



Yhteistoimintahanke MENTAL HEALTH TOGETHER

Integroidun hoitopolun määritelmä

Versio	2.0
Laatija	Kansallinen terveystieteiden instituutti, Italia
Tehtävä	5.4
Tuotoksen päivämäärä	30. toukokuu 2026
Tuotostyyppi	Raportti



Co-funded by
the European Union

Tätä yhteistoimintahanketta yhteisrahoittaa
Euroopan unionin terveysohjelma
avustussopimuksen nro 101162928 puitteissa

Euroopan unionin rahoittama. Esitetyt näkemykset ja mielipiteet ovat ainoastaan kirjoittajan/kirjoittajien omia eivätkä välttämättä vastaa Euroopan unionin tai Euroopan terveys- ja digitaaliasioiden toimeenpanoviraston (HaDEA) näkemyksiä. Euroopan unionia eikä rahoituksen myöntänyttä viranomaista voida pitää niistä vastuullisina.

1. Asiakirjan ominaisuudet

Hankkeen nimi:	Mental Health Together
Hankkeen lyhenne	MENTOR
Hankenumero:	1011622928
Aihe:	Tiedonvaihtoraportti
Asiakirjan laatija:	Kansallinen terveystieteiden instituutti, Rooma, Italia
Katettu ajanjakso (kesto):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Asiakirjan versiohistoria

Versio	Päivämäärä	Laatijat/osallistujat	Kommentit
1.0	18.11.2025	ISS	Ensimmäinen luonnos
1.1	29.01.2026	ISS / jäsenvaltiot	Tarkistus
1.2	05.02.2026	ISS / jäsenvaltiot	Tarkistus
2.0	26.02.2026	Sidosryhmät / ISS / jäsenvaltiot	Lopullinen versio
2.0	26.03.2026	ISS	Käännös
2.0	13.04.2026	THL	Käännöksen validointi

1.2. Alkuperäisyysvakuutus

Toimituksen sisältö on alkuperäinen, ja sen ovat laatineet yksinomaan JA Mentor -hankkeen osallistujat.



1.3 Sisällysluettelo

1. Asiakirjan ominaisuudet	1
1.1. <i>Asiakirjan versiohistoria</i>	1
1.2. <i>Alkuperäisyysvakuutus</i>	1
1.3 <i>Sisällysluettelo</i>	2
1.4 <i>Lyhenteet ja akronyymit</i>	4
2. <i>MENTOR-projektista</i>	6
2.1. <i>Tämän asiakirjan tarkoitus</i>	7
2.2. <i>Tehtävä 5.4</i>	7
2.2.1. <i>Tehtävän kuvaus</i>	7
2.2.2. <i>Tehtävän rakenne</i>	9
2.2.3. <i>Tehtävän toteutus</i>	9
2.3. <i>Yhteystiedot</i>	10
2.3.1. <i>Koordinaattorin yhteystiedot</i>	10
2.3.2. <i>Tehtävän 5.4 pääasialliset laatijat ja yhteyshenkilöt</i>	10
D5.4.2. <i>Tiedonvaihtoraportti</i>	11
3. <i>Eurooppalainen ihmislähtöinen integroitu hoitopolku mielenterveyden häiriötä sairastavien henkilöiden sosiaalisen osallisuuden ja elämänlaadun edistämiseksi</i>	12
3.1. <i>Lähtökohdat</i>	12
3.2. <i>Kokemuksia terveystbudjettimenetelmästä</i>	13
3.3. <i>Eurooppalainen yksilöllisen terveystbudjetin soveltaminen</i>	17
3.4. <i>Siirtyminen standardoiduista palvelupaketeista räätälöityyn tukeen</i>	17
4. <i>Integroidun hoitopolun KESKEISET OSATEKIJÄT</i>	18
4.1. <i>Moniammatillinen tiimi</i>	18
4.2. <i>Moniulotteinen arviointi ja työkalut</i>	19
4.2.1. <i>HTB:n määrittely YHTEISSUUNNITTELUN ja YHTEISJOHTAMISEN LÄHESTYMISTAVALLA</i>	20
4.3. <i>Räätälöity ja integroitu interventio</i>	21
4.4. <i>Yksilöllisen terveystbudjetin määrittely</i>	23
4.4.1. <i>HTB:n kehittämisen haasteet</i>	24
4.5. <i>Asiakasvastaavan tunnistaminen</i>	24
4.5.1. <i>Viimeaikainen kirjallisuus asiakasvastaavasta: keskeiset tehtävät ja roolit</i>	25



<i>4.5.2. Asiakasvastaavan ydintehtävät.....</i>	<i>25</i>
<i>4.6. Allekirjoitus ja seuranta</i>	<i>26</i>
<i>4.6.1. HTB:n tai eurooppalaisen pilottitutkimuksen seurantaindikaattorien määrittely.....</i>	<i>26</i>
<i>5. Integroidun hoitopolun MUOTO</i>	<i>27</i>
<i>Laillinen edustaja (tarvittaessa).....</i>	<i>33</i>
<i>Asiakasvastaava (ilmoita ammattirooli)</i>	<i>33</i>
<i>Moniammatillinen tiimi.....</i>	<i>33</i>
<i>Kolmannen sektorin palveluntuottaja.....</i>	<i>34</i>
<i>6. Kirjallisuus.....</i>	<i>35</i>
<i>7. Seuraava vaihe: integroidun hoitopolun pilotointi ja seuranta</i>	<i>36</i>
<i>7.1. Synergiat</i>	<i>36</i>

1.4 Lyhenteet ja akronyymit

EU	Euroopan unioni
JA	Yhteistoimintahanke
MENTOR	Mental Health Together
PLE	Kokemusasiantuntijat
WP	Työpaketti

Lyhenneluettelo – WP5.4:n osallistajat	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italia)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud-Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Català d'Oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Lombardy Region	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	National Health Fund
PHC	State Institution Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine
PHCI	Primary Healthcare of the Capital Area
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale



RDS	Southern Region of Denmark
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Servicio Murciano de Salud
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. MENTOR-projektista

MENTORin tavoitteena on edistää mielenterveyttä jakamalla kokemuksia laajasti poliittisista aloitteista klinisiin ammatillisiin käytäntöihin. Se hyödyntää näyttöön perustuvia parhaita käytäntöjä ja mukauttaa aloitteita pitkäjänteisen jatkuvuuden saavuttamiseksi sekä mielenterveyden että hyvinvoinnin vahvistamiseksi yksilö- ja väestötasolla.

MENTORin tavoitteet:

1. Varmistaa MENTOR-toimien ja -tulosten tehokas levittäminen.
2. Edistää MENTORin tulosten jatkuvuutta ja käyttöönottoa Euroopan alueen erilaisissa mielenterveyden hoitojärjestelmissä.
3. Vahvistaa mielenterveysosaamista kehittämällä politiikkasuosituksia ja interventiovälineitä, jotka kohdistuvat haavoittuviin ryhmiin ja torjuvat stigmaa.
4. Edistää näyttöön perustuvien käytäntöjen sekä innovatiivisten mielenterveyden seuranta-, edistämis- ja ehkäisymenetelmien saatavuutta yhteisöissä ilmenevien mielenterveyden ongelmien hoitoon.
5. Parantaa mielenterveyden seurantajärjestelmiä tietoisuuden lisäämiseksi mielenterveysongelmista, riskissä olevien henkilöiden varhaisen tunnistamisen varmistamiseksi ja dataan perustuvana päätöksenteon tukemiseksi.
6. Vähentää mielenterveysongelmia kokeviin henkilöihin kohdistuvia sosiaalisia eriarvoisuuksia väestössä.
7. Edistää menetelmiä MHIAP-lähestymistapojen arvioimiseksi ja toteuttamiseksi kansallisella ja alueellisella tasolla.
8. Tunnistaa näyttöön perustuvia interventioita mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien ehkäisyyn haavoittuvissa ja yleisissä väestöryhmissä.
9. Tukea toipumisorientaatiota ja osallistavia käytäntöjä mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden hoidossa.
10. Toteuttaa yksilöllisiä ja kokonaisvaltaisia lähestymistapoja mielenterveyteen.

2.1. Tämän asiakirjan tarkoitus

Tämä asiakirja toimii JA Mental Health Together – MENTOR -tehtävän 5.4 tuotoksen 5.4.2 ”Definition of the integrated care pathway” tiedonvaihtoraporttina. D.5.4.1:ssä kerättyjen tietojen ja Knowledge Exchange Report -raporttiin (saatavilla osoitteessa: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) koottujen aineistojen perusteella mielenterveyden integroidun hoitopolun olennaiset osatekijät kuvataan seuraavien osa-alueiden kautta:

1. moniammatillisen tiimin jäsenet alkuarviointia varten;
2. arviointivälineet ja kyselylomakkeet kliinisten ja henkilökohtaisten tulosten arvioimiseksi;
3. standardoitu muoto integroitujen sosiaali- ja terveysinterventioiden suunnitteluun ja seurantaan.

Tämä tiedonvaihtoraportti sisältää tehtävään osallistuvilta jäsenvaltioilta kerätyt tiedot.

Tämän asiakirjan luonnos julkaistaan Joint Action (JA) -verkkosivustolla. Sidosryhmät (kuten mielenterveyden kliiniset keskukset, kokemusasiantuntijat, kansalaisjärjestöt, kunnat jne.) kutsutaan antamaan palautetta ja ehdotuksia. Paneeli tarkistaa kaiken palautteen mahdollisia muutoksia varten, minkä jälkeen asiakirja viimeistellään. Lopullinen asiakirja käännetään jäsenvaltioiden eri Euroopan kielille saavutettavuuden ja ymmärrettävyyden parantamiseksi.

2.2. Tehtävä 5.4

2.2.1. Tehtävän kuvaus

Integroitu hoitopolku mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden sosiaalisen osallisuuden ja elämänlaadun edistämiseksi

Yksilöllistäminen on terveyspolitiikan keskeinen osa, kuten Maailman terveysjärjestö (WHO) korostaa. Se perustuu käsitykseen terveydenhuoltojärjestelmästä, jonka keskiössä ovat inhimilliset periaatteet ja ihmisoikeudet, kuten yhdenvertaisuus, osallistuminen, itsemääräämisoikeus ja syrjimättömyys. Tämä merkitsee potilaiden kohtaamista ihmislähtöisestä näkökulmasta, heidän tarpeidensa kuuntelemista sekä heidän kykyjensä ja valinnanvapautensa tunnustamista oman terveytensä suhteen. Ihmislähtöinen lähestymistapa mahdollistaa eri sektoreiden yhteistyön käytettävissä olevia resursseja ja osaamista hyödyntäen, jotta henkilön tarpeisiin voidaan vastata kokonaisvaltaisesti.

Tehtävä 5.4 auttaa osallistuvia kumppaneita määrittelemään ja toimeenpanemaan integroituja hoitopolkuja mielenterveyden häiriöitä sairastaville henkilöille heidän omissa

maissaan sekä laatimaan suosituksia terveyden ja sosiaalisen integraation edistämiseksi. Julkiset toimintapolitiikat, eri rahoituslähteet, terveys-, koulutus- ja sosiaalipalvelut sekä erilaiset ammatilliset resurssit toimivat tiiviissä yhteistyössä ja kumppanuudessa. Tämän synergisen intervention tavoitteena on mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden toipuminen ja täysimääräinen osallisuus yhteisössä. Yksilöllisen terveysbudjetin innovatiivisen menetelmän avulla terveys- ja sosiaalipalvelut tekevät yhteistyötä tarjotakseen integroitua tukea neljällä osa-alueella: terveys, asuminen, työllistyminen, affektiivisuus/sosiaalisuus/elämän- ja ihmissuhdetaidot. Jokaiselle henkilölle laaditaan räätälöity yksilöllinen suunnitelma hänen erityisten tarpeidensa ja mieltymystensä mukaan käyttäen saatavilla olevia julkisia, yksityisiä ja henkilökohtaisia resursseja. Henkilön voimaantuminen varmistetaan hänen täysimääräisellä osallistumisellaan ja suostumuksellaan kaikissa neuvottelu- ja päätöksentekovaiheissa.

Taloudellisten ja aineellisten resurssien (esim. asunto, tulot, eläke, palkka,...) sekä epävirallisten voimavarojen (koulutustaso, perheen tuki, sosiaalinen verkosto, henkilökohtaiset taidot...) saatavuus tai puute otetaan huomioon määriteltäessä henkilön tarpeita ja yksilöllistä terveysbudjettia. Jälkimmäinen määrittää henkilön ja hänen toimintaympäristönsä käytettävissä olevien resurssien kokonaisuudeksi sekä niiden resurssien/interventioiden luetteloksi, jotka integroidut palvelut varmistavat tai tarjoavat yksilöllisen suunnitelman aikana. Suunnitelmaa seurataan, arvioidaan säännöllisesti ja päivitetään sen mukaisesti.

Tehtävän aikana osallistuvista maista kerätään ja analysoidaan tietoa julkisesta toimintapolitiikasta ja mielenterveyspalvelujen organisoinnista. Kokemusasiantuntijat osallistuvat aktiivisesti moniammatilliseen tiimiin, joka arvioi kerättyä aineistoa ja määrittelee integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon hoitopolun keskeiset osatekijät, jotka toteutetaan joissakin jäsenvaltioissa.

Yksilöllistä terveysbudjettia on tähän mennessä testattu eri maissa, muun muassa Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Belgiassa, Tanskassa, Italiassa, Suomessa, Itävallassa, Ranskassa, Ruotsissa, Saksassa, Australiassa ja Yhdysvalloissa, ja erityyppisissä ohjelmissa, joiden erot liittyvät esimerkiksi palvelujen toimeksiantokriteereihin tai henkilön valinnanvapauden asteeseen. Useimpien ohjelmien päätavoitteena oli edistää autonomiaa ja itsenäistä asumista, kun taas osa ohjelmista painotti enemmän omaishoitajien hoitojärjestelmän parantamista.

Tehtävä 5.4 tekee tiivistä yhteistyötä tehtävän 5.3 kanssa tukeakseen tämän integroidun lähestymistavan toteutusta eri julkisen terveydenhuollon, sosiaalijärjestelmän ja

koulutusjärjestelmän sektoreiden aktiivisen osallistumisen kautta. Hankekumppanit siirtävät kokemuksiaan ja hankittua tietoa muihin jäsenvaltioihin näiden neljän päätuloksen kautta:

- Tiedonvaihtoraportti (D.5.4.1), julkaistu osoitteessa: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- ICP:n määritelmä (D.5.4.2), joka keskittyy haavoittuviin henkilöihin; tämä raportti;
- Ohjeistus ja koulutusmateriaali (D.5.4.3), joka on suunnattu mielenterveysalan ammattilaisille;
- Politiikkasuositukset (D.5.4.4) kansallisille päätöksentekijöille.

2.2.2. Tehtävän rakenne

JA MENTOR -tehtävä 5.4 koostuu neljästä osatehtävästä: kyselyn levittäminen ja analyysi (5.4.1), integroidun hoitopolun määrittely (5.4.2), integroidun hoitopolun pilotointi ja seuranta (5.4.3) sekä yhteisöpohjaisten mielenterveyspolitiikkojen määrittely ja levittäminen (5.4.4).

Tehtävällä 5.4 on tehtäväjohtaja (National Institute of Health, Italy), joka vastaa tehtävän tuotoksista ja tavoitteiden saavuttamisesta. Tehtävään 5.4 osallistuu kaksikymmentäyksi jäsenvaltiota.

2.2.3. Tehtävän toteutus

Tehtävällä 5.4 on laaja maantieteellinen kattavuus Euroopassa (22 organisaatiota 10 maassa): Kypros (SHSO-MHS), Tanska (RSD), Viro (MOSA), Saksa, Islanti (PHCI), Italia (ISS, ProMIS, ASL of Turin, UNIMIBI, Lombardy Region), Puola (NHF), Romania (NCMHFAD), Espanja (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) ja Ukraina (PHC).

Kaikki maat Islantia, Saksaa ja Tanskaa lukuun ottamatta osallistuvat aktiivisesti työpakettiin (WP) ja tarjoavat siksi syvällisemmän analyysin nykytilanteesta ja siihen liittyvistä haasteista.

Jokainen osallistuva organisaatio ja maa/alue tuo tehtävään arvokasta ja toisiaan täydentävää asiantuntemusta ja kokemusta. Kumppaneilla on tarvittavat taidot, pätevyys ja resurssit tehtävän toteuttamiseksi tehokkaasti. Heillä on myös asianmukaiset oikeudelliset ja tekniset valtuudet toteuttaa tehtävän toimia kansallisella tasolla.

2.3. Yhteystiedot

2.3.1. Koordinaattorin yhteystiedot

Yhteyshenkilön nimi	Rooli hankkeessa	Sähköposti
Maria Luisa Scattoni	Tehtävän 5.4 johtaja	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Tehtävän 5.4 pääasialliset laatijat ja yhteyshenkilöt

Yhteyshenkilön nimi	Organisaatio	Sähköposti
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsn.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus



Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB-IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB-IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB-IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Bremenin senaatti / terveysministeriö	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.2. Tiedonvaihtoraportti

Tämä tiedonvaihtoraportti kokoaa yhteen paneelin työn, johon kuului ministeriöiden, julkisten virastojen, mielenterveys- ja sosiaalityön ammattilaisia, kuntien sekä jäsenvaltioiden kokemusasiantuntijoiden edustajia ja joka toteutettiin Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) -hankkeen ensimmäisen vuoden aikana.

3. Eurooppalainen ihmislähtöinen integroitu hoitopolku mielenterveyden häiriötä sairastavien henkilöiden sosiaalisen osallisuuden ja elämänlaadun edistämiseksi

3.1. Lähtökohdat

Mielenterveys on Euroopan politiikkojen ja rahoituksen ensisijainen tavoite, ja nykyaikaisen ja tehokkaan terveydenhuoltojärjestelmän päätavoitteena on tunnistaa mahdollisimman tehokkaat menetelmät ja työkalut.

Vakavien mielenterveyden häiriöiden asianmukainen hoito vähentää myös merkittävästi niiden järjestelmälle aiheuttamaa sosiaalista ja taloudellista kuormitusta.

Tieteellinen näyttö osoittaa, kuinka tärkeää on turvata riittävät yhteisöpohjaiset interventiot vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastaville henkilöille. Tällainen lähestymistapa ehkäisee tarpeettomia sairaalahoitoja ja laitostumista, jotka ovat usein tehottomia erityisesti pitkittyessään. Mielenterveyden hoidon monimutkaisuuteen vastaamiseksi on olennaista luoda rakenteelliset edellytykset ja innovatiiviset toimintaympäristöt, jotka yhdistävät terveydenhuollon toimintapolitiikat ja resurssit sosiaali- ja julkispalvelujen resursseihin.

Tässä näkökulmassa on olennaista yhteisön kyky tarjota ratkaisuja, jotka yhdistävät terveydenhuollon tarpeet koulutukseen, työllistymiseen, asumiseen ja yhteisöön osallistumiseen liittyen. Vakavia mielenterveyden häiriötä sairastaville henkilöille suunnattujen integroidujen ja yksilöllisten sosiaalisen osallisuuden polkujen kokeileminen on ensisijaisen tärkeää, sillä he ovat usein syrjäytyneitä työ-, asumis- ja sosio-kulttuurisilla markkinoilla.

Euroopassa integroidut sosiaali- ja terveydenhuollon interventiot perustuvat kansalliseen ja alueelliseen lainsäädäntöön ja strategiaan kehyksiin, jotka kattavat neuropsykiatrisia häiriötä omaavien alaikäisten, mielenterveyden häiriötä sairastavien henkilöiden, vammaisten, riippuvuuksien, HIV/AIDSin ja autismitietämisen häiriöiden tuen. Kyse on kansalaisten toimeenpantavista oikeuksista, joiden tavoitteena on palauttaa ja/tai ylläpitää ja vahvistaa yksilön autonomiaa, torjua laitostumista ja eristämistä sekä välttää hoitovastuun siirtämistä kolmansille osapuolille edistäen henkilökohtaista ja yhteisöllistä osallistumista.

Viime vuosina kiinnostus on yhä enemmän kohdistunut alueellisiin integraatiokokemuksiin, joita on toteutettu ”terveysbudjetin” organisatorisen mallin avulla.

Se on yksi kehittyneimmistä ja innovatiivisimmista ehdotuksista terveydenhuollon ja julkishallinnon yhdistämiseksi mielenterveystyössä Euroopassa.

Terveysbudjetti yhdistää taloudelliset, ammatilliset, inhimilliset ja ihmissuhderessit, joita tarvitaan tukea antavien ihmissuhde-, perhe- ja sosiaalisten kontekstien vahvistamiseen ja sosiaalisen osallisuuden lisäämiseen. Se on tuotannollinen väline, joka tukee yksilöllisiä elämänsuunnitelmia ja takaa oikeuden terveyteen erittäin integroitujen ja joustavien sosiaali- ja terveysinterventioiden avulla. Malli muuttaa myös palveluverkostoa ohjaamalla resurssien uudelleenkohdentamista, torjumalla uusia laitostumisen muotoja sekä tunnistamalla sosioekonomisen ja asumiseen liittyvän osallisuuden mahdollisuuksia.

Terveysbudjettimalli on nyt laajenemassa Italian alueilla, vaikkakin epätasaisesti, ja kokemukset vaihtelevat teknisten, ammatillisten ja hallinnollisten näkökohtien, rahoitustapojen, kokeilujen laajuuden ja keston osalta.

Sen päätarkoituksena on edistää ja vahvistaa alueellista mielenterveystyötä käyttämällä yhteisöä viitekehyksenä, suojelemalla mielenterveysongelmista kärsivien ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa, kannustamalla osallistavaan ja osallistumista tukevaan hoitoon aina kun mahdollista sekä parantamalla palvelujen laatua ja turvallisuutta potilaiden, heidän perheidensä ja palveluntuottajien hyödyksi.

Näitä strategisia suuntaviivoja voidaan pitää sovellettavina, tietyin mukautuksin ja asianmukaisin muutoksin, kaikkiin hankkeisiin, jotka kohdistuvat henkilöihin, joilla on monimutkaisia sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita ja joille voimaannuttavat ja kehitystä tukevat interventiot ovat tarkoituksenmukaisia.

Italiassa kehitetty kansallinen esimerkki (Strategic Guidelines: Designing the Health Budget with a Person-Centered Approach – Proposal of Qualifying Elements), joka tarjoaa hallinnollista ja operatiivista ohjeistusta terveysbudjetin käyttöönottoon, on käännetty ja julkaistu JA MENTOR -verkkosivustolla ja on saatavilla seuraavasta linkistä: <https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Kokemuksia terveysbudjettimenetelmästä

Aiheeseen johdattamiseksi toteutettiin katsaus kansainvälisestä kirjallisuudesta ja kerättiin alueiden ja autonomisten maakuntien dokumentaatiota ”parhaiden käytäntöjen” tunnistamiseksi kansallista konsensuskonferenssia varten.

Kansainvälisen kirjallisuuden systemaattisessa katsauksessa tunnistettiin 29 julkaisua, jotka liittyivät terveysbudjettiin mielenterveyskonteksteissa sekä laadullisesta että määrällisestä näkökulmasta. Katsaus tiivistä tuoretta näyttöä terveysbudjetin interventioista, tuloksista ja kustannusvaikuttavuudesta mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden osalta. Valituista 29 kansainvälisestä tutkimuksesta, joissa oli mukana noin 11 541 käyttäjää, perheenjäsentä ja ammattilaista, yksitoista toteutettiin Yhdistyneessä kuningaskunnassa, 11 Yhdysvalloissa, 6 Italiassa ja yksi Australiassa huhtikuun 2013 ja syyskuun 2021 välillä. Systemaattiseen katsaukseen sisältyvissä tutkimuksissa on kuitenkin rajoitteita, jotka vaikeuttavat tulosten yleistämistä. Ensinnäkin maiden jakauma edustaa vain länsimaailmaa. Lisäksi terveysbudjettien vertailu maiden välillä on hankalaa niiden terveydenhuoltojärjestelmien suurten erojen vuoksi. Toiseksi monissa tutkimuksissa otoskoot ovat pieniä, tutkimusasetelmat pääosin laadullisia, tulosten mittaamisessa ei käytetä validoituja välineitä eikä tutkimusten laatu aina ole tyydyttävä. Kolmanneksi tutkimuksiin sisältyvät otokset eivät aina edusta tutkittua väestöä, ja potilasfenotyyppien kuvaukset ovat usein puutteellisia. Lopuksi tieto terveysbudjetissa käytetyistä taloudellisista resursseista jätetään usein raportoimatta. Nämä rajoitteet huomioiden voidaan tehdä joitakin yleisiä johtopäätöksiä. Mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden myönteiset tulokset terveysbudjetin käytössä on vahvistettu erityisesti potilaan valinnanvapauden ja oman toipumispolun hallinnan osalta. Terveysbudjetin käytöstä on osoitettu useita hyötyjä, kuten potilaiden voimaantuminen, sidosryhmien lisääntynyt osallistuminen, hoidon tarjoajien ja henkilöstön osallistuminen terveysbudjetin määrittelyyn sekä oikea-aikainen ja asianmukainen pääsy hoitoon. Lisäksi useissa tutkimuksissa on raportoitu käyttäjien tyytyväisyyttä terveysbudjettien käyttöönottoon.

Lisäksi Italiassa terveysbudjetti on parantanut käyttäjien klinisiä tuloksia, elämänlaatua, osallistumista palkkatyöhön sekä työllistymiseen ja itsenäiseen asumiseen liittyviä kokemuksia, ja myönteiset vaikutukset ovat ulottuneet koko perheeseen ja tukiverkoston. Näyttö on osoittanut, että terveysbudjetti on johtanut merkittäviin muutoksiin resurssien käytössä ja yksilöllisissä interventiotavoissa, mikä on tuonut kustannussäästöjä perheille ja kansallisille terveydenhuoltojärjestelmille. Useissa tutkimuksissa nousi kuitenkin esiin huolia terveysbudjetin soveltamisesta. Perheet kokivat terveysbudjetin hallinnan ja menettelyt vaikeiksi ja kuormittaviksi, samoin sen toteutuksen ammattilaisten kanssa, minkä vuoksi he tunsivat olevansa vähemmän mukana läheisensä hoidossa. Joissakin tutkimuksissa ammattilaiset näkivät terveysbudjetin hallinnoinnin lisärasitteena työssään.

Kokemusten runsaus on tuonut esiin monenlaisia terveysbudjettiin liittyviä käytäntöjä ja käsityksiä, jotka heijastavat paikallisten kontekstien kulttuureja ja tarpeita sekä historiallisesti kehittyneitä prosesseja, erityisesti mielenterveystyössä psykiatristen sairaaloiden sulkemisen yhteydessä. Kartoitettujen kokemusten perusteella on kuitenkin noussut esiin tarve edistää terveysbudjettimallia hyvinvointipalvelujen poikkileikkaavien organisatoristen muutosten helpottamiseksi.

Sääntelyn näkökulmasta on noussut esiin myös tarve koordinoita ja integroida julkisia hankintoja koskevan ja kolmannen sektorin säännöksiä hallinnollisiin käytäntöihin, jotka kykenevät saavuttamaan terveysbudjetin tavoitteet. Terveystenhuollon ja sosiaalialan käytäntöjen tulisi olla joustavia ja mahdollistaa palvelujen uudelleenmuotoilu yksilöllistämisen lisäämiseksi, jotta riski-hyötyarvioinnit ja palvelujen sekä yhteisön resurssien innovatiivinen käyttö, yksilö keskiössä, olisi mahdollista.

Siksi on olennaista määritellä hallinnolliset menettelyt, jotka mahdollistavat joustavuuden ja innovoinnin tämän mallin soveltamisessa. Hankkeen strategian tavoitteena on siten tehdä terveysbudjetista entistä selkeämpi ja vakiintuneempi osa palvelukäytäntöjä sekä edistää sen käyttöä ja asianmukaista soveltamista alueellisella tasolla.

Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHERin (MENTOR) tavoitteena on edistää mielenterveyttä ja hyvinvointia jakamalla kokemuksia laajasti poliittisista aloitteista klinisiin ja ammatillisiin käytäntöihin. Hanke hyödyntää näyttöön perustuvia parhaita käytäntöjä ja mukauttaa niitä pitkäjänteisen jatkuvuuden varmistamiseksi tavoitteenaan parantaa mielenterveyttä sekä yksilö- että väestötasolla.

Osana tätä aloitetta yksi erityinen tehtävä keskittyy integroituihin hoitopolkuihin mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden sosiaalisen osallisuuden ja elämänlaadun edistämiseksi. Tässä viitekehyksessä laadittiin Knowledge Exchange Report -raportti (saatavilla osoitteessa: <https://ja-mentor.eu/index.php/recourses/>), jonka päätavoitteena oli arvioida paikallisen väestön tarpeita, saatavilla olevia palveluja ja asiaankuuluvia politiikkoja. Arvioinnin toteutti moniammatillinen paneeli, jossa oli edustajia ministeriöistä, julkisista virastoista, mielenterveys- ja sosiaalityön ammattilaisista, kunnista sekä kokemusasiantuntijoista.

Raporttiin johtaneet toimet alkoivat osallistuvien maiden ja alueiden mielenterveyteen liittyvien tarpeiden, palvelujen ja politiikkojen yksityiskohtaisella arvioinnilla. Paneeli, joka

edusti sekä julkista että yksityistä sektoria, ohjasi olemassa olevien kehysten ja palvelujen kattavaa tarkastelua, joilla tuetaan mielenterveyden häiriöitä sairastavia henkilöitä.

Tämän prosessin keskeinen osa oli kumppaneiden yhdessä suunnittelema kysely. Kyselyn tavoitteena oli kerätä kriittistä tietoa kolmelta pääalueelta:

1. Paikallisten väestöjen tunnistamat tarpeet, ehdotukset ja haasteet;
2. Mielenterveyden häiriöitä sairastaville henkilöille tarkoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen ominaisuudet;
3. Nykyiset kansalliset toimintapolitiikat, jotka liittyvät integroituihin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitopolkuihin.

Kaikki aktiiviset osallistujat ja tarkkailijat suunnittelivat ja viimeistelivät englanniksi laaditun "Survey on Defining an Integrated Care Pathway for Promoting Social Inclusion and Quality of Life of People with Mental Health Disorders" -kyselyn, joka käännettiin ja mukautettiin italiaksi, espanjaksi, ukrainaksi ja puolaksi.

Kysely sisälsi seuraavat osiot:

- Osa 1 – Terveys- ja sosiaalipalvelujen / mielenterveys- ja sosiaalihuoltojärjestelmien organisointi
- Osa 2 – Toteutettujen interventioiden tyypit
- Osa 3 – Etuudet ja rahoitusmekanismit
- Osa 4 – Mielenterveys- ja sosiaalialan tietojärjestelmät
- Osa 5 – Yksilöllinen terveysbudjetti (HTB): kansalliset toimintapolitiikat ja paikalliset kokemukset
- Osa 6 – HTB:n rakenne
- Osa 7 – Paikalliset kokemukset HTB:stä ja integroidusta sosiaali- ja terveydenhuollosta
- Osa 8 – Nykyjärjestelmän vahvuudet ja haasteet

Yhteensä 401 osallistujaa avasi kyselyn, joista 67 % (n = 268) vastasi siihen kokonaan tai osittain. Vastauksia saatiin seuraavasti:

- 176 Ukrainasta
- 39 Italiasta
- 34 Espanjasta

- 12 Puolasta
- 1 kustakin seuraavista maista: Viro, Saksa, Romania ja Latvia

Osallistuvien maiden ja alueiden tarpeiden, palvelujen ja mielenterveyspolitiikkojen arviointi yhdessä Knowledge Exchange Report -raportissa esitettyjen kyselytulosten kanssa muodosti tämän asiakirjan perustan.

3.3. Eurooppalainen yksilöllisen terveysbudjetin soveltaminen

Yksilöllinen terveysbudjetti (HTB) on innovatiivinen menetelmä, jossa terveys- ja sosiaalipalvelut tekevät yhteistyötä tarjotakseen integroitua tukea seuraavilla osa-alueilla:

- Affektiivisuus/sosiaalisuus/elämän- ja ihmissuhdetaidot
- Koulutus – valmennus – työelämään sijoittuminen
- Asuminen

Jokaiselle henkilölle laaditaan räätälöity yksilöllinen suunnitelma hänen erityistarpeidensa ja mieltymystensä mukaan käyttäen saatavilla olevia julkisia, henkilökohtaisia ja yksityisiä resursseja.

Henkilön voimaantumista tulee tukea hänen osallistumisellaan ja tietoon perustuvalla suostumuksellaan kaikissa vaiheissa sekä tarjoamalla asianmukaista tukea merkityksellisen osallistumisen varmistamiseksi silloin, kun päätöksenteko on haastavaa.

3.4. Siirtyminen standardoiduista palvelupaketeista räätälöityyn tukeen

Yhdessä mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden kanssa suunnitellaan yksilöllisiä ihmislähtöisiä, toipumisorientaation mukaisia hoitosuunnitelmia ja valitaan palvelut, jotka vastaavat heidän tarpeitaan, mieltymyksiään ja elämäntavoitteitaan. Tätä tukee koordinoitu toiminta mikro-, meso- ja makrotasolla, mikä vahvistaa autonomiaa ja yhteisöön osallisuutta.

Toimet, jotka on suunniteltu vastaamaan henkilön muuttuviin tarpeisiin, mieltymyksiin ja pyrkimyksiin ottaen huomioon hänen erityinen toimintaprofiilinsa, ympäristökontekstinsa ja henkilökohtaiset tavoitteensa.

Kliinisten, koulutuksellisten, sosiaalisten ja relationaalisten interventioiden integrointi edellyttää johdonmukaisuutta palvelujen välillä ja jatkuvuutta ajan myötä.

Dynaaminen väline, joka ohjaa yksilöllisiä hoitopolkuja, lisää osallistumista ja edistää autonomiaa sekä elämänlaatua elämänkulun eri vaiheissa.

4. Integroidun hoitopolun KESKEISET OSATEKIJÄT

Seuraavassa esitetään tarvittavat elementit, joiden kaikkien on toteuduttava terveysbudjetin määrittelemiseksi, sekä operatiiviset elementit, joihin kuuluvat asianmukaiset hallinnolliset polut ja työkalut. Näiden kahden osa-alueen on edettävä rinnakkain. Prosessin yhtenäisyyden ja terveysbudjettipolkujen täysimääräisen toteutuksen varmistamiseksi on luotava lähentymispisteitä kliinis-hoidollisen ja hallinnollisen ulottuvuuden välille.

4.1. Moniammatillinen tiimi

Terveysbudjetti kohdistuu henkilöihin, joita alueellisten terveyspalvelujen verkosto hoitaa ja joilla on monimutkaisia sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita. Terveysbudjetin keskiössä on henkilö, jota tarkastellaan hänen yhteisöllisessä kontekstissaan ja niiden koko resurssiensa, sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeidensa, suhteidensa ja tavoitteidensa näkökulmasta, joiden suhteen hän voi käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Terveysbudjetti tukee yksilöllisiä suunnitelmia, joiden tavoitteena on edistää henkilön asumista hänen valitsemassaan kodissa hyödyntäen erilaisia yhteisön toimijoita.

Terveysbudjettia hallinnoidaan ja koordinoidaan julkisesti todellisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraation varmistamiseksi. Pyyntö terveysbudjetin käynnistämisestä, jonka voi tehdä myös henkilö itse ja/tai hänen laillinen edustajansa, tulee esittää tapauksen vastuullisen terveydenhuollon, sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaalipalvelujen ammattilaisen toimesta. Sen tavoitteena on voimaannuttaa yksilöitä toteuttamalla heidän oikeutensa täysimääräisesti ja vahvistamalla heidän kansalaisvelvollisuuksiensa toteutumista. Terveys- ja sosiaalipalvelut tekevät yhteistyötä kansallisten/alueellisten säädösten mukaisesti. Terveyspalvelut varmistavat kliinisen hoidon ja hoidon jatkuvuuden, kun taas sosiaalipalvelut takaavat pääsyn sosiaalisiin oikeuksiin, etuuksiin ja yhteisöpohjaiseen tukeen. Moniammatillinen tiimi on yhteisen arvioinnin, yhteissuunnittelun ja seurannan operatiivinen ympäristö. Asiakasvastaava koordinoi prosessia.

Sosiaalinen osa-alue turvaa kansalaisuuden oikeudet ja velvollisuudet, kun taas terveydenhuollollinen osa-alue ylläpitää oikeutta terveyteen, ja molemmat edistävät voimaantumisen oikeutta. Kukin palvelu noudattaa omia säädöksiään interventioiden

toteuttamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiimin, johon kuuluu vähintään yksi terveydenhuollon, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sosiaalialan ammattilainen, on otettava mukaan henkilön itsensä näkemykset, mahdollisen nimetyn laillisen edunvalvojan hänen valtuutensa mukaisesti sekä henkilön pyynnöstä asiaankuuluvat muut henkilöt. Tämä järjestely varmistaa, että henkilö osallistuu aktiivisesti tarpeiden ja resurssien arviointiin ja käyttää itsemääräämisoikeuttaan yhteisessä hoidossa ja oman elämänsuunnitelman määrittelyssä, johon hän voi tietoisesti sijoittaa resurssejaan, mukaan lukien taloudelliset resurssit.

Moniammatillisen tiimin tulisi koostua seuraavasti:

- Terveysosio: vähintään yksi terveydenhuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, joka vastaa henkilön hoidosta ja ottaa huomioon mahdolliset muut sairaudet.
- Sosiaalinen osio: paikallisviraston sosiaalityöntekijä sekä muut henkilön tukemiseen osallistuvat koulutus- tai sosiaalialan ammattilaiset.

MENTOR 5.4 -kyselyssä kysymykseen "Onko käytössä moniammatillinen tiimi psykososiaalisen toimintakyvyn arvioimiseksi ja hoitosuunnitelman laatimiseksi?" useimmat maat vastasivat myöntävästi. Tiimeissä työskenteleviä ammattilaisia ovat useimmiten psykiatrit, psykologit, sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, yleislääkärit, toimintaterapeutit, kuntoutusterapeutit ja muut.

Moniammatilliseen tiimiin tulisi kuulua vähintään yksi ammattilainen terveysosioista ja vähintään yksi ammattilainen sosiaalisesta osiosta.

Raportin perusteella terveysosioon suositeltuja ammattilaisia ovat psykiatri, psykologi ja sairaanhoitaja, kun taas sosiaaliseen osioon suositellaan sosiaalityöntekijää.

Mielenterveyden häiriöitä sairastavan henkilön tulee AINA olla tiimin ydinjäsen ja ohjata päätöksiä omien mieltymystensä perusteella; läheiset osallistuvat vain, jos henkilö niin valitsee. Osallistuminen varmistetaan yhteisellä päätöksenteolla, ennakoivalla suunnittelulla, tuetulla itsehoidolla sekä yksilöllisellä ja ihmislähtöisellä, toipumisorientaatio myönteisellä hoidolla.

4.2. Moniulotteinen arviointi ja työkalut

Voimaannuttavan lähestymistavan tavoitteena on rakentaa luottamuksellinen suhde, jonka avulla voidaan toteuttaa moniammatillinen ja moniulotteinen tarpeiden ja resurssien

arviointi sekä määrittellä terveystbudjetti. Arviointi on tehtävä suhteessa ja vuoropuhelussa henkilön kanssa käyttäen validoituja ja standardoituja välineitä, ja sen tulee kattaa kaikki seuraavat osa-alueet:

- Kliininen alue
- Psykososiaalisen toimintakyvyn alue
- Henkilökohtaisten ja yhteisöllisten tarpeiden ja resurssien alue
- Elämänlaadun alue

Diagnoosin ja terveydenhuollon suunnitelman määrittelyn jälkeen jokaiselle henkilölle tulisi tarjota mahdollisuus laatia elämänsuunnitelma, joka mukautuu kaikkiin merkityksellisiin osa-alueisiin. Jos henkilö antaa suostumuksensa, ammattilaisen tulee käynnistää terveydenhuollon suunnitelman määrittely ja sopia tapaaminen henkilön ja moniammatillisen tiimin kanssa, johon kuuluu vähintään yksi terveydenhuollon ammattilainen ja yksi sosiaalihuollon ammattilainen.

Integroidun hoitopolun tulee perustua henkilön mieltymyksiin. Prosessi alkaa terveydentilan ja toimintaprofiilin arvioinnilla. Seuraavaksi moniammatillisen tiimin tulee arvioida henkilön tarpeet ja mieltymykset. Lopuksi tiimin tulee määrittellä henkilön priorisoimat interventiot tunnistetuilla osa-alueilla (terveys, asuminen, koulutus/opiskelu/työllistyminen, oppiminen/sosiaalistuminen/affektiivisuus). Lisäksi hoitopolun tulee tunnistaa, että mielenterveyskriisit voivat vaikuttaa perheeseen ja sosiaalisiin verkostoihin; siksi sosiaaliset interventiot valitaan tukemaan henkilöä perhe- ja sosiaalisten roolien hallinnassa.

Asiakasvastaava (fasilitaattori) tulee tunnistaa, ja henkilön henkilökohtaiset ja yhteisölliset resurssit tulee arvioida ottaen huomioon kliininen profiili ja maassa saatavilla olevat palvelut. Tässä vaiheessa yksilöllinen terveystbudjetti voidaan määrittää.

4.2.1. HTB:n määrittely YHTEISSUUNNITTELUN ja YHTEISJOHTAMISEN LÄHESTYMISTAVALLA

Kohdeikäryhmä on 18 vuotta täyttäneet, ja siirtymävaiheessa on mahdollista ottaa mukaan myös nuorempia henkilöitä, kun sitä pyydetään ja kun se on kliinisesti/psykososiaalisesti tarpeen.

Moniammatillisen tiimin kokoukseen osallistuu mielenterveyden häiriöitä sairastava henkilö seuraavien osa-alueiden arviointia varten:

- terveydentila

- toimintaprofiili
- elämänlaatu.

Kokousta seuraa yhteinen suunnitteluprosessi, joka jäsentyy seuraaviin vaiheisiin:

1. Ymmärretään yksilön tarpeet ja mieltymykset.
2. Henkilö pyytää interventioita tietyillä osa-alueilla, kuten terveys, asuminen, koulutus/työllistyminen, opiskelu, sosiaalistuminen ja affektiivisuus.
3. Määritellään kunkin toimijan valitsemat/ehdottamat interventiot (yhteisluominen)
4. Tunnistetaan käytettävissä olevat henkilökohtaiset ja yhteisölliset resurssit.
5. Tunnistetaan asiakasvastaava (fasilitaattori) merkityksellisimmällä osa-alueella.
6. Määritellään HTB ja allekirjoitetaan.

Sekä arviointia että yhteistä suunnitteluprosessia tukemaan käytettiin joukkoa standardoituja välineitä. Välineet valittiin niin, että ne ovat maksuttomia, mahdollisuuksien mukaan saatavilla useilla kielillä ja jo käytössä jäsenvaltioiden kliinisessä arjessa.

Tieteellinen kirjallisuus suosittelee seuraavia välineitä terveydentilan sekä mielenterveyden ja psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiin (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS- ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+);

Tieteellinen kirjallisuus suosittelee seuraavia välineitä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn, haitan ja toiminnallisen heikentymisen arviointiin (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

Tieteellinen kirjallisuus suosittelee seuraavia välineitä elämänlaadun arviointiin (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life), saatavilla useilla kielillä:
<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Räättälöity ja integroitu interventio

Kullekin henkilölle määritellään valituilla/ehdotetuilla osa-alueilla toteutettavat interventiot ottaen huomioon myös yksilölliset tarpeet ja mieltymykset:

- Terveys
- Asuminen

- Koulutus/Opiskelu/Työllistyminen
- Oppiminen/Sosiaalistuminen/Affektiivisuus

Määritellään interventioiden päätavoitteet (lyhyt ja pitkä aikaväli), päivä/tunti, mukana olevat ammattilaiset, käytettävissä olevat resurssit ja seurantaindikaattorit.

Alla luetellut interventiot tunnistettiin ensisijaisesti MENTOR 5.4 -kyselystä (Osa 2: toimitettujen interventioiden tyypit), jossa kartoitettiin osallistuvien jäsenvaltioiden/alueiden nykykäytäntöjä. Kyselyn tuloksia tarkennettiin paneelikeskusteluissa ja ne järjestettiin sen jälkeen neljään HTB:n osa-alueeseen. Interventiot tulisi valita seuraavasta luettelosta:

Terveysinterventio	Asumisinterventio	Koulutus-/opiskelu- /työllistymisinterventio	Oppimis- /sosiaalistumis- /affektiivisuusinterventio
Avohoito	Tuettu asuminen tai avustetut asumisjärjestelyt	Työhön liittyvät tukipalvelut	Tuetut työllistymisohjelmat
Psykiatrinen osastohoito	Itsenäisen elämän taitojen harjoittelu	Ammatilliset koulutusohjelmat	Sosiaalisten taitojen harjoittelu
Lääkityksen hallinta/seuranta	Siirtymävaiheen asumisohjelmat	Työhön sijoittuminen ja työllistyminen	Tuki omaishoitajille
Psykologinen interventio	Pitkäaikaiset asumispalveluyksiköt	Taitojen kehittämisen työpajat	Asumisapu tai tuetun asumisen järjestelyt
Kulttuuri- ja luova terapia	Hätäasumisapu	Tuetut koulutusohjelmat	Vertaistukiryhmät
Psykologinen tuki	Housing First	Harjoittelu- tai oppisopimusjaksot mielenterveystuella	Yhteisöintegraatio-ohjelmat
Päiväsairaala	Muu	Osuuskunnat ja yhteiskunnalliset yritykset	Henkilökohtaisen autonomian ohjelmat
Yhteisöpohjainen kuntoutusohjelma		Yhteisölliset vapaa-ajan ohjelmat	Aikapankki- tai vapaaehtoistoimintaohjelmat

Yhteisöpohjainen mielenterveyden edistäminen		Mentorointi- tai työhönvalmennusohjelmat	Yhteisöpohjainen kulttuuriohjelma
Fyysisen terveyden seuranta		Nuorten siirtymävaiheen ohjelmat	Muu
Kriisi-interventiopalvelu		Muu	
Perheinterventio			
Itsemurhien ehkäisyohjelmat			
Kohdennetut interventiot erityisryhmille			
Muu			

Terveysbudjetti yhdistää yksilön hoitopolun hänen elämänsuunnitelmaansa. Kaikilla interventioalueilla (asuminen/elinympäristö, koulutus/työ, sosiaalistuminen ja oppiminen/ilmaisu/kommunikaatio) tehtyjen arviointien perusteella laaditaan henkilön kanssa yhteistyössä räätälöity ”Yksilöllinen terapeuttinen kuntoutussuunnitelma”, jossa huomioidaan hänen mieltymyksensä. Tämä yksilöllinen terapeuttinen kuntoutussuunnitelma kuvaa kunkin osa-alueen toimet ja tavoitteet, ja toipumisorientaatiota myötäilevänä hoitopolkuna se kehittyy elämänsuunnitelman rinnalla.

4.4. Yksilöllisen terveystbudjetin määrittely

Koska löydösten toteuttamiseen on erilaisia tapoja, moniammatillisen tiimin tulee kuvata nämä vaihtoehdot ja määrittää sopivin lähestymistapa, jotta henkilö saa mahdollisimman suuren hyödyn ja rahoituksen. Ammattilaisten tulee tunnistaa yhteisössä saatavilla olevat resurssit ja, jos erityisiä etuuksia on saatavilla, antaa henkilölle niistä asiaankuuluvat tiedot. Henkilön kanssa yhdessä on analysoitava pääsyn esteet. Asiakasvastaavan olemassaolo voi helpottaa rahoituksen hakemista, mutta henkilöille, joiden on ensin saatava tietää, miten asiakasvastaavaa haetaan, tämä voi olla haastavaa.

Moniammatillinen tiimi koostuu mielenterveyspalvelujen terveydenhuollon ammattilaisesta ja kunnan sosiaalityöntekijästä.

Tiimin tulee:

- tunnistaa käytettävissä olevat resurssit (ammatilliset, henkilökohtaiset, taloudelliset jne.)
- valita yhdessä kunkin henkilön kanssa sopivimmat vaihtoehdot ja helpottaa niiden saatavuutta

4.4.1. HTB:n kehittämisen haasteet

Kuten Knowledge Exchange Report -raportissa kuvataan, yksilöllisten terveysbudjettien kehittämisen keskeiset haasteet liittyvät läheisesti toimintaympäristöjen, rahoituslähteiden sekä terveys- ja sosiaalijärjestelmien eroihin. Esimerkiksi Italiassa ja Espanjassa HTB:tä on toteutettava julkisten mielenterveyskeskusten, sosiaalipalvelujen ja paikallishallinnon rajapinnoilla, joilla kullakin on omat sääntönsä ja painopisteensä, mikä vaikeuttaa koordinaatiota eri toimintaympäristöjen välillä. Ukrainassa, Puolassa, Romaniassa ja Latviassa kohdataan vastaavaa pirstoutuneisuutta, mutta sitä hankaloittaa heikompi yhteisöinfrastrukturi, joten HTB:n on yhdistettävä sairaalapalvelut, heikommin kehittynyt sosiaalihuolto ja usein epävirallinen perhetuki. Myös rahoitusvirrat eroavat toisistaan: joillakin Italian ja Espanjan alueilla resurssit tulevat pääasiassa alueellisista terveysbudjeteista ja kunnista, kun taas esimerkiksi Puolassa, Romaniassa tai Ukrainassa on yhdistettävä sosiaalietuuksia, työkyvyttömyyseläkkeitä ja satunnaisia hankerahoituksia, mikä luo epävarmuutta ja eriarvoisuutta saatavuuteen. Saksa ja Viro havainnollistavat toista monimutkaisuuden tasoa, jossa HTB:t (tai vastaavat välineet) on sovitettava järjestelmiin, jotka perustuvat pitkälti sairausvakuutukseen ja erillisiin sosiaalivakuutusjärjestelmiin, mikä edellyttää sopimuksia vakuuttajien, sosiaalipalvelujen ja paikallisviranomaisten välillä. Kokonaisuudessaan Ukrainassa, Italiassa, Espanjassa, Puolassa, Virossa, Saksassa, Latviassa ja Romaniassa HTB:n haasteena ei niinkään ole itse ajatus, vaan tarve yhdistää hyvin erilaisia palveluympäristöjä, sovittaa yhteen useita ja epävakaita rahoituslähteitä sekä navigoida erilaisissa terveys- ja sosiaalisen suojelun järjestelmissä, jotka ulottuvat verorahoitteisista julkisista malleista vakuutus pohjaisiin malleihin.

JA MENTOR edistää maiden välistä vertailua tunnistukseen siirrettäviä toimeenpanoratkaisuja niiden maiden/alueiden välillä, joilla on samankaltaiset terveys- ja

sosiaalisen suojelun järjestelmät, ja tuottaakseen käytännöllisiä vaihtoehtoja, jotka voivat tukea muita maita HTB:n laajentamisessa.

4.5. Asiakasvastaavan tunnistaminen

Jotta terveystbudjetti voidaan ottaa käyttöön, tarvitaan suostumus, joka ilmaistaan henkilön allekirjoittamalla sopimuksella. Sopimuksessa kuvataan kaikkien osapuolten tavoitteet ja sitoumukset. Tämä sopimus on olennainen osa terveystbudjettia.

Toteutusvaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon tiimin on seurattava ja tarkasteltava terveystbudjettia jatkuvasti vähintään vuosittain henkilön aktiivisella osallistumisella. Seuranta- ja tarkasteluprosessia koordinoi suunnitteluvaiheessa nimetty asiakasvastaava. Tarkastelussa huomioidaan myös tulosindikaattorit.

Jotta terveystbudjetin soveltaminen olisi mahdollista ja prosessin laatu varmistettaisiin sekä sen käyttöönottoa helpotettaisiin kaikilla alueilla, on olennaista määritellä laaja ja kattava strateginen suunnitelma, joka perustuu työryhmän sopimiin laadullisiin ja operatiivisiin elementteihin. Suunnitelmaan tulisi sisältyä myös asianmukainen keskeisten strategisten tietojen kerääminen.

Tarkemmin sanottuna on tarpeen jakaa ohjeistuksen sisältävä strateginen asiakirja muodollisen sopimuksen kautta siten, että alueet ja autonomiset maakunnat sitoutuvat hyväksymään sisällön omilla toimenpiteillään ja/tai toimeenpanosuunnitelmillaan. Lisäksi olisi perustettava kansallinen säännöllinen seurantajärjestelmä, jossa käytetään rakenteisia menetelmiä prosessin laadun ja elämänlaadun kannalta olennaisten tulosten arviointiin.

- a) Nimetään siihen sektoriin, johon suurin osa interventioista kohdistuu (terveys tai sosiaalihuolto).
- b) Määrittelee roolinsa selkeästi kertomalla henkilölle saatavilla olevista etuuksista ja helpottamalla niihin pääsyä hyödyntäen motivoivan haastattelun lähestymistapaa sitoutumisen ja aktiivisen osallistumisen vahvistamiseksi.

4.5.1. Viimeaikainen kirjallisuus asiakasvastaavasta: keskeiset tehtävät ja roolit

Asiakasvastaavat tarjoavat monenlaista tukea, kuten suhteisiin liittyvää tukea, jatkuvuutta, validointia, sosiaalista yhteyttä, arjen hallintaan liittyvää apua ja ammatillista tukea. Nämä tuen muodot räätälöidään mielenterveyspalvelujen käyttäjien yksilöllisiin tarpeisiin, ja ydintehtävinä korostuvat suhteen rakentaminen, vahvistaminen ja johdonmukainen

sitoutuminen (Fitzgerald et al., 2024). Asiakasvastaavat toimivat myös palvelukoordinaattoreina auttaen asiakkaita navigoimaan monimutkaisissa järjestelmissä asumisen, etuuksien, terveydenhuollon ja sosiaalisen tuen saamiseksi, usein yhteisöympäristöissä (Kim et al., 2020).

4.5.2. Asiakasvastaavan ydintehtävät

Mielenterveyden tuen tarpeessa olevien henkilöiden asiakasvastaavat vastaavat monenlaisista tukitoimista, mukaan lukien:

- Hoidon toteutuksen koordinointi terveys-, sosiaali- ja yhteisöpalveluissa sen varmistamiseksi, että potilaat saavat asianmukaista ja oikea-aikaista tukea.
- Terapeuttisten suhteiden rakentaminen, joka luo luottamusta, validointia ja vahvistamista ja on ratkaisevan tärkeää potilaiden sitoutumiselle ja toipumiselle.
- Potilaiden tarpeiden puolustaminen, mukaan lukien pääsy asumiseen, taloudelliseen tukeen ja sosiaalipalveluihin, sekä auttaminen monimutkaisissa järjestelmissä navigoinnissa.
- Käytännöllisen ja emotionaalisen tuen tarjoaminen, kuten apu päivittäisessä elämässä, ammatillinen tuki ja sosiaalisten yhteyksien vahvistaminen.
- Tarpeiden seuranta ja arviointi, jotta mielenterveydessä tapahtuvat muutokset tunnistetaan ja potilaat voidaan tarvittaessa ohjata erikoistuneeseen hoitoon.
- Autonomian ja toipumisen edistäminen voimaannuttamalla potilaita osallistumaan hoidon suunnitteluun ja tukemalla heidän itsenäisyyttään.

4.6. Allekirjoitus ja seuranta

4.6.1. HTB:n tai eurooppalaisen pilottitutkimuksen seurantaindikaattorien määrittely

Nämä indikaattorit kerätään seuraavissa ajankohdissa: T0 (lähtötilanne): hoitoon tullessa / hoidon alussa ja T1 (seuranta): kotiutuksen yhteydessä tai ennalta määritellyn seuranta-ajan jälkeen (esim. 6 tai 12 kuukautta T0:n jälkeen):

1. Pakollisten lääketieteellisten hoitojen / tahdosta riippumattomien sitoumusten lukumäärä ja kokonaiskesto
2. Sairaalahoitojaksojen lukumäärä ja kokonaiskesto
3. Kliiniset ja toiminnalliset tulokset



4. Arviointivälineet iän mukaan:
 - Aikuiset (>18 vuotta): HoNOS, GAF, WHOQoL BREF
 - Lapset ja nuoret (<18 vuotta): HoNOSCA
5. Hoitojakso
6. Intervention tyyppi ja hoidon intensiteetti (tunnit/päivät)



5. Integroidun hoitopolun MUOTO

SUKUNIMI	ETUNIMI	SYNTYMÄAIKA

ENSIMMÄISEN KÄYNNIN PÄIVÄMÄÄRÄ _____ VIIMEISIMMÄN ARVIOINNIN /
SEURANNAN PÄIVÄMÄÄRÄ _____

ICD-diagnoosikoodit _____

VAKAVUUSASTE

1 2 3

Täyttöpäivämäärä: _____

ETUNIMI: _____ SUKUNIMI: _____

ALKAMISPÄIVÄ: hyväksynnästä _____ PÄÄTTYMISPÄIVÄ: _____

INTENSITEETIN TASO:

TUNNISTETUT YHTEISHALLINNOIVAT TOIMIJAT:

TARKASTUKSET: neljännesvuosittain _____ puolivuositain _____ muu

HENKILÖTIETOLOMAKE

Syntymäpaikka ja -aika	
Sukupuoli	



Kansalaisuus	
Asuinosoite (ilmoita, jos kyseessä on asumisyksikkö)	
Puhelinnumero	
Sähköposti	
VÄESTÖTIEDOT	
Virallisesti tunnustettu invaliditeetti ja %	
Vammaisuus- /työkyvyttömyystilanteen arviointi	
Koulutustaso	
Työllisyys	
Muut olennaiset tiedot	
RESURSSIT	
Eläke / työkyvyttömyyseläke	
Hoitotuki	
Käytetyt kulkuvälineet	
Muut tulonlähteet (tyyppi/määrä)	

MONIULOTTEINEN ARVIOINTI

PERHEENJÄSENET / VIITEHENKILÖT			
ETUNIMI	SUKUNIMI	SUHTEEN TYPPI	ASUU YHDESSÄ kyllä/ei

TERVEYDEN / SAIRAUDEN / KUORMITTUNEISUUDEN HISTORIA	
Vastuunotto (päivämäärä ja palvelu)	



Perhehistoria	
Henkilöhistoria	
Aiemmat terveysinterventiot	
Aiemmat sosiaaliset interventiot	

HENKILÖKOHTAINEN HOITO		
Arvioitavat osa-alueet	Havaitun tilanteen kuvaus	Ensisijaiset tarpeet
<i>Esimerkki</i>	<i>Hoidon noudattamatta jättäminen, hoidosta kieltäytyminen, osittainen tai täydellinen sitoutuminen, ei sovellettavissa</i>	
Sitoutuminen lääkehoitoon		
Sitoutuminen hoitosuunnitelmaan		

DIAGNOOSI	ICD-10	ICD-10-KUVAUS
Päädiagnoosi		
Toissijainen diagnoosi		

TOIMINTAPROFIILIN ARVIOINTI

ARVIOINTI		
Testi (esim. HONOS, GAF, WHOQoL BREF)	Toteutuspäivä	Tulokset (ilmoita kunkin testin kokonais- ja osa-asteikkopisteet, jos saatavilla)



Lyhyt kuvaus:_____

ENSISIIJAISTEN TARPEIDEN ARVIOINTI KULLAKIN OSA-ALUEELLA

ARVIOITAVAT OSA-ALUEET		TILANTEEN KUVAUS	ENSISIIJAISET TARPEET
Terveys			
<i>Esimerkki</i>	<i>Lääkehoidon toteutuminen</i>	<i>Epävakaas antipsykoottisen hoidon noudattamisessa</i>	<i>Lääkityksen käytön ja mahdollisten haittavaikutusten seuranta</i>
1a			
2a			
3a			
Oppiminen / sosiaalistuminen / affektiivisuus			
<i>Esimerkki</i>	<i>Sosiaalinen vuorovaikutus</i>	<i>Sosiaalinen eristyneisyys</i>	<i>Kehittää merkityksellisiä ihmissuhteita</i>
1b			
2b			
3b			
Koulutus / opiskelu / työllistyminen			
<i>Esimerkki</i>	<i>Työllisyys</i>	<i>Osallistuu harjoitteluun, jonka koettu tyytyväisyys on vähäinen</i>	<i>Merkitykselliset ja tyydyttävät ammatilliset mahdollisuudet</i>
1c			
2c			
3c			

Asumine n

<i>Esimerkki</i>	<i>Itsenäinen asuminen</i>	<i>Asuu vanhempien kanssa, jotka eivät tue</i>	<i>Itsenäinen asuminen</i>
1d			
2d			
3d			

YHTEENVETO, TAVOITTEET JA YHTEISJOHDETTU SUUNNITTELU

a. Terveysalue

Hoitoaikataulu (päivät/tunnit)	Mukana oleva ammattilainen (esim. psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä)	Käytettävissä olevat resurssit	Keskipitkän aikavälin tavoitteet (enintään 6 kuukautta)	Prosessi- indikaattorit	Pitkän aikavälin tavoitteet (6–12 kuukautta)
1b					
2b					
3b					

b. Oppimisen/kommunikaation/affektiivisuuden alue

Hoitoaikataulu (päivät/tunnit)	Mukana oleva ammattilainen (esim. psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä)	Käytettävissä olevat resurssit	Keskipitkän aikavälin tavoitteet (enintään 6 kuukautta)	Prosessi- indikaattorit	Pitkän aikavälin tavoitteet (6–12 kuukautta)
1b					
2b					
3b					



c. Koulutuksen/opiskelun/työllistymisen alue

Hoitoaikataulu (päivät/tunnit)	Mukana oleva ammattilainen (esim. psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä)	Käytettävissä olevat resurssit	Keskipitkän aikavälin tavoitteet (enintään 6 kuukautta)	Prosessi- indikaattorit	Pitkän aikavälin tavoitteet (6–12 kuukautta)
-----------------------------------	--	--------------------------------------	---	----------------------------	--

1b

2b

3b

d. Asumisalue

Hoitoaikataulu (päivät/tunnit)	Mukana oleva ammattilainen (esim. psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä)	Käytettävissä olevat resurssit	Keskipitkän aikavälin tavoitteet (enintään 6 kuukautta)	Prosessi- indikaattorit	Pitkän aikavälin tavoitteet (6–12 kuukautta)
-----------------------------------	--	--------------------------------------	---	----------------------------	--

1b

2b

3b



INTERVENTIOT

Suunnitellut toimet	LÄHETTÄJÄ..... VASTAANOTTAJA.....	Henkilöstöressurit ja intensiteetin taso (kuukausitunnit yhteensä)	Intervention kuukausikustannus
---------------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------

ALLEKIRJOITUKSET

Rooli	Etu- ja sukunimi (tekstaten)	Allekirjoitus
Edunsaaja / hankkeen haltija		

Laillinen edustaja (tarvittaessa)

Rooli	Etu- ja sukunimi (tekstaten)	Allekirjoitus
Vanhempi		
Huoltaja		
Edunvalvoja		
Muu (täsmennä:)		

Tapausvastaava (ilmoita ammattirooli)

Ammattirooli	Etu- ja sukunimi (tekstaten)	Allekirjoitus
Asiakasvastaava (rooli:)		

Moniammatillinen tiimi

Ammattirooli	Etu- ja sukunimi (tekstaten)	Allekirjoitus
Psykiatri		



Ammattirooli	Etu- ja sukunimi (tekstaten)	Allekirjoitus
Psykologi	_____	_____
Sosiaalityöntekijä	_____	_____
Sairaanhoitaja	_____	_____
Toimintaterapeutti / ohjaaja	_____	_____
Muu (täsmennä: _____)	_____	_____

Kolmannen sektorin palveluntuottaja

Rooli	Etu- ja sukunimi (tekstaten)	Allekirjoitus
Organisaation nimi	_____	_____
Laillinen edustaja	_____	_____

Päivämäärä, _____

6. Kirjallisuus

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Seuraava vaihe: integroidun hoitopolun pilotointi ja seuranta

D.5.4.1:ssä kerättyjen tietojen perusteella mielenterveyden integroidun hoitopolun olennaiset osatekijät kuvataan seuraavien kohtien kautta: 1) moniammatillisen tiimin jäsenet alkuarviointia varten; 2) arviointivälineet ja kyselylomakkeet kliinisten ja henkilökohtaisten tulosten arvioimiseksi; 3) standardoitu muoto integroitujen sosiaali- ja terveysinterventioiden suunnitteluun ja seurantaan. Määritelty asiakirja julkaistaan Joint Action -verkkosivustolla, jotta sidosryhmät, kuten mielenterveyden kliiniset keskuksset, kokemusasiantuntijat, kansalaisjärjestöt ja kunnat, voivat antaa palautetta ja ehdotuksia. Paneeli tarkistaa kaiken palautteen mahdollisia muutoksia varten, minkä jälkeen asiakirja viimeistellään. Lopullinen asiakirja käännetään kaikille eri Euroopan kielille laajemman saavutettavuuden ja ymmärrettävyyden varmistamiseksi.

7.1. Synergiat

Integroidun hoitopolun määritelmän (osatehtävä 5.4.2) yhteistoiminnallinen kehittäminen on synnyttänyt arvokkaita synergioita hankekumppaneiden ja ulkoisten sidosryhmien välillä.

1. Parhaiden käytäntöjen vaihto maiden välillä

Kahden viikon välein järjestetyt kokoukset ja jatkuvat keskustelut ovat helpottaneet integroitua mielenterveyshoitoa koskevien kansallisten ja alueellisten politiikkojen, ohjeistusten ja strategioiden vaihtoa. Tämä on vahvistanut vastavuoroista oppimista ja rikastanut kyselyn sisältöä erilaisilla näkökulmilla, mikä on varmistanut sen relevanssin erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä.

2. Monitieteinen yhteistyö

Ministeriöiden, julkisten virastojen, mielenterveyspalvelujen, sosiaalihuollon ja työelämäsektorin, kokemusasiantuntijoiden sekä kolmannen sektorin organisaatioiden (kansalaisjärjestöt, vapaaehtoisryhmät ja voittoa tavoittelemattomat toimijat) osallistuminen on vahvistanut monialaisen lähestymistavan.

3. Vahvistuneet verkostot tulevia toimia varten

Kyselyn levitysprosessi on vahvistanut yhteyksiä eri organisaatioiden ja sidosryhmien välillä luoden perustan tulevalle yhteistyölle hankkeen alkuperäistä laajuutta laajemmin. Näiden suhteiden odotetaan helpottavan tulevia yhteisiä aloitteita, politiikan kehittämistä ja tutkimusta, jotka liittyvät integroituihin hoitopolkuihin ja sosiaalisen osallisuuden strategioihin.

4. Yhdenmukaisuus politiikka- ja tutkimusviitekehysten kanssa

Kerätty aineisto tukee paitsi hankkeen tuotoksia myös laajempia eurooppalaisia ja kansallisia politiikkakeskusteluja mielenterveyspalvelujen parantamisesta, sosiaalisesta osallisuudesta ja integroiduista hoitomalleista. Tämän aloitteen kautta saatu tieto on linjassa olemassa olevien EU-kehysten kanssa ja toimii viitekohtana tulevalle tutkimukselle ja politiikkasuosituksille.

Nämä synergiat, sekä suunnitellut että ennakoimattomat, ovat lisänneet hankkeen kokonaisvaikutusta edistäen koordinoitua ja kestäväää lähestymistapaa mielenterveyden hoitoon paikallisella, alueellisella, kansallisella ja eurooppalaisella tasolla.



Co-funded by
the European Union



Integroidun hoitopolun määritelmä

Laatija	Kansallinen terveystieteiden instituutti, Italia
Tehtävä	5.4
Tuotoksen päivämäärä	30. toukokuu 2026
Tehtävän 5.4 johtajan yhteystiedot	Marialuisa.Scattone@iss.it



Co-funded by
the European Union

Tätä yhteistoimintahanketta yhteisrahoittaa
Euroopan unionin terveysohjelma
avustussopimuksen nro 101162928 puitteissa

Euroopan unionin rahoittama. Esitetyt näkemykset ja mielipiteet ovat ainoastaan kirjoittajan/kirjoittajien omia eivätkä välttämättä vastaa Euroopan unionin tai Euroopan terveys- ja digitaaliasioiden toimeenpanoviraston (HaDEA) näkemyksiä. Euroopan unionia eikä rahoituksen myöntänyttä viranomaista voida pitää niistä vastuullisina.