

Psykiatria

Hoidon saatavuus ja yhtenäiset hoidon kriteerit

–Ensisijaisen hoitovastuun määrittäminen ja hoitokokonaisuuksien suunnittelu mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmässä

Työryhmä: Sami Pirkola (pj) professori Tay, Matti Holli psyk yl, taj HUS, Tapio Kekki yl LSHP, Eila Tiuhonen yl Niuvanniemen sairaala, Hanna-Mari Alanen yl, taj PSHP

Tiivistelmä

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat ajallisilta- ja toimintakykyulottuvuuksiltaan moninaisia prosesseja ja niiden hoito vaatii tavoitteellista suunnittelua. Palvelujärjestelmän on toimittava riittävän varhain ja matalalla kynnyksellä ja toisaalta hoitoon on alussa asti kuuluttava valmius kriittisiin toimenpiteisiin ja osaamista edellyttävään tilannearviointiin. Tämän vuoksi palvelujärjestelmän on toimittava integroituna kokonaisuutena, eikä yhteys perustason palveluista erikoissairaanhoidon saa missään vaiheessa katketa. Oikea-aikainen, tavoitteellinen ja vaikuttava toiminta tuottaa merkittäviä terveys- ja kustannushyötyjä muun muassa tarpeettoman sairaalahoidon vähenemisenä.

Monitahoisissa ja toimintakykyvaikutuksiltaan laaja-alaisissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa hoidot ja toimintamallit perustuvat tutkimustietoon, jonka ajanmukaisuuden ja laadun valvonnan vastuu on erikoissairaanhoidossa ja tarvittaessa ERVA/yliopistotason toimijoilla. Palvelutason laadunvalvonta varmistetaan säädöksiin ja toimintaohjein. Erikoisalaorganisaatio vastaa riittävän laajakirjoisen hoitopaletin (mm. näyttöön perustuvat psykoterapiat) ja terveyskeskuksessa psykiatristen potilaiden hoitoa tukevan henkilöstön saatavuudesta, sekä aktiivisen konsultaatioyhteyden ylläpidosta ja toimintamallien ja palveluketjujen päivittämisestä sitä kautta.

Psykiatrian erikoisalaorganisaatiot - mukaan lukien lasten- ja nuorisopsykiatria - tarjoavat itse tuottamiensa hoitokokonaisuuksien ohella perustasolle riittävän valikoiman hoitoja ja hoito-ohjelmia, sijoittavat perustasolle tukihenkilöstöä, ja koordinoivat alueiden mielenterveys- ja päihdepalveluita ennakoivasta korjaavaan työhön. Lisäksi ne arvioivat toiminnan laatua ja vaikuttavuutta sekä tarjoavat konsultaatiotukea perus- ja lähipalveluiden käyttöön, joustavasti ja matalalla kynnyksellä. Eriyistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoitotoiminnalla on oltava riittävä kapasiteetti psykiatriin tutkimuksiin, paperi- ja potilaskonsultaatioihin, sekä yhteistyöalueiden toimintaohjeiden tuottamiseen, päivittämiseen ja valvontaan. Erikoissairaanhoidon vastaa myös erityisosaamista vaativasta tutkimus- ja hoitotoiminnasta yhteistyössä perustason kanssa. Päihdepalveluissa tarvitaan riippuvuussairauksien, psykiatrian, somatiikan ja sosiaalityön erityisosaamista, jonka organisoinnissa voidaan hyödyntää tässä suosituksessa luonnosteltavaa psykiatrian osaamisen integratiivista järjestämismallia.

Hoidon ja palvelutarpeen arviointi lähtee kiireettömän hoidon yhteydessä useimmiten perustason yksiköstä, kuten terveyskeskuksesta, työterveyshuollosta tai sosiaalitoimen palveluista, jota psykiatrinen erikoissairaanhoidon vastuullisesti tukee, muun muassa näissä yksiköissä toimivan tukihenkilöstönsä kautta, tarvittaessa alkuarviosta lähtien. Psykiatrisen ja päihdetilanteen arvion ja hoidon aloitus on joitakin tutkimuksellisia selvityksiä lukuun ottamatta usein tavanomaisia somaattisia tilanteita kiireellisempää psykososiaalisten komplisoitumisriskien takia.

Keskeistä perustasolla on nopea diagnostinen- ja muu tilannearvio, sekä psykososiaalisen tuen järjestäminen matalalla kynnyksellä, paitsi indeksihenkilölle, myös perheelle ja lähipiirille. Psykiatriset tilanteet ovat usein

päivystyksellistä puuttumista vaativia tai suhteellisen nopeita (0-4 viikkoa) konsultaatioita edellyttäviä. Diagnostinen arvio tehdään viipymättä, sovittujen käytäntöjen mukaisesti yhteistyössä erityistason toimijoiden kanssa, esimerkiksi perustasolla fyysisesti sijaitsevan erikoislääkäriyksikön tarjoaman tukihenkilöstön avulla. Diagnosoitu psykiatrinen häiriö on keskeinen kriteeri joka määrittää erikoisalaorganisaatiolle vastuun hoitojen saatavuudesta ja toteuttamisesta, vaikka hoito toteutuisi fyysisesti perustason yksikössä ja yleislääkärin hoitovastuulla. Järjestelmän kokonaistoimivuuden ja -taloudellisuuden periaatteena on, että toimiva perustason koulutus ja konsultaatiotuki vähentävät lähetteiden tarvetta erikoissairaanhoidon, mikä puolestaan vapauttaa sen resursseja koulutus- ja konsultaatiotuen vakiinnuttamiseen ja kehittämiseen.

Hoitomuodoista erityistä huomiota ja kehittämistä vaatii tarpeenmukaisten, kohdennettujen psykoterapeuttisten hoitojen järjestäminen. Niissä järjestämisvastuu on erikoislääkäriorganisaatiolla, vaikka hoidot täytyy voida aloittaa jo pian perustason kontaktin jälkeen. Tätä varten on luotava joustavat käytännöt myös yksityissektorilta hankituille terapioille. Tätä koskevat linjaukset ja toiminnan vaatiman laaturekisterin käyttö koordinoidaan keskeittämisasetuksen mukaisesti ERVA -tasoisten psykososiaalisten hoitojen osaamiskeskusten toimesta.

Erikoisalan vastuun kriittisiä tehtäviä ovat

- Sairaalahoidon tarpeen arvio
- Mielenterveyslain soveltaminen
- Asianmukaisen psykososiaalisen hoidon tai psykoterapian tarpeen ja toteutumisen arvio
- Perustason toimijoiden koulutus, joka tähtää myös optimaalisen hoitotahon määrittämiseen
- Vanhuspsykiatriset konsultaatio
- Oikeuspsykiatriset vaarallisuuden tai hoitoisuuden arviot
- Pitkäaikaisspotilaiden asumisen tukijärjestelyjen ja muun kuntouttavan toiminnan laadun seuranta
- Asianmukaisen lääkehoidon optimointi ja tarpeettomien lääkitysten karsiminen erityisesti vaikeiden mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa
- Kotiin vietävien psykiatristen hoidollisten ja kuntouttavien palveluiden laatuksiteerien määrittely ja seuranta

1. Ensisijaisen hoitovastuun määrittäminen

- Diagnosoitaviin mielenterveyshäiriöihin liittyvä toiminta on lähtökohtaisesti erityistason vastuulla, kun taas positiivista mielenterveyttä tukevaa toimintaa ja yleistä mielenterveystyötä toteutetaan perustasolla. Perustasolla noudatetaan erityistason ohjeistuksia ja hyödynnetään sen konsultaatiotukea. Perustason riittävä ja laaja mielenterveystyöntekijöiden osaaminen varmistetaan erityistason konsultaatioiden ja tukihenkilöiden avulla.
- Ei -päivystyksellisen hoidontarpeen arviointi alkaa usein perustason yksikössä, jota psykiatrian erikoisalan yksikkö vastuullisesti tukee, tarvittaessa jopa alkuarviosta tai kotikäynnistä lähtien.
- **Perustasolla hoidettavia** mielenterveyteen liittyviä tilanteita voivat olla esim.:
 - Elämäntilanteeseen liittyvät huolet ja kuormitukset
 - Tavalliset, ei-diagnostiset kriisitilanteet (pois lukien katastrofit) erityistason kanssa sovituin linjoin ja sitä konsultoiden
 - Vakaassa vaiheessa olevat mielenterveys- ja päihdehäiriöt, kun diagnostiikka on tehty asianmukaisesti ja tarvittavat erikoisalahoidot on liitetty kokonaishoitoon, myös kuntoutuspsykoterapian yhteydessä.
 - Lasten, nuorten ja heidän perheidensä palvelut, tiiviissä yhteistyössä erityistason kanssa
- Kaikkea kuormitusta ei pidä diagnosoida, mutta hoidettavissa olevat mielenterveyshäiriöt on hoidettava nopeasti, ja siksi **erikoissairaanhoidon vastuulla oleva mielenterveys- ja päihdepalvelu:**
 - On aktiivisesti läsnä perustason toiminnassa
 - Tarjoaa psykoterapioita ja muita erikoisalahaitoja perustason hoitovastuulla oleville potilaille sekä alaikäisten potilaiden perheille.
 - Tarjoaa peruspalveluiden tiloissa työskentelevää psykiatrista- ja päihdetukihenkilöstöä
 - Tarjoaa psykiatrisia konsultaatioita ja muita palveluita peruspalveluille
 - Tukee perustason yksiköiden osaamista (erilaiset toimintamallit ja manuaalit ja niihin liittyvä koulutus, perehdyttäminen it –psykiatrian hyödyntämiseen)
 - Tukee ja koordinoi omahoitoa (mukaan lukien it-palvelu), kolmannen sektorin toimintaa ja vertaistukitoimintaa, jotka täydentävät mielenterveyspalveluita myös sähköisin ratkaisuin
- Kunkin yhteistyöalueen toimivat konsultaatio- ja yhteistyökäytännöt perustason terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoille sekä muuhun erikoissairaanhoidoon kuvataan mielenterveys- ja päihdetyön yhteistyösopimuksessa. Samassa yhteydessä sovitaan myös mm. tietojärjestelmien harmonisoinnista, sähköisen yhteydenpidon välineistä ja psykoterapioiden hankintakäytännöistä.

2. Yleislääkärin ja perustason rooli

- Yleislääkärin ja erikoislääkärin ensisijaisten hoitovastuiden määrittelyn ohella näissä yhtenäisen hoidon kriteereissä ja myöhemmässä kehittämistyössä käsitellään myös psykiatrisia hoitomuotoja ja diagnostisia tukipalveluita, joita erikoisalaorganisaation on tarjottava yleislääkäriorganisaatiolle.

- Osassa psykiatrisia hoitoja hoitovastuu säilyy yleislääkärillä esim. silloin, kun tällä on käytettävissään osaava, lähtökohtaisesti erikoislääkärilahon palveluksessa (tai suorassa ohjauksessa oleva) mutta yleislääkäriorganisaatiossa toimiva mielenterveyshenkilöstö.
- Yleislääketieteellinen viitekehys tarjoaa hyvän pohjan monien mielenterveysongelmien ja potilasryhmien hoitoon, kun toimintamallit ovat yhteisten linjausten ja konsultaatioiden myötä vakiintuneet.
- Akuuttioireiden vaikeus, toimintakykyhaitta ja välitön psykososiaalinen kuorma puoltavat erityistason aktiivista roolia, kuin myös mahdollinen mielenterveyslain soveltamiseen liittyvän julkisen vallan käytön tarve
- Kiireettömään hoitoon pääsyn aiemmat yksityiskohtaiset diagnoosiryhmittäiset kriteerit toimivat resurssien käytön portinvartijana, mutta onnistuneesti integroidussa järjestelmässä ensisijaisen vastuun määrittämisen perusteena on toiminnan vaikuttavuus ja sen myötä maksimaalinen kokonaistaloudellisuus.
- Kun nuoruusikäinen palveluja tarvitseva siirtyy aikuisten ikäryhmään ja hoito on aloitettu jo ennen sitä, toteutetaan hoito vaikuttavuuden ja kokonaistaloudellisuuden periaatteella – tehtyä panostusta ei lopeteta

3. Ensisijaisen hoitovastuun tai hoidon ohjauksen siirto erikoissairaanhoidolle

3.1. *Hoitovastuun nopea siirto (0-4 viikon sisällä):*

Ensi kertaa todettavissa vakavissa häiriöissä, jotka uhkaavat toimintakykyä tai turvallisuutta, erikoissairaanhoidon hoitovastuusta tulee sopia nopeasti, päivien kuluessa. Tällaisia häiriöitä ovat psykoosit, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä persoonallisuushäiriöt joihin liittyy akuutti itsetuhoisuuteen tai väkivaltaan johtava oirekuva. Vähintään viikkojen kuluessa siirtämistä edellyttävät vaikea-asteinen masennustila ja pakko-oireinen häiriö. Esimerkiksi vaarallisuusarvioissa tarvittavan oikeuspsykiatrisen osaamisen kytkeminen tapahtuu ERVA –tason linjausten mukaisesti. Sairaalahoidon ja mielenterveyslain soveltamisen arvio tapahtuu tarvittaessa päivystyksellisesti.

Lisäksi nopea (viikkojen sisällä) siirto tarvitaan sellaisissa ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöissä, joista ei yleislääkärin vastaaman hoidon aikana ole tullut vastetta. Myös psyykkisen voinnin selvä huononeminen johtaa viipymättömään ensisijaisen hoitovastuun siirtoon.

Hoitovastuun nopean määrittämisen ja akuutin toiminnan keskeisiä tavoitteita ovat diagnostinen arvio, lääkehoidon tarpeen ja toimenpiteiden kiireellisyyden määrittäminen. Potilaan ja lähipiirin turvallisuus ja mahdollisen sairaalahoidon tarve arvioidaan viiveettä.

Riskien arviointi kuuluu aina akuutin psykoosin arviointiin. Tämän lisäksi oikeuspsykiatrisen arviointi on aiheellinen mm. seuraavissa tilanteissa, vaikka tahdosta riippumattoman puuttumisen kriteerit eivät täyty:

- Lapsen kaltoinkohtelu /epäily
- Perheväkivalta
- Koulu-uhkaukset, törkeä koulukiusaaminen
- Henkeen tai terveyteen kohdistuvat uhkaukset, teräaseiden hallussapito yleisellä paikalla, ampumaseiden omistaminen ja käyttöluvut, eräät demografiset riskitekijät
- Äkillinen persoonallisuuden / käyttäytymisen muutos
- Rikostutkinta, ei vangittuna

- Lähestymiskielto
- Rikos- / vankeusanamneesi, oikeuspsykiatrinen hoitoanamneesi

Erikoissairaanhoidon toiminta integroidaan neuvolan, kouluterveydenhuollon, vankiterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden kanssa.

3.2. Erikoislääkäriyksikön osaamisen kiireetön (4 viikkoa - 3 kk) kytkeminen asiakkaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen

- Elinikäisiin ominaisuuksiin tai oirekuviin liittyvät tutkimukset ja hoidot:
 - ADHD tai Aspergerin oireyhtymä aikuisikäisellä, sekä -sukupuoli-identiteettihäiriöt
 - Kehitysvammapsykiatriset selvittelyt
 - Persoonallisuushäiriöiden vaikutus vointiin, toimintakykyyn ja kiinnittymättömyyteen hoitoon
- Huolestuneisuutta herättäneiden mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden impulsiivisuuden arviointi, tarvittaessa oikeuspsykiatrasta erityisosaamista hyödyntäen, silloinkin kun tarve ei ole akuutti (huom! koskee myös vanhuksia)
- Sairaalahoitoa tarpeen ja lääkehoidon asianmukaisuuden arvio, kun tilanteessa ei ole kiireellistä huomiota vaativaa
- Jos tilanne on vakaa, voidaan myös joitain muita toimintoja nopean siirron sijaan tuottaa ei-kiireellisinä:
 - Psykiatrinen työkyvyn arvio eri diagnoosiryhmissä tai arvion tuottaminen mt näkökulmasta arvion kokonaisvastuussa olevalle yleislääkäri/työterveyslääkäri toimijalle.
 - Tavoitteellisen, lähtökohtaisesti yli puoli vuotta kestävä psykoterapian tarpeen arvio
 - Syömishäiriöiden tutkimuksen ja hoidon järjestäminen
 - Pitkäaikaisten, elämänaikaisesti ja toistuvasti haittaa aiheuttaneiden mielenterveysongelmien (esim. depressio, ahdistuneisuus, psykosomaattiset/somatoformiset oireistot = tarvittaessa yhdessä yleislääkäri/työterveyslääkärin kanssa) selvittely
 - Mahdollisen päihdeongelman selvittely ja asiantuntijatuki, hoidon järjestely - päihde- ja mielenterveystahon erityisosaajien tuella
 - Pitkäaikaisten/kroonisten ja perustasolla muuten hoituvien mielenterveyspotilaiden hoidon tarkistus, arvio ja seuranta

3.3. Tarpeenmukaisten psykososiaalisten hoitojen järjestäminen ja tuottaminen erikoislääkärin ohjauksessa

Erikoisalaorganisaatio järjestää (tuottaa tai hankkii) riittävän psykososiaalisten näyttöön perustuvien hoitojen kirjon yleislääkärin vastuulla oleville mielenterveyspotilaille. Erikoisalaorganisaatio voi tuottaa monia psykoterapeuttisia menetelmiä käyttäviä hoitoja, kuten psykoedukaatio ja kohdennetut kognitiivis-

behavioraaliset hoidot ja lyhytterapiat, etäterapiat ja puoli-automatisoidut nettiterapiat sekä jotkut ryhmähoidot. Hoitopäätökset perustuvat diagnostisiin- ja hoidontarvearvioihin ja niiden laatu ja vaikuttavuus arvioidaan strukturoidusti ja keskitetysti. Perustason yksiköt voivat olla osaltaan tuottamassa psykoterapeuttisia hoitoja, mutta kaikkien julkisrahoitteisten terapioiden – sekä itse tuotettujen että ulkopuolelta hankittujen - tulee olla erikoissairaanhoidon laadunvalvonnan piirissä.

Psykoterapioiden järjestämisessä seurataan keskittämisasiäsetuksen mukaisesti yliopistosairaaloita (ERVA) psykoterapioiden osaamiskeskusten linjauksia. Näitä psykoterapioita voivat tuottaa ulkopuoliset palveluntuottajat ja niiden valinnassa voidaan noudattaa jonkin verran yksilöllistä harkintaa, kun terapian tavoitteista ja seurannasta esimerkiksi laaturekisterin avulla on sovittu.

3.4. Erikoislääkäritahon tarpeenmukainen koulutus, konsultointi ja tuki mielenterveysasiakkaiden tilannearvioinnissa, diagnostiikassa ja hoidon suunnittelussa

Erikoislääkäriorganisaation on tarjottava yleislääkäritaholle välineet tukemaan ja varmistamaan diagnostiikan sekä oikeisiin hoitoihin ohjautuminen, sekä mielenterveyslainsäädännön ja vastaavien säädösten toteutuminen. Tähän tarvitaan yleislääkäriorganisaation tiloissa toimivaa erikoisalaorganisaation henkilöstöä ja konsultaatiopalveluita.

Silloin, kun perustasolla ei ensimmäisenä vastaanottavana työntekijänä ole lääkäri, vaan esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai fysioterapeutti, on huolehdittava, että mielenterveyteen liittyvää toimintaohjeistusta ja myös ensilinjan konsultaatiokontakteja on saatavilla.

Kynnyksettä ja fyysisessä läheisyydessä (tai etäyhteyksin) käytettävissä olevat erikoislääkäriorganisaation konkreettisesti resursoidut tukipalvelut varmistavat yleislääkäritahon mahdollisuuden hoitaa melko monenlaisia mielenterveysongelmaisia potilaita, joiden muu lääketieteellinen hoito tulee samalla turvattua.

Mahdollisesti vaikeahoitoisiin, impulsiivisiin potilaisiin liittyviin konsultaatioihin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Samoin ikääntyvien potilaiden psykiatristen ongelmien arvioinnin ja hoitotuen on oltava erityisen joustavaa ja kulloisiinkin palvelurakenteisiin integroituvaa.

4. Diagnoosiryhmittäisiä toimintavastuun linjauksia

4.1. Psykoosiryhmän (F20-29) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

Psykoottistasoiset häiriöt vaativat aina jossain vaiheessa palveluketjua erikoislääkäriorganisaation tilannearvion ja usein myös aktiivisia erikoissairaanhoidon hoitojaksoja. Sairaalahoidon tarpeen arvioinnista ja päivystyksellisten puuttumisten saatavuudesta on huolehdittava. Pidempiaikaisissa häiriöissä hoidon kannattelun ensisijainen vastuu voi olla perustasolla, jos asianmukainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma on tehty erikoislääkäriyksikössä ja sinne on esteetön konsultointiyhteys.

Pitkäaikaisspotilaiden asumisen tukipalveluiden ja kuntoutusprosessien laadunvalvonnassa käytetään näiden palveluiden laaturekisteriä, jota erikoislääkäriorganisaatio ylläpitää ja valvoo.

4.2. Mielialahäiriöryhmän (F30-39) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

Lieviä depressioita voidaan erikoislääkäriorganisaation ohjeistamana ja tukeman asianmukaisen diagnostiikan jälkeen hoitaa käypä hoito –suositusten mukaisesti myös perustasolla, mutta kiireetöntä tai kiireellistä erikoislääkäriyksikön konsultaatiota, arviota tai hoitoa tarvitaan, kun:

- Depressio on vaikea-asteinen
- Pitkäaikaista työ- ja toimintakykyä pitää arvioida,
- Depression psykoterapeuttinen ja/tai lääkehoito ei tehoa,
- Oirekuvassa on toivottomuutta, itsetuhoisuutta ja/tai vaikeaa ahdistuneisuutta
- Epäilläään kaksisuuntaista mielialahäiriötä, eli bipolaaritautia
- Tilannetta on komplisoimassa muita, psykiatrisia tai somaattisia sairauksia
- Harkitaan tarvetta sairaalahoidolle

4.3. Ahdistuneisuushäiriöryhmän (F40-49) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

- Komplisoitumattomia ahdistuneisuushäiriöitä voidaan asianmukaisesti diagnosoituna hoitaa hoitosuositusten mukaisin keinoin myös perustasolla, mutta erikoislääkäriyksikön tilannearvio on tarpeen työ- ja toimintakyvyn häiriintyessä, tilanteen nopeasti pahentuessa tai jos hoito ei auta. Myös samanaikaiset muut häiriöt, liitännäisoireilu, itsetuhoisuus tai käytöksen muutokset ovat peruste erikoislääkäriyksikön konsultaatiolle tai hoitojaksoille

4.4. Päihdehäiriöryhmän (F10-19) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

- Erikoislääkäriyksikön vastuuta tarvitaan häiriötasoisissa vaikeissa päihdeongelmissa, erityisesti diagnostiikan ja hoidon suunnittelua varten (kaksoisdiagnoosiasiakkaat) sekä työ- ja toimintakyvyn arviointivaiheissa. Konsultaatio tai hoitoonohjaus tarvittaessa kiireellisesti, kun kyseessä hallitsematon ja haitallinen päihdehäiriö, jossa tunnistetaan turvallisuus- tai terveyshaittoja tai psykoosioireita

4.5. Oireilevien persoonallisuushäiriöryhmän potilaiden (F60-69) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

- Erikoislääkäriyksikön vastuuta tarvitaan hoitosuositusten mukaisen hoidon valinnassa ja organisoinnissa, työ- ja toimintakyvyn arviointivaiheissa ja akutisoituvien muiden häiriöiden (depressio, psykoottisuus, vaikeat käytöshäiriöt) ilmaantuessa.

4.6. Kehitysvammaryhmän (F70-79) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

- Erikoislääkäriyksikön vastuuta tarvitaan työ- ja toimintakyvyn arviointivaiheissa ja akutisoituvien muiden häiriöiden (depressio, psykoottisuus, vaikeat käytöshäiriöt) ilmaantuessa.

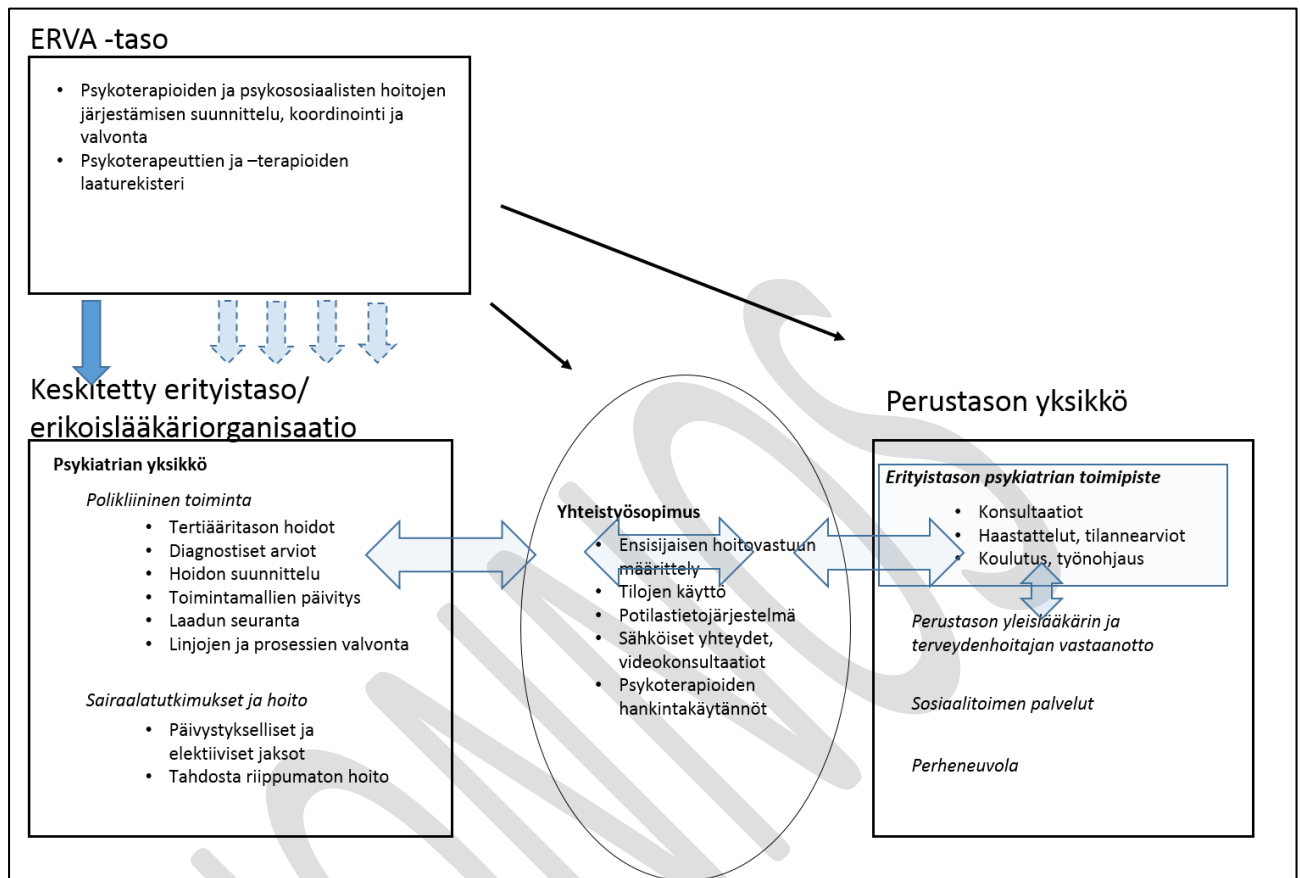
4.7. Psyykkisen kehityksen häiriöiden (F80-89) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

- Erikoislääkäriyksikön vastuuta tarvitaan työ- ja toimintakyvyn arviointivaiheissa ja akutisoituvien muiden häiriöiden (depressio, psykoottisuus, vaikeat käytöshäiriöt) ilmaantuessa.

4.8. Lapsuus- ja nuoruusiässä alkaneiden käytös- ja tunnehäiriöiden (F90-98) ensisijaisen hoitovastuun jakautuminen

- Erikoislääkäriyksikön vastuuta tarvitaan työ- ja toimintakyvyn arviointivaiheissa ja akutisoituvien muiden häiriöiden (depressio, psykoottisuus, vaikeat käytöshäiriöt) ilmaantuessa.

Kuvio: Erityis- ja perustason integroitu yhteistyömalli mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisessä



Kuvio, versio 2

