhemmat ovat myös kokeneet hyötyneensä siitä, että heitä koulutetaan tukemaan lastaan. Silloin kun lasta koskevat tiedon vastaanottaminen on vanhemmalle vaikeaa, sitä voi helpottaa se, että heidät kohdataan ja että he voivat luottaa ammattilaisten tukeen.

Haastateltavat kuvasivat nepsy-palvelupolkuun liittyvän haasteita eri ammattilaisten yhteistyössä, osaamisessa, käytännöissä ja toimintatavoissa. Heidän mukaansa tarvitaan ajattelutavan muutosta siitä, mitä lapsi on siihen, mitä hän tarvitsee. Myös keskinäisen osaamisen tunnistaminen ja arvostaminen on tärkeä osa moniammatillista yhteistyötä.

Tietojen vaihtoa koskevat säännökset ja erilliset tietojärjestelmät vaikeuttavat yhteistyötä ja esimerkiksi aiempia diagnoositietoja ei välttämättä ole käytettävissä. Opettajat eivät myöskään välttämättä tunne nepsy-piirteitä eikä tieto erityistarpeista liiku koulussa eri opettajien välillä. Toisaalta yhteistyön tueksi tunnistettiin toimivia tapoja vaihtaa tietoja asiakkaan suostumuksella.

Palvelupolun kehittämisen eteneminen ja tuotokset

Kehittämistä on tehnyt tiivis ydinryhmä, mutta työpajoihin on osallistunut laajasti henkilöstöä. Kehittäminen käynnistyi sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden ja ammattilaisten isolla työpajalla, johon osallistui noin 50 henkilöä. Työpajan jälkeen tehtiin Helsingin nepsy-verkosto ja toiminnanohjaus kohti optimaalista palvelupolkua -kysely, joka suunnattiin Helsingin eri toimialojen ylemmän johdon johtajille ja päälliköille sekä Hus lasten psykiatrian ja nuorisopsykiatrian linjajohtajille. Lisäksi tehtiin asiantuntijahaastatteluja.

Toisessa työpajassa hyödynnettiin kyselyn tuloksia ja sovittiin konkreettisista piloteista. Työryhmän apuna on ollut konsulttiyritys, joka on tukenut ideaalipolun kuvaamista ja lisäksi osana kehittämistä on valmistunut opinnäytetyö palvelupolkuskenaarioista ja niiden kustannuksista (Tikkakoski 2023).

Palvelupolun kehitystyötä jatkettiin syksyllä 2023 ja tarkoituksena on valmistella päivitetty polkukuvaus sisältöineen valmiiksi. Lisäksi syksyllä pilotoidaan käytännön yhteistyötä Helsingin kaupungin erityisvastaanottojen ja koulujen kanssa. Pilotoinnissa nepsy-osaajia jalkautuu liikkumaan joustavasti kouluihin, jolla pyritään tuomaan apu mahdollisimman lähelle lasta ja perhettä, jotta tuen tarve pystyttäisiin ymmärtämään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Aiemmin tehdystä sekä syksyn aikana tehtävästä työstä kootaan lopuksi raportti, jotta se olisi valmiina siirrettäväksi jatkokehitykseen mille vain foorumille tai taholle. Lisäksi haastattelussa mainittiin tuotoksina Terapiat etulinjaan -hankkeessa valmistuneet omahoito- ja psykoedukaatiomateriaalit ja ammattilaisille tarkoitetut tukimateriaalit.

Haastattelussa kerrottiin, että kehittäminen on jatkossa tarkoitus kytkeä osaksi juuri aloitaneita HUSin ja Uudenmaan hyvinvointialueiden työryhmiä, joissa kehitetään mielenterveyden hoitoketjua sekä erityisen vaativa lastensuojelun ja psykiatrian tukea.

Kehittämisen jarruttajia

Osallistujien mukaan monialaisen palvelupolun kehittämisen haasteet liittyvät talouteen ja johtamiseen. Kun toiminta jakautuu erillisistä budjeteista vastaavien johtajien alaisuuteen, omista resursseista pidetään kiinni etenkin tilanteessa, jossa on paljon lakisääteisiä tehtäviä ja suuret asiakasmäärät. Taloudelliset reunaehdot vaikeuttavat myös resurssien kohdentamista varhaiseen tukeen, esimerkiksi toiselle toimialalle varhaiskasvatukseen, vaikka satsaukset voisivat vähentää myöhemmin kuluja.

Kaikki työryhmän suunnitelmat ja ideat eivät edenneet. Esimerkiksi suunnitelmissa oli laskea koulutettujen nepsy-valmentajien määrä mutta se ei onnistunut. Toisena kehittämissideana oli liikkuva ryhmä nepsy-kouluttajia tai -valmentajia, jotka olisi voinut työskennellä varhaiskasvatuksessa. Tämä idea tyssäsi resurssien puutteeseen. Myös Mielenterveystalon materiaalien hyödyntämisen esimerkiksi päiväkodin infoissa kuvattiin tuntuneen kaukaiselta mielenterveys -sanan takia, vaikka sisältö olisi hyödyllistä.

Haastateltavat toivatkin esiin kehittämisessä haasteena olevan, että konkreettisten muutosten toteuttaminen etenee huonosti. Haastateltavat toivat esiin, että kehittämistä pitäisi jatkaa järjestelmällisesti vuosia. Lisäksi uudenlaisen toiminnan jalkauttaminen edellyttää esihenkilöiden sitoutumista ja aktiivista tukea palvelupolun käyttöönotolle.

Johtaminen, ohjaus ja siirtäminen

Helsingin nepsy-palvelupolulle on nimetty omistaja. Haastateltavat pitivät omistajan nimeämistä ylemmästä johdosta tärkeänä siksi, että alemmista johtoportaissa resurssien liikkuttelu on hankalampaa. Haastateltavat kokivat, että jaettu budjetti tai rahoituksen joustavampi liikkuttelu toimialojen ja palveluiden välillä tukisi kehittämistä.

Koska nepsy-palvelupolku koskettaa eri toimialoja, yhteistyö edellyttää toimialajohtajien sitoutumista. Haastateltavien mukaan toimivan palveluketjun kehittämisessä onnistuminen edellyttää johtajilta keskinäistä luottamusta, aitoa pyrkimystä yhteistyöhön ja ylemmän johdon kannustusta. Kehittämistä tukisi se, että ”lähdetään rakentamaan sitä hommaa siitä asiakkaasta lähtöisin”, kuten yksi haastateltava kuvasi.

Johtamisen kannalta keskeistä on myös henkilösuunnittelu ja osaamisen johtaminen. Osaajien kouluttamista tulisi suunnitella ja johtaa huolellisemmin, sillä nyt esimerkiksi

nepsy-valmentajia on koulutettu paljon, mutta kun toimintaa toteutetaan oman työn ohessa, työpanos liudentuu yleiseksi sivistykseksi eikä kohdistu tarkoituksenmukaisella tavalla tarvitsijoille. Haastattelussa myös pohdittiin, että lisäkoulutuksen kautta saadun osaamisen säilymistä edesauttaisi se, että nepsy-palveluja ei hajautettaisi vaikkapa varhaiskasvatukseen vaan erityisosajaat liikkuisivat sinne keskitetystä yksiköstä.

Haastateltavat arvioivat, että nepsy-palvelupolku olisi sellainen, joka voitaisiin suunnitella eri hyvinvointialueille soveltuvaksi. Toisin sanoen ratkaisun koettiin olevan siirrettävissä. Siirtäminen kuitenkin edellyttää yhteisiä keskusteluja ja eri osapuolien mahdollisuutta osallistua mallin muokkaamiseen, jotta se tuntuisi omalta ja siihen voisi sitoutua. Jos palvelupolkua haluttaisiin levittää esimerkiksi Uudellamaalla, olisi tärkeää sopia prosessin omistajat. Mikäli nepsy-palveluketjua tai -kokonaisuutta haluttaisiin levittää ja juurruttaa valtakunnallisesti, tarvittaisiin haastateltavien mukaan kansallisen toimijan koordinaatiota.

Kouluikäisten ADHD-diagnosointi ja -palvelukokonaisuus Pirkanmaalla

Pirkanmaalla on perustettu moniammatillinen työryhmä, jonka tehtävänä on suunnitella kouluikäisten ADHD-diagnostiikan vastuu- ja tehtävänjakoa. Kouluikäisten ADHD-hoitoketjun määrittely koko Pirkanmaalle oli vielä kesken. Ryhmähaastattelussa pohdittiin diagnostiikan lisäksi laajasti ADHD-lasten ja yleisemminkin neurokirjon lasten palvelukokonaisuuksien kehittämistä. Haastatteluun osallistui työryhmän jäseniä, johtoryhmän jäseniä, jotka eivät kuuluneet työryhmään, ja kokemusasiantuntijoita.

Kehittämisen tarve ja eteneminen

Työryhmän tehtävänä oli määritellä kouluikäisten ADHD-epäilyissä, 1) mikä on kouluterveydenhuollon, lasten ja nuorten perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä perustason lastentautien erikoislääkäreiden työnjako diagnostiikassa, 2) miten ADHD:n diagnosointi mahdollisesti toteutetaan nykyistä kattavammin kouluterveydenhuollossa, 3) sopia konsultaatiosta ja muusta riittävästä tuesta erityispalveluiden ja kouluterveydenhuollon välillä ja 4) yhtenäistää käytännöt, mitä tulee tehdä ennen diagnoosin asettamisen prosessia ja mitä diagnosointiprosessin jälkeen.

Koko Pirkanmaan tasolla oli tarve yhtenäistää aiemmat kuntien käytännöt. ADHD-diagnostiikkaa oli tehty 23 kunnassa niillä voimavaroilla ja henkilöstön osaamisilla kuin oli ollut mahdollista. Nähtiin tarve kehittää malli, jossa voitaisiin vahvemmin tuoda diagnostiikkaa myös perustasolle ja nimenomaan oppilashuoltoon: mitä tekee terveydenhoitaja, mitä tekee kuraattori, mitä tekee psykologi, mitä tekee lääkäri ja missä kohtaa mielenterveyspalvelut tulee mukaan kokonaisuuteen. Haastateltavien mukaan alueella oli tunnistettu myös haaste, että kunnissa, joissa ei tehdä diagnostiikkaa kouluikäisten osalta koululääkäreiden tai vastaavien tahojen toimesta, keskitetyt palvelut olivat ruuhkautuneita.

Mielenterveyspalveluiden näkökulmasta haasteeksi nähtiin, että perheneuvoloihin ja lasten mielenterveystiimeihin ohjautuu paljon perusdiagnostiikkaa vaativia yliviikkaita keskitymishäiriöisiä lapsia, jotka pystyttäisiin aikaisemmin diagnosoimaan perustason palveluissa ja koulun opiskeluhoollossa. ADHD:n diagnostiikka ja hoitoa olisi järkevä toteuttaa opiskeluhoollossa, mikäli se olisi mahdollista. Tarkkaavuuden ongelmat ilmenevät haittaavina usein juuri kouluympäristössä, jossa opettajien arvioit tilanteesta tuovat merkittävää näkemystä ongelman kartoittamis- ja hoitovaiheissa. Lisäksi monialainen opiskeluhoollon henkilöstö (terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi, kuraattori) muodostaa kokonaisuuden, jossa ongelma voidaan tarvittaessa ratkaista ammattitaitoisesti eri näkökulmista. Haasteeksi on tunnistettu resurssitilanne ja lisäksi osin osaamistarpeet.

Tuoreiden kouluterveydenhuollon henkilöstömitoitussuosituksen yhteydessä THL määritteli, että ADHD-hoito on sairauden hoitoa ja sellaisenaan se ei ole kouluterveydenhuollon lakisääteisten tehtävien piirissä. Pirkanmaalla oli ajateltu aikaisemmin, että ADHD on kehityksellinen ilmiö, joka voidaan huomioida osana kouluterveydenhuollon sisältöä. Koska Pirkanmaalla on paikoin merkittävä vaje koululääkäriresursseissa eivätkä esimerkiksi lakisääteiset laajat terveystarkastukset toteudu kattavasti, haastateltavien mukaan on vaikea laajentaa tehtäviä ei-lakisääteiseen työhön. Lisäksi haastateltujen mukaan on huomioitava diagnostiikan ja erotusdiagostiikan edellyttämä osaaminen, jota ei voida edellyttää

esimerkiksi lyhytaikaisilta sijaisilta. Konsultaatiotuen tarve diagnostisessa työssä ja myös lääkeshoidon toteuttamisessa on merkittävä.

Pirkanmaalla oli koulutettu paljon nepsy-valmentajia, ja nepsy-ohjausjaksoille nähtiin tarve jo ennen diagnoosia sekä diagnoosin jälkeen matalalla kynnyksellä. Neuvoloita ja esikoulua haastettiin tunnistamaan yliaktiivisia lapsia esimerkiksi erilaisten kysymyslomakkeiden avulla.

Työryhmä oli jatkamassa työskentelyä sillä idealla, että määritellään täsmälliset roolit, jossa terveydenhoitaja tekee tiettyä skannausta ja käy läpi check-listaa tilanteen kartoittamiseksi ja määritellään mitä kuraattori ja psykologi tekevät. Työryhmässä vallitsi optimismi, että voidaan luoda ihan hyvä järjestelmä sille, mitä jatkossa toteutetaan Pirkanmaan laajuisesti, mitä toteutetaan alueellisesti kolmella lähijohtamisen alueella ja mitä lähipalveluina olettaen, että resurssikysymykset saadaan ratkaistua.

Sote-ammattilaisten yhteistyö ja osaaminen ADHD-lasten palvelukokonaisuudessa

Lastenneuvoloiden osalta oli havaittu, että tietotaito ja osaaminen neuropsykiatrisista häiriöistä on aika erityyppistä eri alueilla ja kunnissa. Tunnistamiseen liittyvä osaaminen nähtiin aika pieneksi, ja nähtiin tarve oppia tunnistamaan lapsia ja perheitä, jotka tarvitsevat tukea varhaisessa vaiheessa. Pirkanmaan lastenneuvoloissa työskentelee vain pieni määrä terveydenhoitajia, jotka ovat myös nepsy-valmentajia. Alueella kaivattiin perheelle tarjottavaa työkalupakkia, kun tunnistetaan ylivilkas 4-vuotias. Lisäksi nähtiin tarve monialaiselle verkostolle 4 ikävuoden jälkeenkin, jotta saadaan ennen kouluikää tarvittavat tukitoimet pyörimään lapsella ja perheellä.

Esikouluvaihetta kuvattiin haasteellisenä ADHD-lasten kohdalla, koska silloin vallitsee epä-tietoisuutta siitä, onko kyse neuvolan tai oppilashuollon asiasta. Haastateltavien mukaan on tarpeellista suunnitella, mitä esikoulussa voi tehdä. Osallistujat arvelivat, että jos pystytäisiin vielä enemmän tekemään oikeata yhteistyötä keskenään, niin voitaisiin antaa mahdolliseen diagnosointiin lisäapua. Nyt tehdään jossain määrin päällekkäistä työtä eikä tiedetä toisten tekemisistä.

Koulun merkitys nähtiin suurena. Alakoulussa lapsi on voinut saada tuen, kun opettajalla on ollut mahdollisuus tukea lasta. Yläkoulussa opettajilla ei välttämättä ole riittävästi osaamista huomioida nuorten haasteita ja tuen tarpeita. Perhetyö edellyttää sosiaalihuoltolain mukaista palvelutarpeen arviointia ja palvelutarpeen selvityksen jälkeen voi olla jonoa. Haastateltavien mukaan varhaisen vaiheen nepsy-perheohjausta on ollut tarjolla joissakin kunnissa, mutta ei kaikissa. Kelan nähtiin tuovan oman haasteensa yhteistyöhön tekemällä tarkkoja rajoituksia sille, miten sieltä saa apua.

Haastateltavat tunnistivat monipuolisesti ADHD-lasten ja heidän perheidensä haasteita ja tarpeita. Todettiin, että ammattilaisilla on ”omat asiakkaansa” ja portaittainen rakenne siitä, että minkälaista tukea missäkin tilanteessa tarjotaan ja pystytään tarjoamaan. Tämä kokonaisuus nähtiin tarpeelliseksi suunnitella Pirkanmaalla kokonaan uudelleen.

Haastateltavien mukaan on tarpeellista miettiä, mitä perheelle tarjottavaan pakettiin kuuluisi diagnoosin jälkeen, esimerkiksi perustietoinfo vanhemmalle, strategiakurssi, ja 2–3 lyhyttä tapaamista perheen kanssa asioiden läpikäymiseksi.

Yksi haastatelluista piti seulontaa epäeettisenä silloin, kun ei ole olemassa selkeätä mallia mitä tapahtuu sen jälkeen, kun seulonnassa tulee korkeat pistemäärät: kuka tarttuu asiaan, millä tavalla ja onko siihen resurssia. Tulisi olla selvät palvelupolut ja suunnitelma siitä, miten asian kanssa edetään diagnosointiin ja mahdollisesti tarvittaviin tukitoimiin.

Palvelujen yhteentöimivuus asiakkaan näkökulmasta

Haastateltavat näkivät ADHD-lasten kannalta kriittisinä kohtina 5-vuotisneuvolan, koulun alun ja viidennen luokan. 5-vuotisneuvolassa asia jää helposti tunnistamatta, ensimmäisellä luokalla koulupolku voi jo lähteä väärään suuntaan, ja viidennellä luokalla vaatimukset ovat jo sen tasoisia, että lapsi voi pudota ”kyydistä”. Lisäksi haastavaksi nähtiin nivelvaihe alakoulusta yläkouluun, jolloin myös saman aikaisesti lapsuus loppuu ja jos ollaan

lastenpsykiatrian asiakkaana, myös asiakkuus loppuu ja siirrytään nuorisoikäisten palveluihin.

Asiakkaan näkökulmasta palveluita kuvattiin pirstaleisina. Diagnoosin jälkeen vanhemmat joutuvat usein yksinään miettimään, että mitä tuki voisi olla. Lapsi, nuori ja perhe saatetaan ohjata useamman tahon palveluihin ja nämä tahot eivät aina keskustelee keskenään. Koulu taas ei useinkaan tunnista ADHD-lapsia, koska lapset saattavat ”maskata” oireitaan, jolloin tutkimukset eivät välttämättä etene. Lapsi voi jäädä pois koulusta ja sitten voidaan joutua lastensuojelupolulle.

Haastateltavien mukaan ADHD-lapsien perheillä ei ole rinnalla kulkijaa, joka tuntisi perheen tilanteen ja osaisi tukea kokonaisuutta. Asia jää liian usein vanhempien vastuulle. Työntekijöiden vaihtuvuuden takia perhettä vastassa voi olla joka kerta uusi ihminen. Katsottiin, että koulutettuja nepsy-valmentajia on kyllä lastensuojelussa ja perhepalveluissa, mutta matalan kynnyksen valmennusta tilanteessa, jossa ei vielä olla lastensuojelun asiakkuudessa, pitäisi ehdottomasti olla enemmän ja ehdottomasti ennen diagnoosia.

Pirkanmaalla ei ollut kehitteillä erillistä moniammatillista tiimimallia nepsy-perheille, mutta koko hyvinvointialueella oli sovittu otettavaksi käyttöön Minun tiimini -tiimimalli, jota voidaan soveltaa myös nepsy-perheiden kohdalla. Tiedon kulkua kuvattiin haasteelliseksi, mutta silloin kun on voitu pitää monialainen yhteistyöpalaveri, niin on myös sovittu, miten tiedon kulku toteutetaan perheen kohdalla.

Pirkanmaalla tai yleensäkin koko maassa ei ole tapaa tai järjestelmää tehdä yhtä ainoaa asiakassuunnitelmaa. Kukin monialaiseen palaveriin osallistujista kirjaa omaan järjestelmäänsä oman palvelunsa osuuden yhteisestä työstä. Ideaalitalanteesta muodostuu yhtenäinen suunnitelma. Aika näyttää, miten Minun tiimini -tiimimalli alkaa toimimaan ja saadaanko siinä laadittua rakenteet yhteisille suunnitelmille.

Pirkanmaan alueella on haastateltavien mukaan ollut paljon erilaisia ja hyvinkin edistyksellisiä palveluja, mutta hyvinvointialuetta rakennettaessa on ”sekoitettu pakkaa” ja yhdenvertaisuuden vuoksi on pyritty yhtenäistämään palveluja ja joistakin hyvinä koetuista käytännöistä on tässä muutosvaiheessa luovuttu tai ne on laitettu jäihin. Sittenkin todettu, että kaikkialla ei voi olla samanlaista. Olennaista on yhdenvertaisuus ja siihen pyrkiminen. Palvelut voivat saada eri puolilla hyvinvointialuetta. Haastattelun mukaan tulisi satsata ennaltaehkäisyyn, matalan kynnyksen palveluihin ja vertaistukeen

Palvelukokonaisuuden johtaminen ja samanlaisuus hyvinvointialueilla

Haastateltavat kuvasivat kuinka Pirkanmaan johtamisrakenteessa jokainen johtaja johtaa omaa toimialuettaan. Johtamista yhdistää strategia, jossa on toimeenpanosuunnitelmat. Nepsy-palveluja kehitetään ja johdetaan useasta paikasta Pirkanmaan sisällä. Pirkanmaan integraatiotyöryhmä pitää yhteyttä kuntiin. Lapset, nuoret ja perheet -linjalla on laajennetut johtoryhmät. Perhekeskuksissa on mukana sivistyspuoli, järjestöt, seurakunta ja Kela. Lisäksi on olemassa alueelliset perhekeskusverkot.

Nepsy-palvelukokonaisuus on mukana strategiassa isona kokonaisuutena lapset, nuoret ja perheet -linjan aihiona, josta on nostettu esiin ensimmäisenä ADHD-diagnostiikka. Seuraaville vuosille on suunniteltu laajemmin neurokirjon asioita.

Haastateltavat näkivät, että johtamisen rakenteet ovat Pirkanmaalla olemassa, mutta johtamisen käytännöt ovat toistaiseksi suunnittelemta. Johtamista ja sen suunnittelua haastavat nepsy-palvelujen tapaiset kokonaisuudet, jotka koskettavat kaikkia toimialoja. Pirkanmaan organisaation katsottiin kuitenkin olevan sen tyyppinen, joka mahdollistaa hyvän integraation, kunhan asiaa päästään kehittämään.

Haastateltavien mukaan ADHD-lasten ja perheiden palvelukokonaisuudessa voi olla paljon sellaista, jota voisi kansallisesti ohjeistaa ja määritellä, jotta joka alueella ei tehtäisi omia versioitaan. Tällaisia asioita voisivat olla esimerkiksi, missä tehdään, mitä tehdään, kuka tekee ja miten perheen tuki organisoidaan.

Haastateltavat eivät kaivanneet ammattilaisten rooleihin kovin tiukkaa ohjausta, vaan enemmän ”hyviä toimintamalleja”, joita voisi kokeilla ja räätälöidä alueilla.

Kansallinen asioiden yhtenäistäminen nähtiin aikaa vieväksi prosessiksi, koska asioita tehdään hyvin eri tavalla eri puolilla Suomea. On paikkakuntia ja alueita, joissa koulu ja koululääkäri on ollut toimija, jolla on ollut vahvin ote asiaan. Ja sitten on alueita, joissa on tehty toisilla tavoilla.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa olemme olleet kiinnostuneita siitä, millaisia ilmiöitä, tarpeita tai lähtökohtia esimerkkeinä olleiden lasten ja nuorten nepsy-palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittämisen taustalla on. Eri alueilla tunnistettiin samoja tarpeita tai tavoitteita. Niihin kuuluivat muun varhaisen tuen tarjoaminen, oikea-aikainen tuki ja palveluiden kokoaminen perheen ympärille sekä vanhempien tukeminen.

Vastauksissa nousi esiin tarve selkeyttää palvelujärjestelmää sekä palveluita ja vastuita perustasolta aina erikoissairaanhoidon asti. Ongelmia oli etenkin palveluiden saatavuudessa, katkoksissa ja siinä, ettei perheellä ollut tiedossa, keneen olla yhteydessä. Palveluiden kokonaisuuden hahmottamista pidettiin tärkeänä, sillä sen avulla voitaisiin paremmin rakentaa yksilöllistä tukea tai palvelupolkuja. Tavoitteena olikin luoda yleistetty kuvaus tai visio sujuvasta palvelukokonaisuudesta tai -ketjusta, jonka avulla voitaisiin myös yhdenmukaistaa käytäntöjä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sivistystoimen henkilöstön osaamisen vahvistamista tai tukemista pidettiin tärkeänä tavoitteena. Yhdeksi lähtökohdaksi nimettiin myös se, ettei tieto lapsen tai nuoren tilanteesta välttämättä välity eri ammattilaisten ja yksiköiden välillä. Edellä kuvatut lähtökohdat, tarpeet ja tavoitteet nousivat esiin myös aiemmin hyvinvointialueille tehdyssä kyselyssä (Koivisto ym. 2023).

Toiseksi olimme kiinnostuneita siitä, millä tavoin palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittäminen ja määrittely olivat edenneet. Kehittäminen oli kaikilla alueilla vielä kesken eikä palvelukokonaisuus tai -ketju ollut käytössä. Kehittämisyhmittä olivat erittäin monialaisia ja mukana oli laajasti asiantuntijoita perusterveydenhuollosta, sosiaalihuollosta, erikoissairaanhoidosta, sivistystoimesta ja kehittämishankkeista. Lisäksi kehittämisessä oli hyödynnetty kokemusasiantuntijoita. Osalla alueista kehittämistä oli viety eteenpäin osana erilaisia valtionavustushankkeita.

Kehittäminen kytkeytyi osaksi laajempaa mielenterveyspalveluiden ja/tai perhekeskuspalveluiden kehittämistä. Kehittämisessä hyödynnettiin paitsi kehittäjäryhmän sisäistä työskentelyä myös henkilöstöä laajemmin osallistavia työpajoja, kyselyä, asiantuntijahaastatteluita, konsulttitukea tai opinnäytetyötutkimusta.

Kolmessa tarkastellussa esimerkissä neurokirjon lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittely eteni hyvin monialaisella, moniammatillisella ja poikkihallinnollisella tavalla. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kuvauksissa oli mukana toimijoita lapsen arjesta, kuten neuvolasta, päiväkodista ja koulusta, mutta myös järjestöistä, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista, lastensuojelusta ja erikoissairaanhoidosta. Samoin kuvausten kuntoutuspalvelut ulottuivat arjessa tapahtuvista toiminnoista vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen asti.

Neurokirjon lasten palveluissa on kyse laajasta kokonaisuudesta, jonka toimintojen ja johon kohdistettujen tarpeiden kenttää on vaikea rajata. Haastatteluiden perusteella työryhmillä oli kuitenkin varsin selkeä käsitys kehittämisen lähtökohdista ja tehtäväksi annosta, mikä edesauttoi työskentelyä, kuten myös aiemmat kokemukset sujuvasta yhteistyöstä. Kehittämistä oli tehty monialaisesti ja henkilöstöä osallistaen. Myös erilaisia tuotoksia oli valmistunut, ja esimerkiksi Päijät-Hämeessä oli jo alkanut muodostua ymmärrys palvelupolun keskeisistä ja välttämättömistä osa-alueista.

Organisaatioiden erilaiset toimintakulttuurit, tietojärjestelmien yhteensovittamisen ja tietojen jakamisen vaikeudet sekä eri hallintosektoreille hajautuvat johtamis-, ohjaus- ja seurantarakenteet hankaloittavat toiminnan kehittämistä ja yksiselitteisten ratkaisujen mallintamista (myös Koivisto ym. 2023). Haastatteluissa tuotiin esille tarve monialaiselle verkostojohtamiselle, jossa on tunnistettu ja jaettu eri toimijoiden vastualueet ja sovittu yhteisjohtamisen käytännöistä.

Monialaisessa palvelukokonaisuudessa tai -ketjussa erityisenä haasteena mainittiin johtamisen ja budjettien jakautuminen eri toimialojen ja esihenkilöiden alaisuuteen. Kehittämisen ja käyttöönoton tuessa tarvitaan horisontaalista tukea johtajilta. Johtajilta edellytetään keskinäistä luottamusta ja aitoa pyrkimystä yhteistyöhön. On myös tärkeää nimetä prosessinomistaja, jolla on riittävät valtuudet ratkaisujen tekemiseen. Prosessinomistajan nimeäminen on tärkeää myös silloin, kun toimintaa lähdetään levittämään. Laaja-alaisen johtamisen merkitys nousi esiin myös aiemmissa hyvinvointialueiden kyselyvastauksissa (Koivisto ym. 2023).

Kolmanneksi pyrimme arvioimaan, missä määrin palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen elementit ja toiminnot olisivat siirrettävissä tai toistettavissa eri hyvinvointialueilla. Haastatteluissa nousi esille toive valtakunnallisesta ohjauksesta neurokirjon lasten palvelukokonaisuuden ja -ketjun monialaisesta mallintamisesta. Keskeisin osin yhteisen, kansallisesti kuvatun mallinnuksen toistettavuus alueilla vaikuttaakin haastattelujen perusteella hyödyllisemmältä kuin jonkin alueen palvelukokonaisuuden tai -ketjun mallinnuksen siirtäminen toiselle alueelle.

Palvelukokonaisuuksien toistettavuudessa ja systemaattisessa kehittämisessä olennaista on ensin selvittää, mitkä ovat ne yhteiset, välttämättömät palvelukokonaisuuden ja -ketjun osa-alueet, joiden tulee olla hyödynnettävissä, kun työskennellään neurokirjon lasten ja heidän perheidensä kanssa. Haastatteluissa nousivat esille muu muassa diagnoosin tekeminen, lapsen ja perheen oma vastuutyöntekijä, yhteensovitettavat palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmat, perheen osallistaminen ja kuuleminen työskentelyn aikana sekä tarvittavan arkielämän tuen ja kuntoutuksen järjestäminen lapsen ja perheen tarpeita vastaavalla tavalla.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen keskeiset osa-alueet voidaan määritellä yhteisesti, mutta niiden toteutuksen tapa määrittyy aina aluekohtaisesti ja alueellisten olosuhteiden pohjalta. Lopullisesti ne konkretisoituvat ja osoittavat toimivuutensa tai toimimattomuutensa käytännön asiakastyön suhdeperustaisissa yhteyksissä. Monialaisessa toimintaympäristöissä eri tahojen yhdessä hyödyntämä systeminen viitekehys voisi toimia ammatillisen toiminnan peilinä ja varmistaa, että työskentely lapsen ja hänen perheensä kanssa sujuu oikeaan suuntaan.

Lähteet

Gherardi, S. (2019) Practices and Knowledges. *Teoria e Prática em Administração*, volume 8, número 2 (special issue), 33-59. <http://dx.doi.org/10.21714/2238-104X2018v8i2S-38857>

Gherardi, S., Laasch, O. (2021) Responsible Management-as-Practice: Mobilizing a Posthumanist Approach. *J Bus Ethics* (2021). <https://doi.org/10.1007/s10551-021-04945-7>

Koivisto, J. (2007) What evidence-base? Steps towards relational evaluation of social interventions *Evidence and Policy*, Vol. 3, No 4, 527-537.

Koivisto, J., Liukko, E. & Muurinen, H. (2023) Monialaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittäminen ja toteuttaminen hyvinvointialueilla - tilannekuva keväällä 2023. Tutkimuksesta tiiviisti 32/2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Koivisto, J., Liukko, E., Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. (2020) Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 11/2020.

Koivisto, J. & Pohjola, P. (2015) Doing together: Co-designing the socio-materiality of services in public sector. *International Journal of Actor-Network Theory and Technological Innovation (IJANTTI)*. Vol 7(3), 1-14.

Koivisto, J., Pohjola, P. & Pitkänen, N. (2015) Systemic innovation model translated into public sector innovation practice. *The Public Sector Innovation Journal*, 20(1), 2015, article 6.

Laasch, O. & Gherardi, S. (2019) Delineating and reconnecting responsible management, learning, and education: A research agenda through a social practices lens. *Academy of Management. Annual Meeting. Boston.*

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021): <https://www.fin-lex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Price, O.M., Scheeres, H. & Boud, D. (2009) Re-making Jobs: Enacting and Learning Work Practices. *Vocations and Learning* 2, 217 (2009). <https://doi.org/10.1007/s12186-009-9025-6>

Tikkakoski, Miia (2023) Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen ja nuoren palvelupolkuskenaariot ja niiden kustannukset. Turun AMK:n opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/795014>.

Tämän julkaisun viite:

Koivisto, J, Liukko, E & Muurinen, H (2023) Neurokirjon lasten ja nuorten monialaisen palvelukokonaisuuden kehittäminen kolmella alueella. *Tutkimuksesta tiiviisti* 63/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-231-0 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-231-0>