

Jyrki Korkeila

Psykiatrian opetuksen

kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa



KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Jyrki Korkeila		Julkaisun laji Selvitysmiesraportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä	
Julkaisun nimi Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa			
Tiivistelmä <p>Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittänyt työryhmä totesi uusien toimintamallien kehittämisen sekä mielenterveyden, mielenterveystyön ja psykiatrian opintojen riittävyyden varmistamisen hyvin tärkeäksi. Tämän projektin tavoitteena oli laatia ehdotus niistä perus-, jatko-, täydennys-, lisä- ja erikoistumiskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä joiden avulla erityisesti peruspalveluissa ja mielenterveystyössä työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista hoitaa mielenterveydellisiä ongelmia, häiriöitä ja sairauksia voidaan parantaa.</p> <p>Psykiatrisen hoidon kannalta keskeisimmät haasteet liittyvät mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja hoidon tehostamiseen, päihdeongelmista kärsivien ja vanhenevan väestön psykiatristen ongelmien tunnistamisen ja hoidon kehittämiseen sekä hoitojärjestelmän toimivuuden ja hoidon laadun parantamiseen. Hoidon laajentaminen ei johda välttämättä merkittävään terveysvaikutuksen kasvuun, sillä kohdentamaton lisääntyminen tyydyttää enenevästi vähäisempää hoidon tarvetta. Hoidon laadun kehittämisen tulee olla ensisijaista. Hoidon laadun kehittäminen edellyttää hoidon porrastuksen ja saumattomien hoitoketjujen ja palveluverkoston tuoman edun tehokasta hyödyntämistä. Riittävä osaaminen porrastuksen eri tasoilla edistää hoidon asianmukaista kohdentumista ja laajan menetelmävalikon kattavaa soveltamista.</p> <p>Perusterveydenhuollon psykiatrinen osaaminen on huomioitava jo lääkärin ja muiden ammattiryhmien peruskoulutuksessa. Yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkärikoulutukseen tulee lisätä pakollisiksi 20 tuntia psykiatrian teoreettista kurssimuotoista seminaariopetusta. Lisäksi erikoislääkäritutkintoon tulee liittää pakollista psykiatrian palvelua vähintään kolmen kuukauden ajaksi. Palvelu toteutettaisiin ensisijassa avohoitopalveluna. Vanhuspsykiatria tulee kehittää itsenäiseksi lääketieteen erikosalaksi. Käytännön vähintään neljän viikon psykiatrisen harjoittelujakson tulisi kuulua osaksi sairaanhoitajakoulutusta. Lähihoitajakoulutuksen kaikille yhteiseen jaksoon tulee kuulua mielenterveystyön opetusta ja käytännön harjoittelujakso.</p> <p>Tarvittavan täydennyskoulutuksen tulee olla työnantajaorganisaation vastuulla. Koulutuksen kehittämisen tulee toteutua erikoislääkäriyhdistysten, hoitajien tavanomaisen täydennyskoulutuksen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen yhteistyönä. Täydennyskoulutuksessa tulisi hyödyntää lisääntyvästi uutta teknologiaa esim. ottamalla käyttöön verkko-opettamista.</p> <p>Perusterveydenhuollon psykoterapeuttiset hoitomuodot, vanhuspsykiatria ja päihdehäiriöt tulee ottaa täydennyskoulutusten painoalueeksi. Vanhuspsykiatrian täydennyskoulutuksen tulee kattaa kaikki ammattiryhmät. Päihdehäiriöitten hoitamisen osaamista tulee lisätä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuolto hyötyisi merkittävästi depressiohoitajamallin laajasta käyttöön otosta. Masennuksen ja ahdistuksen hoitoon vihkiytynyt sairaanhoitaja voisi toteuttaa potilaille annettavaa informaatiota ja tukea ryhmissä sekä antaa samalla neuvontaa. Täydennyskoulutusta on syytä suunnata myös asenteiden muokkaamiseen, joskin osaamisen lisääminen tulee lieventämään kielteisiä asenteita. Perusterveydenhuollon vastuualueena on toteuttaa mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyä. Euroopan Unionin hankkeissa on kuvattu menestyksellisiä strategioita, joiden osaamista ja soveltamista tulee laajentaa.</p>			
Asiasanat: mielenterveyspalvelut, perusterveydenhuolto, psykiatrinen hoito, psykoterapia, työnjako, täydennyskoulutus			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
Kokonaissivumäärä 47	Kieli Suomi	Hinta 10,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Jyrki Korkeila		Typ av publikation Utredningspersons rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Projektnummer och datum för tillsättandet av organet	
Publikationens titel Utvecklingsbehov inom undervisningen i psykiatri inom primärvården			
Referat Arbetsgruppen som utrett arbetsfördelning och arbetsbelastning inom mentalvårdstjänsterna konstaterade att det är mycket viktigt att både utveckla nya verksamhetsmodeller och säkerställa att studierna i mental hälsa, i arbetet inom mental hälsa och i psykiatri är tillräckliga. Målet med detta projekt var att utarbeta ett förslag med åtgärder till utveckling av grund-, fortsättnings-, fort-, tilläggs- och specialiseringsutbildningen genom vilka man kan förbättra social- och hälsovårdspersonalens kunskaper att behandla psykiska problem, störningar och sjukdomar särskilt inom basservicen och mentalvårdsarbetet. Utifrån den psykiatriska vården hänförs sig de mest centrala utmaningarna till att identifiera psykiska störningar och effektivisera vården, utveckla identifieringen av psykiska problem hos personer med missbruksproblem och en åldrande befolkning samt förbättra vårdsystemets funktionalitet och vårdkvaliteten. En utvidgning av vården leder inte nödvändigtvis till märkbar ökning av hälsoeffekten eftersom en icke-riktad ökning tillgodoser ett allt mindre vårdbehov. Utvecklandet av vårdkvaliteten skall komma i första hand. Utvecklandet av vårdkvaliteten förutsätter att man effektivt utnyttjar den fördel som nivåstrukturerad vård med obrutna vårdkedjor och servicenätverk medför. Tillräckligt kunskaper på olika nivåer av differentiering främjar en korrekt allokering av vården och en täckande tillämpning av ett brett metodurval. Det psykiatriska kunskapsområdet inom primärvården skall redan beaktas inom läkarnas och andra yrkesgruppers grundutbildning. Till specialläkarutbildningen inom allmänmedicin och företagshälsovård skall 20 timmar av obligatorisk teoretisk seminarieundervisning i kursform läggas till. Dessutom skall till specialläkarutbildningen läggas till obligatorisk tjänstgöring inom psykiatri under minst tre månader. Tjänstgöringen skall göras i första hand som öppenvårdstjänstgöring. Äldrepsykiatri skall utvecklas till ett självständigt medicinskt specialområde. En praktikperiod under minst fyra veckor inom psykiatri skall utgöra en del av sjukskötarutbildningen. Inom närvårdarutbildningen skall den för alla gemensamma perioden bestå av undervisning i mentalvårdsarbete och en praktikperiod. Arbetsgivarorganisationen skall ansvara för nödvändig fortbildning. Utvecklandet av utbildningen skall genomföras i form av samarbete mellan specialistläkarföreningar, skötarnas traditionella fortbildning, yrkeshögskolor och universitet. Inom fortbildningen skall man i större utsträckning utnyttja ny teknologi t.ex. genom att använda nätbaserad undervisning. Psykoterapeutiska vårdformer inom primärvården, äldrepsykiatri och missbruksrelaterade störningar skall utses till prioriteringar inom fortbildningen. Fortbildningen inom äldrepsykiatri skall omfatta samtliga yrkesgrupper. Kunskapsområdet när det gäller vården av missbruksrelaterade störningar skall ökas både inom den specialiserade sjukvården och primärvården. Primärvården skulle ha stor nytta av att man i större omfattning började använda vårdmodellen för depressioner. En sjukskötare insatt i vården av depressioner och ångest skulle kunna ge information och stöd till patienter i grupper och samtidigt erbjuda rådgivning. Det är skäl att även rikta fortbildning till att forma attityder även om ökat kunskapsutbud utan vidare kommer att minska negativa attityder. Ansvarsområdet för primärvården är att förebygga störningar i mental hälsa. I Europeiska unionen			
Nyckelord arbetsfördelning, fortbildning, mentalvårdstjänster, primärvård, psykiatrisk vård, psykoterapi			
Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapport 2006:32		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
Sidoantal 47	Språk Finska	Pris 10,80 €	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date	
Authors Jyrki Korkeila		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ	
Title of publication Development needs of psychiatric training in primary health care			
Summary <p>The working group analysing workload and division of tasks in mental health services stated that it is very important to develop new working methods as well as to secure access to training in mental health, mental health work, and psychiatry. The objective of the project was to produce a proposal for development measures with regard to basic, further, supplementary, further supplementary, and specialist training in order to improve the abilities of the social welfare and health care personnel, in particular the personnel in basic services and mental health work, to treat mental health problems, disorders, and illnesses.</p> <p>With regard to psychiatric care, the most central challenges are linked to the improvement of identification and treatment of mental health disorders, to the development of identification and treatment of psychiatric problems of intoxicant abusers and ageing people as well as to the improvement of functionality of the care system and quality of care. More treatment does not necessarily result in a significant growth of health effects, since non-allocated increase of treatment benefits most those whose need for care is smaller. Developing the quality of care must get priority. Improved quality of care requires the effective utilisation of the benefits generated by scaling of care and by seamless care chains and service networks. Adequate competence at the different levels of care facilitates the appropriate allocation of care as well as thorough application of a broad set of methods.</p> <p>Psychiatric competence in primary health care must be taken into account already in the basic training of physicians and other occupational groups. 20 hours of compulsory theoretic seminar training in psychiatry in the form of courses should be included in the specialist training in medicine in the fields of general practice and occupational health care. In addition, the specialist degree in medicine should include a minimum of three months of compulsory psychiatric service. Such service would primarily be realised as outpatient service. Geriatric psychiatry should be developed into a separate speciality in medicine. There should be a minimum of four weeks of practical psychiatric training included in nurse training. In practical nurse training, the period common for all the students should include teaching and practical training in mental health work.</p> <p>The employer organisation must be responsible for any necessary further supplementary training. The training must developed in cooperation with specialists' associations, obligatory further supplementary training for nurses, vocational high schools, and universities. Further supplementary training should increasingly utilise new technologies for example by introducing web-based training.</p> <p>Psychotherapeutic care methods in primary health care as well as geriatric psychiatry and substance disorders should be included as priorities in further supplementary training. Further supplementary training in geriatric psychiatry must concern all professional groups. Competence with regard to the treatment of speech disorders must be increased both in specialised medical care and primary health care. Primary health care should draw significant benefits from a wider use of nurses specialised in the treatment of depression. A nurse specialised in the treatment of depression and anxiety could produce information to patients and give support in groups as well as provide counselling. Also attitude development should be included in further supplementary training, although increased competence will lessen negative attitudes. Primary health care is responsible for the implementation of mental disorder prevention. European Union projects have described successful strategies and these should become better known and more widely applied.</p>			
Key words division of tasks, further supplementary training, mental health services, primary health care, psychiatric care, psychotherapy			
Other information www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:32		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
Number of pages 47	Language Finnish	Price 10,80 €	Publicity Public
Orders Helsinki University Press PO Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällys

Kuvailulehti.....	3
Presentationsblad.....	5
Documentation page.....	7
Sisällys.....	9
1 Projektin tausta.....	11
1.1 Tavoitteet.....	11
2 Kehittyvä psykiatrinen palvelujärjestelmä.....	11
2.1 Palvelurakenteen muutokset.....	11
2.1.1 Kansalliset suunnitelmat, lainsäädännön muutokset ja taloudellinen lama.....	11
2.2 Nykyinen palvelujärjestelmä.....	12
2.2.1 Lääkärimäärät palvelujärjestelmässä.....	14
2.3 Mielenterveyspalvelujen vahvuudet ja heikkoudet.....	14
2.4 Psykiatriset häiriöt peruspalveluissa.....	15
2.5 Hoitotakuu osana palvelujen kehittämistä.....	16
3 Mielenterveydenhäiriön hoidon yhteiskunnalliset haasteet.....	17
3.1 Taustatekijät.....	17
3.2 Mielenterveydenhäiriöitten kasvava taakka.....	17
3.3 Palvelujen tarve ja kysyntä.....	18
3.4 Perusterveydenhuollon kannalta keskeisen avohoidon laatu.....	19
4 Nykyinen koulutus.....	21
4.1 Erikoislääkärikoulutus.....	21
4.1.1 Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus.....	21
4.1.2 Työterveyshuolto.....	22
4.2 Sairaanhoidaja ja lähihoitajakoulutus.....	23
4.3 Täydennyskoulutus.....	23
4.4 Psykoterapiakoulutus.....	24
5 Asiantuntija-arviot.....	25
5.1 Arviot osaamisen katvealueista.....	25
5.2 Peruskoulutuksen kehittäminen.....	27
5.3 Täydennyskoulutuksen kehittäminen.....	27
6 Johtopäätökset.....	29
6.1 Keskeiset haasteet ja palvelujen kehittäminen.....	29
6.2 Psykoterapia.....	31
6.3 Stigma.....	31
6.4 Ennaltaehkäisy.....	32
7 Toimenpide-ehdotukset.....	33
7.1 Erikoislääkärikoulutus ja hoitajien perusopinnot.....	33
7.2 Täydennyskoulutus.....	34
7.2.1 Psykoterapia.....	34
7.2.2 Uudet hoitomallit.....	35
7.3 Vanhusten psykiatriset palvelut.....	36
7.4 Päihdehäiriöt ja kuntoutus.....	36
7.5 Ennaltaehkäisy.....	37
8 Yhteenveto.....	40
Kirjallisuutta.....	42

1 Projektin tausta

1.1 Tavoitteet

Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittänyt Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä totesi muistiossaan (2004:5), etteivät nykyiset toimintatavat ja osaaminen vastaa tarkoituksenmukaisesti palvelujen kysyntää. Uusien toimintamallien kehittäminen sekä mielenterveyden, mielenterveystyön ja psykiatrian opintojen riittävyuden varmistaminen arvioitiin hyvin tärkeäksi.

Tämän projektin tavoitteena oli laatia ehdotus niistä perus-, jatko-, täydennys-, lisä- ja erikoistumiskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä joiden avulla erityisesti peruspalveluissa ja mielenterveystyössä työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista voidaan parantaa.

2 Kehittyvä psykiatrinen palvelujärjestelmä

2.1 Palvelurakenteen muutokset

Psykiatristen häiriöitten hoito on muuttunut Suomessa perusteellisesti viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Hoidon painopiste on siirtynyt avohoitoon. Avohoitokeskeisyys on ollut yleismaailmallinen tavoite, joka on toteutunut eri maissa eri tavoin. Psykiatristen sairaansijojen vähentämisellä pyrittiin pitkien sairaalahoitojen haittavaikutusten, ennen muuta laitostumisen vähentämiseen. Sairaansijojen määrä vähentyi maailman ennätystasosta (4,2 sairaansijaa / 1 000 asukasta) yli 14 000:lla. Tämän muutoksen suuruudeksi on arvioitu 60 miljardia markkaa eli noin 10 miljardia markkaa pankkitukea suurempi.

1990-luvun lopulla psykiatrinen sairaalahoito toteutui 72 prosenttia pienemmällä hoitopäivämäärällä kuin vuonna 1970, kun potilasmäärä oli samalla aikavälillä vähentynyt vain 37 prosenttia. Sairastavuus ei kuitenkaan oleellisesti ole muuttunut. Toistuva sairaalaan ottaminen on lisääntynyt tänä aikana. Avohoidon palvelujärjestelmä ei laajentunut suunnitelmien mukaan, vaikka avohoitokäyntien määrä lisääntyi koko 1990-luvun ajan. Koska potilaiden vaihtuvuus sairaalahoidossa on lisääntynyt ja avohoitokäyntien määrä on kasvanut, psykiatristen toimipaikkojen työkuormitus on selkeästi kasvanut. Terveystenhuollon rakenteissa 1990-luvun aikana tapahtuneet muutokset kohdistuivat voimakkaammin psykiatriseen kuin muuhun erikoissairaanhoidon. Itse asiassa psykiatrisen henkilöstön kokonaismäärä ja avohoidon henkilöstön määrä vähentyivät jonkin verran viime vuosikymmenen aikana.

2.1.1 Kansalliset suunnitelmat, lainsäädännön muutokset ja taloudellinen lama

Hoitojärjestelmän muutosta ovat Suomessa ohjanneet keskeisesti Lääkintöhallituksen ”punainen kirja”, Mielenterveystyön komitean mietintö vuodelta 1984, valtakunnalliset suunnitelmat, skitsofreniaprojekti, Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä ja sosiaali- ja terveysministeriön selvitysmiestyöt. Näissä määriteltiin avohoitopainotteisuuden kehittä-

tämisen periaatteita ja laadittiin yksityiskohtaisia suunnitelmia sairaanhoitosijojen vähentämiseksi ja avohoidon laajentamiselle.

Skitsofreniaprojektissa tavoitteena oli mm. vähentää sairaaloissa hoidettavien pitkäaikaispotilaiden määrää ja kehittää psykoosiryhmätoimintaa. Mielenterveystyön porrastusryhmä katsoi, että erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä tarvitaan kiinteämpää yhteistyötä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon keskeinen tehtävä oli vastata korkeatasoisista erikoissairaanhoidon palveluista kun taas lievempien häiriöitten hoidon painopiste olisi pääasiallisesti peruspalveluissa.

Palvelurakennetyöryhmä arvioi, ettei erikoissairaanhoidon voimavarojen jakautuminen Suomessa ole heijastanut hoidon tarpeiden eroja vaan historiallista kehitystä. Runsaiden sairaanhoidonsijojen alueella sairaalaa käytettiin epätarkoituksenmukaisesti mm. vanhusien pitkäaikaishoitoon. Sairaansijojen runsaan määrän oli todettu myös johtavan tahdosta riippumattoman hoidon runsaaseen käyttöön. Toisaalta avohoitoyksikköjen toiminta katsottiin paikoitellen tehottomaksi vähäisten työntekijää kohti laskettujen käyntimäärien vuoksi. Tämän taustalla oli vinoutunut ja tarpeita vastaamaton virkarakenne.

Avohoitopainotteisuutta lisättiin aina 90-luvun alkuun varsin suunnitellusti. Vuosikymmenen alun muutokset mielenterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja kuntien valtionosuuksia säätelevässä lainsäädännössä johtivat merkittäviin muutoksiin psykiatrisen hoidon toteuttamisessa. Mielisairaanhoidopiirit purettiin ja psykiatria siirtyi sairaanhoidopiireihin osaksi muuta erikoissairaanhoidoa. Kuntien valtionosuuksien jakoperusteiden muutos antoi kunnille enemmän autonomiaa ja vastuuta järjestää terveydenhuoltopalveluja parhaaksi katsomallaan tavalla. Palvelujen järjestämisvastuu siirtyi myös erikoissairaanhoidon osalta kunnille. Kunnille saattoivat toteuttaa varsin erilaisia ratkaisuja sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Lainsäädännön muutokset yhdessä 1990-luvun alun laman kustannuspaineiden kanssa nopeuttivat jo aiemmin suunniteltujen muutosten toimeenpanoa ja vähensivät muutosten suunnitelmallisuutta. Taloudelliset paineet johtivat tilanteeseen, jossa avohoido ei kehittynyt hallittuna kokonaisuutena vaan palvelujärjestelmään muodostui katvealueita etenkin vaikeiden häiriöitten hoidossa. 1990-luvun aikana alkoi myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen kunnallistaminen, joka vähitellen lisäsi hoitojärjestelmän hajanaisuutta. Palvelujärjestelmän hallinnollinen monimuotoisuus johti myös pieniin ja siten herkästi haavoittuviin yksikköihin, joissa työtehtävien vaativuus lisääntyi.

Psykiatristen sairaansijojen nopean vähenemisen myötä avohoidoon tulleiden vaikeasti sairaitten potilaiden monipuolisen psykososiaalisen kuntoutuspalveluiden tarpeeseen ei hajanaisilla avohoitoresursseilla ole ollut mahdollisuuksia vastata kattavasti. Avohoidoon syntyneisiin asuntoloihin on 1990-luvun lopussa siirtynyt melko akuutisti sairaita potilaita, joiden psykiatrisen hoidon taso vaihtelee.

2.2 Nykyinen palvelujärjestelmä

Suomalainen terveydenhuollon järjestämisvastuu on määritelty kuntien tehtäväksi. Kunnat voivat toteuttaa palveluja joko itsenäisesti tai kuntayhtyminä sekä sairaanhoidopiirien jäseninä. Järjestelmä toimii porrastetusti siten, että perusterveydenhuolto vastaa sairauksien ennalta ehkäisystä, seulonnasta ja perustason hoidosta. Erikoissairaanhoido vastaa erityistason palveluista polikliinisena ja sairaalatoimintana, jossa on alue-, keskus- ja yli-

opistosairaaloitten keskinäinen porrastus. Psykiatrisessa sairaalahoidossa viime mainittu porrastus ei käytännössä toimi. Psykiatriset palvelut ovat erikoistuneet lastenpsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan, oikeuspsykiatriaan ja yleispsykiatriaan.

Varsin suuri osa terveyskeskuksista on pienikokoisia. Perusterveydenhuollossa toteutetaan lääkärin ja sairaanhoitajien vastaanottoja, neuvola-, vanhusten laitoshoidon- ja vuodeosastotoimintaa. Valtaosa mielenterveydenhäiriöistä kohdataan terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Erikoissairaanhoitoa toteutetaan 22 sairaanhoitopiirissä, jotka vastaavat pääasiassa sairaalapaikavaroituksesta. Suuremmissa kaupungeissa sairaalahoitoa toteutetaan myös terveyskeskusten alaisena erikoissairaanhoitona. Avohoidon palveluja tuotetaan joko sairaanhoitopiireissä tai kuntien omana toimintana. Kuntien oma avohoito toteutuu eräissä kunnissa terveyskeskusten yhteydessä ja eräissä erillisissä erikoissairaanhoitoon palvelupisteissä.

Psykiatrisen palvelujärjestelmä toimii väestövastuullisesti siten, että avohoito on määritelty ensisijaiseksi toteuttamistavaksi. Eri toimintasektoreiden tuottamien palvelujen tulee mielenterveyslain mukaisesti muodostaa toiminnallinen kokonaisuus. Vammaispalvelulain mukaan mielenterveyden häiriöstä kärsivälle tulee järjestää tarvitsemansa tuki- ja palveluasuminen. Laki painottaa myös ennaltaehkäisevän toiminnan keskeisyyttä. Hoitotakuu määrittelee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoon tehtäväjakoja diagnostiikkiin pääluokkien ja häiriöiden vaikeusasteen sekä riittäväksi arvioitavien hoitokokeilujen perusteella. Hoidontarpeen arvioinnin ja vaikeitten häiriöiden hoidon lisäksi erikoissairaanhoitoon tehtävänä on arvioida toiminta- ja työkykyä. Käytännössä Kansaneläkelaitos edellyttää n. kahden kuukauden sairausloman jälkeen lääkärinlausuntoa erikoissairaanhoitosta. Erikoissairaanhoito vastaa psykoterapian ja opiaattiriippuvaisten korvaushoidon arvioista.

Psykoosien kuntoutus on kehittynyt osana kunnallista terveydenhuoltojärjestelmää, kun taas ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen kuntoutus toteutuu sekä kunnallisesti että Kansaneläkelaitoksen rahoittamana toimintana osin psykoterapiana. Kuntouttavaa palvelua tuotetaan myös kolmannella sektorilla Kansaneläkelaitoksen tuella taloudellisesti psykoterapiaa suuremmalla osuudella muuna kuntoutustoimintana kuten sopeutumisvalmennuksena. Asuntolapalveluja tuotetaan erikoissairaanhoitossa, sosiaalipalveluissa, yksityisesti ja kolmannella sektorilla. Psykiatrisen hoidon rahoitus on siten monikanavainen.

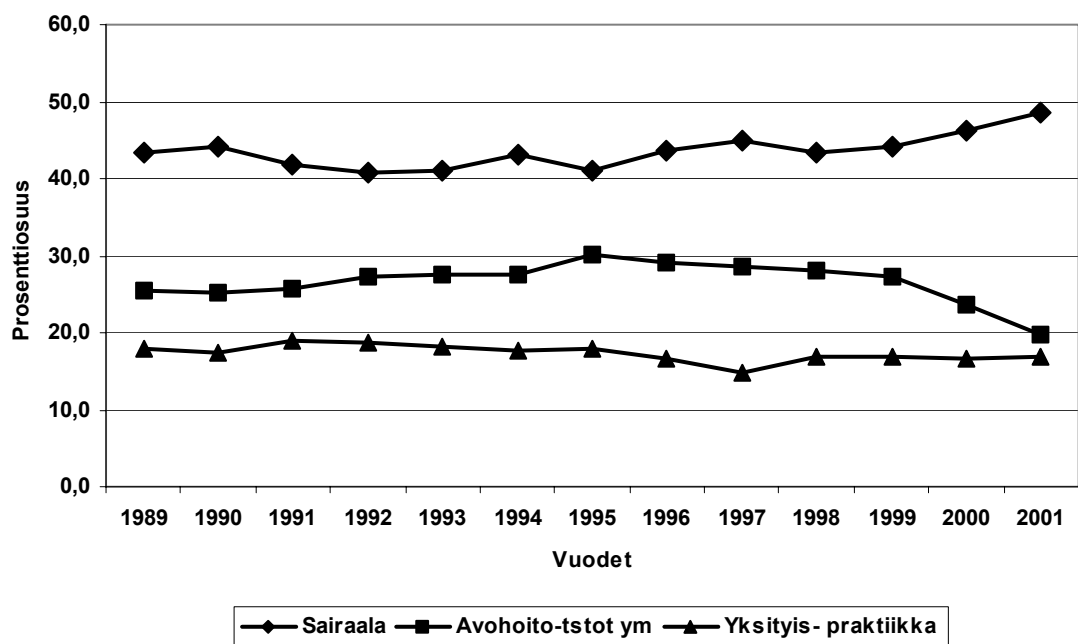
Päihdehäiriöitä hoidetaan Suomessa terveydenhuollossa, päihdehuollon erityispalveluyksiköissä ja sosiaalitoimissa. Palvelujen järjestämisvastuu on määritelty niin ikään kuntien tehtäväksi. Päihdehuollon erityispalvelut tarjoavat katkaisu- ja vieroitushoitoja sekä erityyppisiä psykososiaalisia palveluja sekä alkoholi- että huumeongelmallisille. Useissa sairaaloissa on päihdepsykiatriaan erikoistuneita yksiköitä. Suomessa on myös eräitä yksinomaan huumeongelman hoitoon keskittyneitä yksiköitä. A-klinikkasäätiö tuottaa hoito- ja kuntoutuspalveluita päihde- ja riippuvuusongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Valtaosa Suomen yli 70 A-klinikasta on kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämiä.

Perusterveydenhuolto vastaa häiriöiden seurannasta ja hoitoon ohjauksesta. Erikoissairaanhoito toteuttaa päihdehäiriöiden edellyttämää sairaalahoitoa vieroitusoireyhtymissä ja päihteiden aiheuttamissa psykoottisissa häiriöissä. Avohoitopainotteisuuden myötä psykiatristen potilaiden päihteiden käyttö on lisääntynyt, jolloin kaksoisdiagnoosien (samanlainen päihdehäiriö ja muu psykiatrisen häiriö) ja kolmoisdiagnoosien (kaksoisdiagnoosin lisäksi potilaalla on somaattinen sairaus) merkitys on kasvanut.

2.2.1 Lääkärimäärät palvelujärjestelmässä

Työssä olevista lääkäreistä lähes puolet toimi maaliskuussa 2005 sairaaloissa, vajaa neljännes terveyskeskuksissa (n=3564) ja 6 % (n=885) työterveyshuollossa. Maaliskuussa 2005 terveyskeskuksissa työskenteli 3 564 lääkäriä, joka on 121 lääkäriä enemmän kuin edellisenä vuonna. Yleislääketieteen erikoislääkäreitä oli 1386, työterveyshuollon 497 ja psykiatrian erikoislääkäreitä 1249. Työkäisistä psykiatreista toimi julkisen sektorin avohoidossa runsas neljännes. Valtaosa terveyskeskuslääkäreistä ja työterveyshuollon lääkäreistä toimi vakinaisessa virassa. Huolimatta lisääntyneestä avohoitokeskeisyydestä on psykiatrien määrä lisääntynyt etenkin sairaaloissa ja vähentynyt erityisesti terveyskeskuksissa toteutetun avohoidon piirissä.

Kuvio 1. Psykiatrien osuus eri toimintasektoreilla



Suomalaiset lääkärit ovat jakautuneet maassa epätasaisesti, sillä esimerkiksi kolmessa sairaanhoitopiirissä Pohjois-Suomessa on yksi lääkäri 500 – 577 asukasta kohti kun se on kolmessa sairaanhoitopiirissä Etelä-Suomessa yksi 243 – 260 asukasta kohti. Psykiatriset häiriöt jakautuvat maassa niin ikään epätasaisesti siten, että häiriöitten esiintyvyys on suurinta Pohjois- ja Itä-Suomessa ja vähäisintä Lounais- ja Länsi-Suomessa. Palvelujen saatavuus ja tarve eivät näin ollen kohtaa tyydyttävällä tavalla.

2.3 Mielenterveyspalvelujen vahvuudet ja heikkoudet

Huolimatta voimavarojen tarpeisiin suhteutetuista puutteista ja alueellisesta vaihtelusta on mielenterveyspalvelujen tilanne kansainvälisessä vertailussa suhteellisen hyvä. Asunnotomien psykiatristen potilaiden määrä on vähäinen, monipuolisia palveluja on saatavilla eri puolilla maata ja henkilökunnan koulutustaso on korkea. Hoitomenetelmien soveltamisessa on alettu kiinnittää lisääntyvästi huomiota tutkittuun, systemaattiseen tieteelliseen

tietoon ja hoitosuosituksukset ovat tulossa osaksi arkipäivää. Psykoterapeuttisia palveluja on tarjolla aiempaa enemmän ja monipuolisempina.

Avohoidon aikakausi on inhimillistänyt hoitoa painottamalla potilaan yksilöllisiin tarpeisiin kohdentuvaa, kattavaa hoitoa. Potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia arvostetaan tärkeinä ymmärryksen ja tiedon lähteinä. Kun potilaat elävät avohoidossa muun yhteiskunnan keskellä, mikä on herkistänyt väestöä psykiatristen potilaiden tarpeille. Osittain julkisen keskustelun avohoidon puutteita painottava näkökulma heijastaa juuri tätä tarpeiden parempaa tunnistamista. Väestö hyväksyy aiempaa enemmän psykiatriset sairaudet osaksi elämän todellisuutta. Psykiatristen potilaiden näkyvyyden lisääntyminen voi muokata leimautumisen ongelmaa uudella tavalla sekä hyvässä että pahassa. Julkisesti tunnettujen kansalaisten avoimuus oman sairastamisen osalta madaltaa avun hakemisen kynnystä, mutta samalla yksittäiset väkivallanteot voivat lisätä leimautumista. Psykiatristen potilaiden väkivallanteot eivät ole kuitenkaan missään lisääntyneet merkittävästi avohoidon laajentumisen myötä.

Erikoissairaanhoidon avohoito näyttää monissa maissa – myös Suomessa - keskittyneen avohoidon palvelujen laajennuttua ja kysynnän kasvettua pitkälti lievempien häiriöitten hoitoon. Palvelut eivät ole siten muuttuneet riittävästi vastaamaan avohoitopainotteisuuden haasteita. Puutteellisesti toteutuva hoidon porrastus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on tämän yksi keskeinen taustatekijä. Porrastuksen epätydyttävä toteutuminen vaikeuttaa erikoissairaanhoidon potilasryhmien priorisointia, tarpeen mukaista ja oikein kohdennetun hoidon toteuttamista sekä tehtäväkentän rajaamista. Kattava avohoitopalvelu ei välttämättä ole sairaalahoitoa halvempi vaihtoehto, mutta aktiivinen kotona toteutettu avohoito on potilaille ja heidän omaisilleen helpompi hyväksyä. Tällaisten moniammatillisten ja eri menetelmiä yhdistelevien hoitojen on todettu olevan varsin tehokkaita.

Kotimaisten tutkimusten mukaan hoidon tarpeessa olevien tilannetta ei ole voitu pitää hyvänä. Myös jo mielenterveyspalvelujen piirissä olevien hoidon tarpeiden tyydyttymisessä on havaittu selviä puutteita. Vain puolella hoidossa olevista on hoito voitu arvioida riittäväksi. Vaikeitten häiriöitten hoidontarpeen tunnistaminen on ollut yleensä masennustilojen tai ahdistuneisuushäiriöitten tarpeiden tunnistamista parempaa. Koko hoitojärjestelmän kehityksen suurin haaste on avohoidon hoitokäytäntöjen kehittymiskyky.

Yhteistyö perusterveydenhuollon ja psykiatrian välillä toimii eräillä alueilla hyvin (esim. Imatra) ja toisilla alueilla jäsentymättömästi. Paikoitellen erikoissairaanhoidajia on saatettu siirtää perusterveydenhuollon yhteyteen toteuttamaan potilaiden arviointia tai psykoterapeuttisia hoitoja. Päihdepalvelujen, perusterveydenhuollon ja psykiatristen palvelujen yhteensovittamisessa ilmenee varsin paljon ongelmia. Huomattavan suuri osa päihdehäiriöistä kärsivistä kärsii myös muista vaikeista psykiatrista häiriöistä ja somaattisista sairauksista. Palvelujärjestelmän työnjaon, yhteistyön ja yhteensovittamisen puutteet johtavat helposti siihen, että potilaita siirretään tarpeettomasti palvelusta toiseen, minkä seurauksena hoidon tarpeet eivät tyydyty riittävästi.

2.4 Psykiatriset häiriöt peruspalveluissa

Varsin suuri osa terveyskeskuksessa asioivien henkilöiden mielenterveysongelmista jää tunnistamatta, koska ongelmiin liittyy usein ruumiillisia oireita, masennuspotilaat eivät tuo mielihyvän kokemisen vähenemistä esiin itse ja erityisesti miehillä vihamielisyys ja

ärtyisyys voivat haitata asianmukaista diagnosointia. Perusterveydenhuollon palvelujen suurkuluttajissa psykiatriset häiriöt ovat varsin tavallisia, sillä useammalla kuin joka toisella voidaan diagnosoida psykiatrinen häiriö, kun muilla näiden palvelujen käyttäjillä diagnoosi voidaan asettaa keskimäärin joka kolmannelle. Moniongelmaisuus on palvelujen suurkuluttajilla muita potilaita tavallisempaa.

Valtaosalla perusterveydenhuollon psykiatrisista potilaista on jokin ahdistuneisuus- tai mielialahäiriö. Kokeneiden lääkäreiden on todettu tunnistavan esimerkiksi depressiota selvästi kokemattomia paremmin. Vain pienellä osalla hoitoa saavista potilaista on masennuslääkitystä riittävällä annoksella. Depression tunnistaminen ja hoitotilanne on kuitenkin parantunut 1990-luvun aikana. Lisäksi osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä käyttää pääasiallisesti erilaisia sosiaalihuollon palveluja. Psykiatrisen hoidon käyttäjissä on enemmän naisia ja päihdepalvelujen piirissä enemmän miehiä kuin naisia.

2.5 Hoitotakuu osana palvelujen kehittämistä

Kansallinen terveysprojekti asetti tavoitteeksi (STM työryhmämuistio 2002:3) turvata hoitoon pääsy kuuden kuukauden määräajassa vuoteen 2005 mennessä täsmentämällä kuntien terveystalouden järjestämisvastuuta. Hoito toteutettaisiin indikaatioiden määrittelyn avulla porrastetusti, oikea-aikaisesti ja avoimen perustellusti. Erikoissairaanhoidon- ja kansanterveyslakiin tehtiin muutoksia, jotta voitaisiin taata yhteys perusterveydenhuollon ammattilaiseen kolmessa vuorokaudessa, erikoissairaanhoidon polikliiniseen arvioon kolmessa viikossa ja tarvittavaan hoitoon 3-6 kuukauden kuluessa. Kiireettömän hoidon takaaminen avoimesti määriteltyjen kriteerien perusteella arvioitiin välttämättömäksi, koska hoidon saatavuus vaihteli maassa alueittain. Taustalla on voimavarojen epätasainen jakautuminen, hoitokäytäntöjen ja taitojen vaihtelu.

Hoitotakuu näyttää tuoneen etuja etenkin sellaisille lääketieteen erikoisaloille, joissa on ollut valmiina jonoihin asettamisen perusteet ja jonojen seuranta. Vastaavanlaista järjestelmää ei ole aiemmin sovellettu psykiatriassa muualla, joten aiempaa kokemusta ei ole voitu soveltaa indikaatioiden määrittelyn yhteydessä. Hoidon tarpeen arvion perusteena ovat ICD-10 diagnoosijärjestelmän mukaiset psykiatriset päädiagnoosiluokat. Tämän lähtökohdan ongelmana on monihäiriöisyyden ja moniongelmaisuuden tavanomaisuus psykiatrisilla potilailla. Lisäksi psykiatrinen hoito alkaa valtaosin kiireellisenä eikä valtakunnallisesti vertailukelpoista aiempaa jonoihin asettamisperinnettä ja seurantajärjestelmää ole juuri ollut käytössä. Psykiatrisissa sairauksissa esiintyy tyydyttymätöntä hoidon tarvetta, joka ei näy jonoina. Hoito saattaa toteutua epäintensiivisenä ja psykoterapeuttisten hoitojen toteutuminen kunnallisella sektorilla on puutteellista.

Riittävän hoidon toteuttaminen edellyttäisi eri toimintasektoreiden parempaa yhteistyötä ja työnjakoa, jonotuksen valtakunnallista seurantajärjestelmää, psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä eri porrastuksen tasoilla, jalkautuvia työryhmiä, hoidollisesti tuettuja asumis- palveluja ja Käypä hoito suosituksen paikallisia sovelluksia. Raja perusterveydenhuollon palvelujen ja erikoissairaanhoidon tarpeen välillä ei ole tarkasti määriteltävissä, mikä lisää yhteistyön tarvetta. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio (2003:33) toteaa, että ”mielenterveystyössä on paljon kirjautumatonta hoidon tarvetta. Näiden jääminen jonokeskustelun ja erillisrahoituksen varjoon tuottaa koko ajan uusia jonottajia”.

3 Mielenterveydenhäiriön hoidon yhteiskunnalliset haasteet

3.1 Taustatekijät

Tilastokeskuksen tietojen valossa taloudellinen hyvinvointi on lisääntynyt valtaosalla väestöstä kun samaan aikaan alemmissa tuloluokissa tilanne on pysynyt ennallaan tai heikentynyt. Osalla väestöä on näin ollen vähemmän keinoja ylläpitää itsekunnioitustaan huolehtimalla itsestään ja perheestään. Sosiaaliryhmien väliset erot ovat lisääntyneet kasvattaen päihdehäiriöitten ja masentuneisuuden riskiä syrjäytyvässä väestössä ja lisäten moniongelmaisten perheitten määrää.

Työelämä on muuttunut voimakkaasti viimeisten kahden vuosikymmenen aikana ruumiillisen työn vähentyessä ja kognitiivisesti haastavamman ja hyvää sosiaalista toimintakykyä edellyttävän työn lisääntyessä. Muutos vaikeuttaa mielenterveydenhäiriöistä kärsivän mahdollisuuksia työllistyä ja selvitä työelämässä häiriöiden laskiessa sekä kognitiivista että sosiaalista toimintakykyä. Väestön vanheneminen lisää vanhusväestön hoitoon liittyvän psykiatrisen hoidon osaamisen tarvetta. Alkoholin ja huumeainesten käyttö lisääntyy väestössä etenkin psykiatrisista häiriöistä kärsivien keskuudessa.

Kansalaiset liikkuvat nyky-yhteiskunnassa selvästi aiempaa enemmän opiskelun ja työn mukana. Naisten taloudellisen itsenäistymisen ja avioerolainsäädännön muutosten myötä avioerojen määrä on lisääntynyt voimakkaasti. Sukupolvien eriytymisen seurauksena yhteydet sukulaisiin ja vastaaviin sosiaalisiin verkostoihin ovat vähäisempiä. Nämä ovat johtaneet tukea-antavien turvaverkkojen höltymiseen ja hajanaisuuteen. Perhe-elämän vakaus on siten heikentynyt samaan aikaan kun työsuhteet ovat muuttuneet määräaikaikaisiksi ja vakituisen työn saanti vaikeammaksi. Sosiaaliset muutokset kasvattavat päihteiden haitallista käyttöä, mielenterveydenhäiriöitten riskiä ja muuttavat mielenterveydenhäiriöitten seurauksia, jolloin sosiaalisen toimintakyvyn muutos tuottaa enemmän haittaa niistä kärsivien elämälle. Laaja-alaiset yhteiskunnalliset muutokset lisäävät niin ikään vaikeuksien moniulotteisuutta.

3.2 Mielenterveydenhäiriöitten kasvava taakka

Mielenterveyden häiriöt puhkeavat usein nuorella iällä, aiheuttavat suurta henkilökohtaista ja perheisiin kohdistuvaa kärsimystä sekä johtavat etenkin hoitamattomina herkästi pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen. Myös mielenterveyden häiriöihin liittyvä ennenaikainen kuolleisuus on suurta. Noin 1000 suomalaista kuolee vuosittain ennenaikaisesti itsemurhan vuoksi, mikä on väestöön suhteutettuna enemmän kuin useimmissa muissa EU-maissa. Hoitamaton masennus on tärkein itsemurhien riskitekijä. Itsemurhien lisäksi psykiatristen potilaiden ennenaikainen kuolleisuus on myös muissa sairauksissa 2-3-kertainen yleisväestöön verrattuna.

Mielenterveydenhäiriöitten merkitys työkyvyttömyyden aiheuttajina on Euroopassa kasvussa. WHO:n Global Burden of Disease raportin mukaan psykiatriset häiriöt aiheuttivat neljänneksen kaikista sairauksien taakasta ja masennustilat osoittautuivat neljänneksi merkittävimmäksi toimintakyvyn laskua aiheuttavaksi sairausryhmäksi. Raportin laatijat arvioivat, että vuoteen 2020 mennessä masennuksen aiheuttama taakka lisääntyy ja ma-

sennus nousee toiselle sijalle toimintakyvyn laskun aiheuttajana. Masennus aiheuttaa yhteiskunnalle huomattavan taloudellisen taakan, josta noin 70 % on epäsuoria ja 30 % hoidosta koituvia kustannuksia. Masennukseen liittyy useimmiten muita psykiatrisia häiriöitä kuten persoonallisuus-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöitä.

Suomen 1980-luvun väestön mielenterveyttä koskeneiden epidemiologisten tutkimusten mukaan noin kymmenesosa väestöstä kärsi hoitoa vaativasta mielenterveyden häiriöstä. Tämän lisäksi toinen kymmenesosa kärsi elämää haittaavista psyykkisistä oireista. Terveys 2000 tutkimuksen mukaan väestön koettu terveys näyttää olevan parempi kuin 20 vuotta sitten ja sydän- ja verenkiertosairauksien kuolleisuus on vähentynyt. Mielenterveyden häiriöitten osalta tilanne oli tästä kehityssuunnasta poikkeava. Psyykkisen oireilun määrä oli samalla tasolla kuin 20 vuotta aiemmassa Mini Suomi tutkimuksessa. Neuroottisen ja psykoottisen masennuksen esiintyvyys oli aiemmassa tutkimuksessa 5 % ja Terveys 2000 tutkimuksessa vakavan masennuksen (5 %) ja pitkäaikaisen masennuksen esiintyvyys oli yhteensä 6.5 %. Diagnostisten järjestelmien muutosten vuoksi lukujen vertailu on ongelmallista.

Kuitenkin mielenterveydenhäiriöitten ja etenkin masennuksen vuoksi myönnettyjen sairauslomien, kuntoutustukien ja eläkkeitten määrä on lisääntynyt. Mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauslomat ovat lisääntyneet myös muissa pohjoismaissa. Ilmiötä on kutsuttu sairauslomaepidemiaksi. Sairauspäiväraahakorvaukset lisääntyivät Suomessa vuodesta 1998 vuoteen 2000 neljänneksellä. Mielenterveydenhäiriön vuoksi alkaneista sairauspäiväraha-kausista kaksi kolmannesta johtui masennustilasta vuonna 1998. Naisilla oli masennuksesta johtuvia sairauslomia kaksinkertaisesti miehiin verrattuna. Suomessa ei ole ollut mahdollisuutta osa-aikaiseen sairauslomaan osa-aikaisen eläkkeen tapaan, mikä nostaa työhön palaamisen kynnystä. Lainsäädäntöä ollaan tältä osin muuttamassa.

Mielenterveydenhäiriöt ovat suurin yksittäinen alkaneita työkyvyttömyyseläkkeitä selittävä sairausryhmä. Mielenterveydenhäiriöiden, etenkin vakavan masennustilan perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeitten osuus on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Mielenterveydenhäiriön vuoksi myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeitten osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä oli Suomessa vuonna 1999 jopa 38 % kun vastaava luku oli esimerkiksi Norjassa 29,4 % ja Hollannissa 31 %, joskin eläkejärjestelmien erot myös vaikuttavat näihin lukuihin.

Kaikkiin mielenterveyden häiriöihin liittyy lisäksi merkittävässä määrin somaattista oheissairastamista kuten diabetesta, astmaa, sydän- ja verenkiertosairauksia sekä onkologisia ja neurologisia tauteja. Monihäiriöisillä potilailla on muita tavallisemmin työttömyyttä, toimeentulovaikeuksia, avioeroja ja muita sosiaalisia ongelmia. Lisäksi psykiatriset sairaudet ovat useimmiten kroonisia aiheuttaen joko jaksottaisesti tai jatkuvasti kliinisesti merkittävää haittaa toimintakyvylle. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat usein mittavampaa toiminta- ja työkyvyn sekä elämänlaadun laskua kuin somaattiset sairaudet.

3.3 Palvelujen tarve ja kysyntä

WHO erottaa mielenterveyden ongelmissa kolme eri tarpeiden tasoa: 1) primääriset tarpeet eli psykopatologiaan ja toimintakykyyn liittyvät tarpeet, 2) sekundaariset tarpeet eli omaa aktiivisuutta rajoittaviin tekijöihin liittyvät tarpeet, ja 3) tarpeet, jotka liittyvät sosiaalisiin seurauksiin tai haittoihin, jotka rajoittavat vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Po-

tilas hakee usein apua omakohtaisesti koettujen rajoitusten tai haittojen vuoksi asiantuntijalta, joka hahmottaa avunhakijan tarpeita psykopatologian ja toimintakyvyn kannalta.

Mielenterveyspalvelujen tarve on olemassa, jos asianomainen kärsii sellaisesta merkittävästi toimintakykyä haittaavasta häiriötilasta, johon on olemassa tai kehitettävissä hoito. Subjektiiivisesti koettu ja objektiivisesti asiantuntijan määrittelemä hoidon tarve eivät välttämättä käy yksiin, sillä etenkin vaikeissa psykiatrisissa häiriöissä hoidon tarve on määriteltävissä ilman subjektiivista kokemusta tarpeesta ja toisaalta voidaan kokea palvelun tarvetta, vaikka sairautta ei voitaisi todeta tai se on asteeltaan lievä. Koettu tarvekaan ei aina synnytä palvelun kysyntää, jos asianomainen ei tiedä avun olevan saatavissa. Lisäksi koettu tarve ei välttämättä johda palvelujen käyttöön, sillä leimautumisen pelko voi olla avun hakemisen esteenä.

Mielenterveyspalvelujen runsaan käytön taustalla on usein alhainen sosioekonominen asema, sosiaalinen eristyminen, työttömyys ja huonot asumisolosuhteet. Käsitykset mielenterveydestä ja sen häiriöistä vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen ja palvelujen käyttöön. Valistuneisuus on hyvin toimeentulevalla suurempaa kuin huonosti toimeentulevalla. Tiedon taso, maallikkoteoriat mielenterveydestä ja sosiaaliset taidot vaikuttavat avun hakemiseen.

Päihteiden käyttö ja lääkehoidon laiminlyöminen lisäävät toistuvia sairaalahoitajaksoja. Sairaalahoitoon vaikuttaa myös sairaansijojen määrä ja sairaalan maantieteellinen läheisyys. Voimavarojen jakautuminen ja paikalliset tekijät selittävät pitkälti palvelujen käytön maantieteellistä vaihtelua. Vaikeista häiriöistä kärsiville suunnattujen, aktiivisten hoitomuotojen on todettu vaikuttavan sairaalahoidon tarvetta vähentävästi. Kattava asianmukaisen psykofarmakologisen hoidon, ympärivuorokautisen avohoidon tukiryhmän ja psykososiaalisen kuntoutuksen yhdistävä hoidon laaja-alaisuus, on keskeistä haluttaessa kehittää vakavasti sairaitten hoitoa nykyistä paremmin tarpeita vastaavaksi.

Mielenterveyspalvelujen kysyntä on kasvanut voimakkaasti, mikä näkyy esimerkiksi lisääntyneissä erikoissairaanhoidon avohoitopalvelujen käytössä ja lisääntyneessä masennuslääkkeiden myynnissä. Kynnys avun hakemiselle on siten madaltunut, koska häiriöiden ja oireitten esiintyvyydessä ei vastaavaa muutosta ole tapahtunut. Samaan aikaan palvelut ovat hajautuneet nopeasti monien eri tuottajien vastuulle. Kokonaisvastuun kantajaa ei ole helppo löytää ja ilmeisesti järjestelmä ei hahmotu kansalaisille riittävän selvästi. Palvelujen tarvetta on tähän saakka määritelty kysynnän perusteella eikä varsinaista tarpeiden suoraan tai epäsuoraan mittaamiseen perustuvaa voimavarojen suuntaamista ole toteutettu.

3.4 Perusterveydenhuollon kannalta keskeisen avohoidon laatu

Vaikka masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt, ei masennusta hoideta Suomessa vielä riittävästi edes silloin, kun hoidon tarve on tunnistettu. Pitkään sairauslomalla olleet eivät välttämättä saa riittävää lääkehoitoa tai psykoterapiaa. Työkyvyttömyyden pitkittyminen ei välttämättä johda lääkityksen lisäämiseen, vaikka tiedetään, että annoksen kohottaminen tuottaa osalla riittävän hoitovasteen. On arvioitu, että masennustilojen hoito tavanomaisesti, jaksottaisesti toteutettuna keventää masennuksen taakkaa vajaalla 10 prosentilla, kun optimaalinen jaksottainen hoito keventäisi sitä keskimäärin neljän-

neksellä. Ylläpitolääkehoidolla tai ylläpitopsykoterapialla taakka olisi kevennettävissä arviolta 50 prosentilla.

Masennuslääkityksen on todettu toteutuvan lääkärin ohjeitten mukaisesti vain n. 60 prosentilla. Masennuksen lääkehoito saattaa olla kestoaltaan aivan liian lyhyttä vastatakseen hoidon laatustandardeja. Masennuslääkkeitten käyttö voi olla samanaikaisesti riittämätöntä ja rahoittavien lääkkeitten käyttö epätarkoituksenmukaisen laajaa. Mielenterveyspalvelujen käyttäjien keskuudessa psykoterapian toteutumisessa on niin ikään havaittu puutteita. Hoidon kohdentamaton lisääntyminen johtaa kuitenkin sekä masennuslääkehoitoon että psykoterapeuttisen hoidon alkamiseen lisääntyvästi myös sellaisilla, joilla ei voida todeta varsinaista mielenterveydenhäiriötä.

Ahdistuneisuushäiriöitten hoito nojaa edelleen pitkälti rauhoittavien lääkkeitten määräämiseen, jolloin psykoterapeuttiset hoidot ja modernin lääkehoidon periaatteet eivät toteudu toivotulla tavalla. Palvelujärjestelmän muutos ei ole vastannut riittäväällä tavalla vaikeista häiriöistä kärsivien potilaiden muuttuneeseen hoitotilanteeseen, minkä syyt liittyvät toimintamalleihin, voimavaroihin ja tietojen sekä taitojen puutteisiin.

Kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaiden hoito edellyttää perusterveyden- ja päihdehuollon sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä, koska päihdeongelmat ovat kasvussa. Lisäksi psykiatristen sairaalapaikkojen vähentymisen myötä ja avohoitopainotteisuuden lisääntyessä, ovat muualla maailmassa psykiatristen potilaiden päihdeongelmat lisääntyneet. Tulevaisuudessa mielenterveyspalveluja odottavat nykyistä suuremmat haasteet juuri sillä sektorilla, jossa toiminta ei nyt toteudu parhaalla tavalla.

Psykiatrisiin häiriöihin liittyy edelleen huomattavaa leimautumista, joka muun yhteiskunnan ohella kattaa myös terveydenhuollon ammattiryhmiä. Stigma aiheuttaa ahdistusta ja häpeää, joka haittaa mielenterveydenhäiriöstä kärsivän elämää mittavasti. Skitsofreniasta kärsivällä on siten tavallaan kaksi sairautta: itse häiriö ja siitä koituva leima. Stigma voi olla este asianmukaisen avun hakemiselle, etenkin häiriöitten varhaisessa vaiheessa. Keskisestä Euroopasta ja Britanniasta on kuultu uutisia stigman lisääntymisestä avohoitopainotteisuuden myötä. Media käsittelee psykiatrisia sairauksia ja potilaita tosinaan leimavaan sävyyn eivätkä ihmiset halua psykiatrisia potilaita naapurustoonsa, esimerkiksi asuntoloiden rakentaminen kaupunkialueille on saattanut johtaa valituksiin.

4 Nykyinen koulutus

4.1 Erikoislääkärikoulutus

Varsinainen päätävältä erikoislääkärikoulutuksessa on opetusministeriöllä ja koulutusyksiköillä eli lääketieteellisillä tiedekunnilla. Yliopistojen erikoisalojen professorit ovat näin ollen keskeisessä asemassa erikoislääkärikoulutusta kehitettäessä. Erikoislääkärikoulutuksen opetussuunnitelmia tarkistetaan kahden vuoden välein. Muut viranomaiset ja toimielimet ovat neuvoa-antavia tai niiden tehtävänä on koulutuksen kehittäminen ja koordinointi. Joidenkin sisällöltään läheisten erikoisalojen koulutukseen sisältyy ns. runkokoulutus. Yhteinen runko-osa suoritetaan pääsääntöisesti yliopistosairaalan ulkopuolisissa koulutuspaikoissa. Tarkoituksena on varmistaa koulutuksen riittävä laaja-alaisuus ja tarkoituksenmukaisuus terveystalvurjrrstelmän kannalta sekä taata mm. päivystystoiminnassa tarvittavat valmiudet.

Erikoislääkärin tutkintoa koskeva asetusmuutos (1343/2002) tuli voimaan 1.1.2003. Terveystalvurksessa suoritettavan palvelun pituus nousi aikaisemmasta kuudesta kuukaudesta yhdeksään kuukauteen ja koulutuksesta vähintään puolet tuli suorittaa yliopistosairaalan ulkopuolella asetuksessa mainittuja erikoisalvoja lukuun ottamatta.

4.1.1 Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus koostuu kahden vuoden runkokoulutuksesta ja neljän vuoden eriytyvästä koulutuksesta. Runkokoulutus on yhteinen geriatriaan, terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon erikoistuvien kanssa. Runkokoulutuksen pituus on kaksi vuotta. Se muodostuu pääosin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta. Runkokoulutus sisältää terveyskeskus- ja sairaalapalvelua sekä haluttaessa enintään kuusi kuukautta palvelua muussa hyväksyttävässä lääkäriin tehtävässä. Terveystalvurksupalvelua tulee runkokoulutuksessa kuitenkin olla vähintään yhdeksän kuukautta.

Eriytyvän koulutuksen pituus on neljä vuotta. Näistä kaksi vuotta on suoritettava koulutusyksikön etukäteen hyväksymässä, terveyskeskuksen koulutusvirassa perusterveydenhuollon eri osa-alueilla. Lisäksi edellytetään palvelua yliopiston vahvistaman opintosuunnitelman mukaisesti kliinisen lääketieteen erikoisaloilla siten, että vähintään neljällä erikoisalalla suoritetaan kullakin vähintään kolme kuukautta palvelua. Kliinisen erikoisalat on pyrittävä valitsemaan yleislääkärille olennaisilta aloilta. Palvelusta voidaan korvata enintään kuusi kuukautta palvelemalla päätoimisesti terveyskeskuksen vuodeosastolla ja enintään kuusi kuukautta muulla kliinisellä palvelulla koulutusohjelman vastuuhenkilön harkinnan mukaan. Koulutusvirkoja ovat Yliopiston kanssa koulutussopimuksen tehneiden terveyskeskusten, sairaaloiden ja vastaavien yksiköiden virat.

Kliinisten alojen palvelun tarkoituksena on kliinisen sairaalatyön lisäksi perehtyä mm. yhteistyöhön perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä esim. arvioimalla potilaan kulkua hoitoketjussa, hoitosuosituksia sekä työnjakoa. Erikoislääkärikoulutuksen muilla erikoisaloilla edellytettävä palvelu vaihtelee yliopistokohtaisesti yhdestä kahteen

vuoteen. Muita kliinisen palvelun erikoisaloja ei ole täsmällisesti määritelty missään ase-
tuksissa tai ohjeissa.

Erikoistujan tulee osallistua sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa työskennellessään oman toimipaikkansa toimipaikkakoulutukseen, jota tulee järjestää noin 100 tuntia vuodessa. Lisäksi erikoistujan tulee saada potilaiden tutkimukseen ja hoitoon liittyvää ohjausta. Toimipaikkakoulutuksen sisällöstä vastaavat toimintayksiköt. Yleislääketieteen koulutusohjelman suorittamiseen koulutettavalta vaaditaan vähintään 120 tuntia teoreettista kurssimuotoista koulutusta, joka on tavoitteellista ja suunnitelmallista, pääsääntöisesti perusopintoja syventäviä tiettyjä aihekokonaisuuksia käsittelevää. Teoreettisesta kurssimuotoisesta koulutuksesta 20 tuntia on oltava koulutusyksikön järjestämää erikoisalan omaa koulutusta ja 20 tuntia on oltava hallintoon perehdyttävää koulutusta. Suoritettavien kursien tulee muodostaa mielekäs kokonaisuus, mutta teoreettisen koulutuksen edellytetyä sisältöä ei ole erikseen tarkemmin määritelty.

Koulutuksen alussa vastuuhenkilö ja erikoistuva lääkäri sopivat henkilökohtaisesta koulutus- ja opintosuunnitelmasta. Erikoistuja osallistuu yhdessä kouluttajan ja ohjaajan kanssa oman erikoiskoulutuksensa suunnitteluun ja arviointiin. Arvioinnin apuna käytetään lokikirjaa ja arviointilomakkeita. Kouluttajan tulee olla ao. alan erikoislääkäri. Henkilökohtaisen ohjaajan tulee olla koulutusyksikön hyväksymä yleislääketieteen erikoislääkäri. Jokaiselle erikoistujalle nimetään käytännössä ohjaaja, mutta ohjaamisen toteutuminen lie-
nee heterogeenistä ja on vailla seurantaa. Lokikirja jaetaan kaikille koulutuksen alussa, mutta kirjan seuraamiskäytäntö ei ole systemaattista ja siinä esiintyy todennäköistä vaihtelua.

4.1.2 Työterveyshuolto

Erikoislääkärikoulutus koostuu kahden vuoden runkokoulutuksesta ja neljän vuotta eriytyvästä koulutuksesta. Runkokoulutus on yhteinen geriatriaan, terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon erikoistuvien kanssa. Runkokoulutuksen pituus on kaksi vuotta. Se muodostuu pääosin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta. Runkokoulutus sisältää terveyskeskus- ja sairaalapalvelua sekä haluttaessa enintään kuusi kuukautta palvelua muussa hyväksyttävässä lääkärin tehtävässä. Terveyskeskuspalvelua tulee runkokoulutuksessa kuitenkin olla vähintään yhdeksän kuukautta.

Eriytyvä koulutus koostuu työterveyshuoltojaksosta (24 kk), työterveyslaitosjaksosta (12 kk) sekä kliinisestä palvelusta muilla erikoisaloilla (12 kk). Eriytyvää koulutusta voi suorittaa ainoastaan tiedekunnan hyväksymissä koulutuspaikoissa tai henkilökohtaisen koulutussopimuksen mukaisesti. Muiden erikoisalojen kliinistä palvelua tulee suorittaa koko koulutuksen (6 vuoden) aikana yhteensä vähintään yksi vuosi yliopiston hyväksymän opintosuunnitelman mukaisesti siten, että kolmella erikoisalalla suoritetaan vähintään kolme kuukautta palvelua, jota voi suorittaa psykiatrian ohella monella muulla erikoisalalla. Psykiatriassa pääpainon tulee olla mielenterveystyössä. Työterveyslaitosjaksosta kuusi kuukautta voi suorittaa korvaavalla palvelulla, mutta tähän ei kuulu palvelu psykiatrialla.

Koulutuspaikkana toimivan työterveyshuoltoyksikön tulee järjestää erikoistuvalla lääkä-
rille säännöllistä toimipaikkakoulutusta keskimäärin kaksi tuntia viikossa. Toimipaikka-
koulutus on osa erikoistuvan työtä ja sen tulee olla suunnitelmallista ja erikoislääkärikou-
lutuksen tavoitteita palvelevaa. Toimipaikkakoulutusta voivat olla kliiniset kokoukset, oh-

jatut työpaikkakäynnit, opintopiirit, seminaarityyppiset koulutustilaisuudet sekä ammattilehtien ja tenttikirjallisuuden läpikäynti. Työterveyslaitoksen ja lääkäriyhdistysten järjestämät ohjelmat voivat muodostaa osan toimipaikkakoulutuksesta. Työterveyshuollon pitkästä kurssista tai sitä vastaavasta monimuotoisesta kurssista hyväksytään 60 tuntia korvaamaan toimipaikkakoulutusta.

Työterveyshuollon koulutusohjelman suorittamiseen vaaditaan vähintään 120 tuntia teoreettista kurssimuotoista koulutusta, joka toteutetaan pääasiassa terveydenhuollon hallintoa ja johtamista sekä terveystaloustiedettä (20 tuntia pakollisena), työfysiologiaa, työpsykologiaa, ergonomiaa, työn sosiologiaa ja epidemiologiaa, terveyden filosofiaa, yritystaloutta ja näihin liittyviä tutkimusmenetelmiä ja potilas-lääkäri-suhteen kehittämismenetelmiä (vähintään 70 tuntia muille erikoisaloille annettavaa koulutusta enintään 30 tuntia).

4.2 Sairaanhoitaja ja lähihoitajakoulutus

Terveysalan ammattikorkeakoulutuksessa suoritettava sairaanhoitajan koulutus kestää 3,5 vuotta. Korkeakouluopetusta antavina laitoksina ammattikorkeakoulut vastaavat itsenäisesti opetussuunnitelmien laadinnasta ja opintojen järjestelyistä, joten sairaanhoitajakoulutuksen sisältö voi vaihdella ammattikorkeakouluittain. Opetusohjelmaan saattaa kuulua esimerkiksi työikäisten mielenterveys- ja päihdehoitotyö mukaan lukien ohjattua käytännön harjoittelua. Toisaalta voi olla, ettei opinto-ohjelma edellytä mielenterveyteen liittyvää opetusta tai se voi olla valinnaisopetusta. Opetus on pääasiallisesti hoitotyön opettajien antamaa, mutta se sisältää myös lääketieteellistä opetusta. Eräissä ammattikorkeakouluissa myös hoitotyön opettajat saattavat saada heille suunnattua psykiatrian lisäopetusta. Ammattikorkeakoulujen käynnistysvaiheessa opiskelijat ovat toisinaan liian teoreettiseksi. Terveydenhoitajien koulutus pohjautuu sairaanhoitajakoulutukseen sisältäen terveydenhoitajan työhön kuuluvat osaamisalueet kuten neuvolatyön.

Itsenäisten ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutuksissa on kiinnitetty huomiota koulutuksen yhteismitallisuuteen, jotta sisällöllisesti riittävä yleiskoulutus ja ydinosaaminen toteutuisivat. Sairaanhoitajaopetuksen laadun kehittämistyönä on kuvattu tarvittavat ydinosaamisalueet (Terva-raportit). Vuoteen 2001 mennessä laadittiin kuvaukset sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksille, joissa kiinnitettiin huomiota mm. mäsennuksen tunnistamiseen. Ydinosaamiskuvauksien päivitys kaikkien terveysalan koulutuksien osalta saadaan päätökseen vuonna 2006.

Opetushallitus on sitoutunut nykymalliin, jonka mukaan lähihoitajakoulutus on kolmivuotinen ja antaa yleisen jatkokoulutuskelpoisuuden. Lähihoitajakoulutus koostuu 120 opintoviikosta, joista 20 opintoviikkoa on yhteisiä opintoja ja 90 opintoviikkoa ammatillisia sekä 10 opintoviikkoa vapaavalintaisia opintoja. Ammatillisissa opinnoissa opiskelija voi valita koulutusohjelman (40 opintoviikkoa) yhdeksästä eri vaihtoehdosta. Mielenterveys- ja päihdetyö on yksi näistä koulutusohjelmista.

4.3 Täydennyskoulutus

Lääkärien täydennyskoulutusta järjestävät erikoisalayhdistykset, Lääkäriliitto, Duodecimseura, Yliopistot, tietyt koulutusyhteisöt ja lääketeollisuus. Työnantajan tehtävänä on vastata riittävän täydennyskoulutuksen toteutumisesta. Lääkäriliiton vuoden 2005 lääkärikyselyn mukaan terveyskeskusten lääkäreistä 88 % ja työterveyshuollon lääkäreistä 91 %

osallistui työpaikan ulkopuoliseen ammatilliseen täydennyskoulutukseen. Koulutukseen käytettiin aikaa terveyskeskuksissa vajaa 6 päivää ja työterveyshuollossa hieman yli 7 päivää vuonna 2004. Vuosittainen työpaikan ulkopuolinen koulutus ei siten aivan vastaa terveydenhuollon täydennyskoulutuksen lainsäädännön perustelussa mainittua tavoitetta (vähintään 3-10 päivää riippuen peruskoulutuksesta ja työtehtävien vaativuudesta). Lääkäriliiton määrittelemäksi työpaikan ulkopuolisen täydennyskoulutuksen tavoitteeksi on asetettu kaksi viikkoa.

Eri ammattikorkeakouluissa on sairaanhoitajille tarkoitettuja mielenterveyteen liittyviä erikoistumisopintoja kaikkiaan 15 opintoviikon laajuisena, mutta näiden ohjelmien sisällöt vaihtelevat ammattikorkeakouluittain. Sairaanhoitajille on mielenterveysalan lisä- ja täydennyskoulutuksia ammattikorkeakoulujen koulutusmoduuleina. Sairaanhoitajilla on myös erityisosaamista tukevia pätevytymisohjelmia.

Lähihoitajatutkinnon suorittaneille on yleissivistävän osion ja lähihoitajakoulutuksen yhteisten opintojen lisäksi oma mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelma, jotka muodostavat yhdessä koko tutkinnon. Toisen asteen koulutuksen päälle rakentuviin ammatti- ja erikoisammattitutkintokoulutuksiin, kuten psykiatrisen hoidon erityisammattitutkintoon, voi tällä hetkellä hakeutua sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon tai vastaavan tutkinnon tasoisia tietoja ja taitoja sekä lisäksi sekä täydentäviä ja syventäviä opintoja suorittanut, jolla on vähintään viiden vuoden työkokemusta alalta.

4.4 Psykoterapiakoulutus

Useat koulutusyhteisöt järjestävät psykoterapiakoulutuksia pääasiassa julkisen koulutusjärjestelmän ulkopuolella. Kaikesta psykoterapiakoulutuksesta noin neljäsosa järjestetään korkeakouluissa. Psykoterapiakoulutus on varsin heterogeenista, koska koulutusvaatimuksia ei ole riittävästi määritelty. Koulutusten tavoitteena on pääsääntöisesti tarjota psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttava pätevyys, mutta järjestäjät tai opiskelijat eivät tiedä koulutuksen hyväksyttävyydestä psykoterapeuttipätevyyteen ennen Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päätöstä psykoterapeutin ammattinimikkeen hyväksymisestä. Uusien koulutusten arvioimisjärjestelmää ei ole olemassa. Käytännössä koulutuksia on järjestetty suunnittelematta markkinaperusteisen kysynnän ja tarjonnan periaatteen mukaan. Alueellisia koulutustarvearvioita ei ole juurikaan tehty (OPM 2003:6). Psykoterapiakoulutus on etupäässä koulutusta tavanomaiseen aikarajoittamattomaan kognitiiviseen terapiaan, psykodynaamiseen psykoterapiaan tai perheterapiaan. Eriyisiä koulutuksia aikarajoittamattomiin psykoterapioihin, joiden soveltaminen olisi etenkin julkisella sektorilla aiheellista, on järjestetty vain vähän.

5 Asiantuntija-arviot

Yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäriyhdistysten puheenjohtajille, työterveyslaitoksen psykiatrille, perusterveydenhuollon johdon edustajille (johtava ylilääkäri ja kliininen ylilääkäri), psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulosjohtajalle, Sosiaali- ja terveysministeriön ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin seudullisen kehittämishankkeen Sateenvarjoprojektin tietyille työntekijöille, sairaanhoidon opettajille ja TEHY:n koulutus- ja tiedepoliittiselle asiamiehelle osoitettiin kysely. Siinä tiedusteltiin psykiatrisen osaamisen katvealueita sekä henkilöstön perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämistarpeita, kyselyn kohderyhmä oli pieni ja näin ollen asiantuntija-arviot valottavat vain todennäköisten puutteiden laatua. Vahvuuksia ei erikseen tiedusteltu. Seuraavassa kuvataan vastaajien arvioita osaamisen puutteista, perus- ja täydennyskoulutustarpeista. Lainausmerkein varustetut lauseet on lainattu suoraan vastaajalta.

5.1 Arviot osaamisen katvealueista

Puutteita tiedoissa ja taidoissa esiintyy kaikissa ammattiryhmissä, mutta osaamisen asteessa esiintyy toimintayksiköittäin ja työntekijöittäin merkittävää vaihtelua. Myös enakkoluulot ja stigma estävät perusterveydenhuollon psykiatrisen hoidon hyvää toteutumista. Ongelmat saattavat liittyä jopa enemmän hoitokulttuuriin ja asenteisiin kuin tiedon ja taidon puutteisiin. Tunnistettuihin psykiatrisiin ongelmiin tartutaan perusterveydenhuollossa varmuudella vasta kun ne ovat hyvin ilmeisiä kuten selkeästi havaittava psykoottisuus ja itsemurha-alttius. ”Muut kuin psykoosioireet ja vaikea-asteiset mielialahäiriöt jäävät usein kiireen vuoksi vähemmälle huomiolle ja somaattisten sairauksien jalkoihin, hoidettaviksi jos on aikaa tai voimia tarttua vielä niihinkin”. Toisaalta tunnollisilla lääkäreillä on vaikeuksia arvioida, milloin hoitovalikoima on loppuun käytetty ja pitäisi tyytyä nykytilanteeseen. Taustalla saattaa olla persoonallisuushäiriöiden puutteellinen tuntemus. Toisenlaisista kulttuureista tulevien lääkäreiden kielitaidottomuus tai autoritääriäinen asenne potilaaseen on uusi ongelma. Nämä lääkärit eivät välttämättä tunnista tai pidä esimerkiksi masennusta yhtä tärkeänä sairautena kuin psykoosia.

Oireisiin ja häiriöihin tartutaan terveyskeskuksissa paremmin, jos käytettävissä on jokin muu keskustelumahdollisuutta ja tarkempaan selvittelyä tarjoava taho. Psykoterapeuttisten hoitojen tarjonta perusterveydenhuollossa on niukkaa painottuen lähinnä kriiseissä tarjottavaan keskusteluapuun. Depressiohoitajatoiminta on nuorta ja vakiintumatonta ja se toimii vain joillakin paikkakunnilla. Hoidon seurannan kulttuuri on vähäistä. Osaamisen katvealueita on myös depression tunnistamisessa pitkittyvän tai kroonisen somaattisen sairauden taustatekijänä. ”Terveyskeskuksissa eivät ainakaan kaikki osaa antaa jatkuvampaa psykoterapeuttista tukea tai sitten ole vastaanottoaikoja. Ei-kiireellisissä depressiotapauksissa ehkä ei aina uskota tarpeeksi omaan työdiagnoosiin eikä malteta ensin rauhassa tehdä hoitokokeilua yhdellä tai tarvittaessa toisellakin masennuslääkkeellä riittävästi vaan potilas lähetetään erikoissairaanhoidon, tosin toisinaan myös potilaan vaatimuksesta”.

Puutteellisuuksia on häiriöitten – etenkin varhaisessa – tunnistamisessa sekä tunnistamista helpottavien apuvälineiden, seulontamittareiden käytössä kaikissa ammattiryhmissä. Mitareita ei osata riittävästi käyttää tunnistamiseen somaattisten sairauksien hoidon yhteydessä ja määräaikaistarkastuksia tehtäessä. Pitkäaikaispotilaiden tukea antavan hoidon taidoissa ja lääkehoidon seurannassa on puutteita. Päihdehäiriöiden hoidon osaaminen tulee jatkossa olemaan hyvin keskeistä ongelmallisen käytön lisääntyessä. Psykiatristen häi-

riöiden ja päihdeongelman samanaikaisen hoidon taidot ovat varsin vähäisiä kaikilla ammattiryhmillä. Päihdepalveluiden henkilökunta taas ei riittävästi tunne psykiatrisia sairauksia eivätkä niiden lääkehoitoa ja hoidon seuranta.

Terveydenhoitajat toteuttavat parhaassa tapauksessa erittäin hyvin mielenterveys- ja päihdeongelmien seulontaa neuvoloissa, mutta löydettyjen ongelmien vaikeusastetta ei aina osata arvioida. Tunnistettujakaan häiriöitä ei välttämättä osata hoitaa kun on koulutettu työskentelemään ”terveiden parissa”. Kotisairaanhoidajien toiminnassa psykiatriaan liittyvät ennakkoluulot ja tiedon puute aiheuttavat ongelmia, jolloin somaattista sairautta hoidetaan psykiatrista sairautta huomioimatta ja puutteellisen hoidon vuoksi potilas voi joutua turvautumaan sairaalaan. Vanhuspsykiatrian osaamisen puutteet näkyvät vanhusten suuressa ja pitkäaikaisessa psyykenlääkkeiden käytössä ja psykoterapeuttisten hoitojen vähäisessä hyödyntämisessä. Psykiatristen sairauksien Käypä hoito suosituksia ei terveydenhuollon eri ammattiryhmissä tunneta riittävästi. Terveyskeskuspsykologit hoitavat usein vaikeasti sairaita ihmisiä pelkän tukea antavan keskustelun varassa ilman riittävä yhteistyötä lääkäreiden kanssa eivätkä hahmota diagnostiikan ja lääkityksen merkitystä riittävästi.

Työterveyshuollon psykiatrisen osaamisen katvealueet liittyvät erityisesti mielenterveysongelmien tunnistamiseen niiden varhaisessa vaiheessa ja tehokkaan hoidon toteuttamisen taitoihin. Tällä hetkellä työterveyshuollon osaaminen painottuu tukea antaviin keskusteluihin ja lääkehoitoon. Kognitiivisen terapian kurseja on järjestetty, mutta toiminta kattaa vain hyvin pientä osaa työterveyslääkäreitä. Osaamisen laajuudessa on kuitenkin selkeitä puutteita. Vakavampien häiriöiden tunnistaminenkaan ei välttämättä ole vielä riittävän hyvällä tasolla. On todennäköistä, että kaikilla ammattiryhmillä on puutteita sekä tiedoissa että taidoissa. Pääkaupunkiseudulla työssäkäyvien psykiatrisen hoito on toteutunut suurelta osin yksityissektorilla tai jäänyt toteutumatta. Aikapula muodostaa yhden keskeisen ongelman.

Sairaanhoidajakoulutuksen ongelmana on yhtenäisyyden puute ammattikorkeakoulujen kesken eikä kaikissa kouluissa ole välttämättä psykiatrian opetusta lainkaan. Tilanne on ydinosaamisalueiden määrittelyn pohjalta muutosvaiheessa. Muita täsmennettyjä puutteita kuin lääkkeiden annostelussa ilmeneviä taitojen puutteita ei juuri ole esitetty. Lähihoitajakoulutus saattaa olla liian pitkäkestoinen työelämän tarpeita ajatellen. Kaikkiaan 120 opintoviikon koulutuksesta 20 opintoviikkoa on yleissivistävää eikä ennen eriytyvää koulutusta ole systemaattista opetusta mielenterveydestä tai mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveyshoitajat ovat arvioineet, että lähihoitajakoulutus ei anna riittäviä valmiuksia mielenterveysalan työhön. Ammattitaitoa lisäävää opetusta tarvittaisiin enemmän. Vuorovaikutustaitojen opetusta on jo koulutusohjelmissa, mutta mielenterveyden häiriöiden tunnistamisen taidot eivät kuulu opetusohjelmaan. Niin ikään varhaisen puuttumisen taidot ovat koulutuksen jälkeen puutteellisia. Lähihoitajakoulutuksen viimeinen vuosi muodostuu eriytyvästä koulutuksesta. Jos opiskelija on hakenut mielenterveys- ja päihdetyö alalle opintoihin luonnollisesti kuuluu mielenterveys, mutta varsinaisessa lähihoitajakoulutuksessa ei tällaista opetusta ole. Työhön perehdytyksessä tulee kiinnittää huomiota työtehtäviin soveltuvan mielenterveystyön ohjaamiseen.

5.2 Peruskoulutuksen kehittäminen

Lääketieteen ja hoitoalan opiskelijoiden psykiatrian perusopetuksessa perusterveydenhuollon näkökulman tulee olla keskeisin lähtökohta. Perusterveydenhuollossa kaivataan peruskoulutukseen enemmän eräänlaista "arkipäivän" tai "ruohonjuuritason" psykiatrian opetusta. Asenteita tulisi voida muuttaa kaikissa ammattiryhmissä vähemmän holhoaviksi ja "kaikkitietäviksi". Kykyjä havaita paremmin potilaiden omia voimavaroja ja laatia hoitosuunnitelmia yhdessä potilaiden kanssa tulee edistää koulutuksessa nykyistä paremmin. Potilas on terveydenhuollon ammattilaisen yhteistyökumppani hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Suurimmat ongelmat perusterveydenhuollossa liittyvät masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitoihin, joissa potilaat pystyvät kykenevät ottamaan itse kantaa hoitomuodon valintaan ja hoitonsa toteuttamiseen. Kaikkien psykiatristen häiriöiden hoitoon liittyvän koulutuksen tulisi vastata niiden kansanterveydellistä merkitystä. Ennakkoluulojen ja stigman vähentämiseen työntekijöitten keskuudessa ei ole kiinnitetty riittävää huomiota. Toiminta- ja työkyvyn käytännön arviointitaidon opettaminen ei ole perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarpeita vastaavaa.

5.3 Täydenniskoulutuksen kehittäminen

Lääkäreiden ja perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan psykiatristen häiriöitten tunnistamisen taitojen sekä hoidon ja vuorovaikutustaitojen osaamisen tulee olla ajan tasalla, jotta järkevä hoidonpohjastus toteutuisi palvelujen kysynnän lisääntyessä. Depressiohoitajien koulutusta tulisi toteuttaa myös pioneerialueitten ulkopuolella, jolloin psykoterapeuttista tukea ja hoitoa voitaisiin tarjota yhä useammalle. Asianmukaiseen hoitoon pääsy, hoidon laatu ja tarve ohjata erikoissairaanhoidon todennäköisesti vähentyisivät. Vanhuspotilaiden masennuksen hoidon tasoa voitaisiin parantaa ohjaamalla jo olemassa olevia, toisinaan hyvinkin pitkäaikaisia hoitosuhteita palvelemaan myös mielenterveystyötä. Esimerkkiryhmänä säännöllisesti verenpainemittauksissa käyvällä potilaalla usein on luottamuksellinen hoitosuhde terveydenhoitajaan tai sairaanhoitajaan.

Perusterveydenhuollon valmiutta hoitaa mielenterveyspotilaita voitaisiin merkittävästi parantaa järjestämällä erilaisten tukea-antavien ja aikarajoitteisten psykoterapeuttisten hoitomuotojen lisäkoulutusta eri ammattiryhmille. Palvelujärjestelmää voidaan uudistaa ja uusien taitojen oppimista vahvistaa esimerkiksi lisäämällä psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatiotoimintaa tai sijoittamalla psykiatrisia erikoissairaanhoidajia terveyskeskustyöhön. Samaan tapaan voidaan rakentaa malleja paikallisesti toteutettavaan psykiatrian alan täydenniskoulutukseen, jossa tulisi korostua käytännönläheisyys ja vuorovaikutuksellisen toiminnan opetus ja ohjaus. Psykiatristen häiriöiden tunnistamista ja hoitamista koskevaa täydenniskoulutusta tulisi olla tarjolla kaikille ammattiryhmille ja sen määrän tulisi vastata häiriöiden kansanterveydellistä merkitystä.

Työterveyshuolto on toiminut perinteisesti työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan työparina. Toimintaan on tulossa mukaan myös lisääntyvästi psykologeja. Psykiatrisen hoidon lisäkoulutusta olisi mielekästä toteuttaa eri ammattiryhmien yhteisenä toimintana. Osa koulutuksesta voisi painottua enemmän lääkäreille kuten diagnostiikan ja kehittyvän lääkehoidon lisäkoulutus. Työterveyshuollon parasta osaamisaluetta on työkyvyn arviointi. Psykiatrian erikoissairaanhoidossa arvioinnin tiedoissa ja taidoissa on ollut selviä puutteita, joten työelämä näkökulman esille tuominen psykiatrien täydenniskoulutuksessa on tärkeää. Työterveyshuolto ja erikoissairaanhoido voisivat tehdä tällä alueella koulutusyh-

teistyötä, mikä edistäisi yhteisen kielen hallintaa ja työelämän yhteneväisempää hahmottamista. Käytännön yhteistyötä tulee lisätä mm. konsultointitoiminnan avulla, jolloin molemmat voisivat hyötyä toistensa osaamisesta.

Esimerkkinä mainittiin pääkaupunkiseudulla yliopiston, Kansanterveyslaitoksen ja Työterveyslaitoksen kumppanuutena kehitetty terveyskeskuksen ja työterveydenhuollon erikoislääkäriskoulutukseen psykiatria/päihde -koulutuspäivä. Toteuttaminen edellyttää asiasta kiinnostuneita erikoislääkäreitä sekä halua ja aikaa panostaa toiminnan kehittämiseen. Tällainen yhteistoiminta perusterveydenhuollon kanssa saattaisi tuoda tarvittavaa vaihtelua myös raskaan psykiatrian kanssa työtä tekeville ja siten itse asiassa edistää omassa erikoissairaanhoidon työssä jaksamista.

6 Johtopäätökset ¹

6.1 Keskeiset haasteet ja palvelujen kehittäminen

Psykiatrisen hoidon kannalta keskeisimmät haasteet liittyvät mielenterveyden häiriöitten kasvavaan taakkaan, lisääntyvään alkoholin ja huumausaineiden käyttöön sekä vanhenevaan väestöön. Kirjallisuuden perusteella on todettava, ettei hoidon piiriin tulevien määrän oleellinen lisääntyminen johda merkittävään terveysvaikutukseen, koska laajentumista seuraisi myös vähäisen hoidon tarpeen epätarkoituksenmukaista tyydyttymistä. Hoidon laadun kehittäminen on ensisijaista kun haluttaessa kohdentaa hoitoa asianmukaisesti. Tämä edellyttää hoidon porrastamista tehostavaa koulutusta, joka takaa toteutettavan hoidon valikoiman kattavuuden ja suositustenmukaisuuden. Alhainen psykiatristen sairaansijojen määrä on toteutettavissa menestyksellisesti vain olosuhteissa, joissa sairaalahoitoa voidaan käyttää joustavasti ja suunnitelmallisesti. Tämä edellyttää taitoa toteuttaa riittävä avohoito porrastuksen eri tasoilla.

Valtaosa psykiatristen häiriöiden, joita on noin viidenneksellä väestöstä, hoidosta toteutuu ja sen tulee toteutua perusterveydenhuollossa, koska häiriöt eivät aina edellytä erikoissairaanhoidon tason palveluja. Peruspalvelujen hyvä itsenäinen toiminta edellyttää asiantuntevaa ja toimivaa konsultointia, työnohjausta sekä koulutusta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon edustaa erityistason osaamista, jonka roolia tehokas porrastaminen selkiinntää. Perusterveydenhuollon lääkärin tulee voida konsultoida psykiatrista avohoitoa helposti, nopeasti ja matalalla kynnyksellä. Tämä edellyttää konsultaatiokanavien kehittämistä. Tällaisia voisivat olla ryhmä- ja yksilökonsultaatiot sekä puhelimitse, elektronisesti että asiakirjojen välityksellä. Hyvin toimivat konsultaatiokanavat ohjaavat erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntää paremmin hallittavaksi ja toisaalta konsultaation avulla voidaan varmistaa perusterveydenhuollon tasolla toteutuvan hoidon asianmukaisuutta.

Päihdehuoltopalveluiden, perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon organisaatiot saattavat olla tietämättömiä toistensa toiminnoista ja niiden perusteista. Päihdehäiriöissä terveydenhuollon vastuu ja rooli on jäänyt epäselväksi, mikä kasvattaa asenneongelmia ja lisää palvelujen epätarkoituksenmukaista kohdentumista. Päihdehäiriöitten hoito ei ole kehittynyt lisääntyneen ja komplisoituneen hoidon tarpeen edellyttämällä tavalla.

Vanhuspsykiatrian koulutuksen kehittäminen on jäänyt vaille riittävää huomiota laki- ja asetemuutosten jälkeen. Tämä tulevaisuuden osalta keskeinen psykiatrian alue on jäämässä vaille riittävää osaamista. Vaikka vanhusten kansainvälisestäkin suureen lääkkeiden käyttöön on kiinnitetty tilanteen edellyttämää huolta, on vanhusten masennus jo varsin lievänä enemmän toimintakyvyn laskua aiheuttavaa kuin muulla väestöllä. Myös erilaisista aivovammoista ja – sairauksista kärsivien potilaiden hyvä hoito edellyttää uusia taitoja kaikissa ammattiryhmissä.

Lääkehoidon piiriin kuuluvien lukumäärä on noussut huomattavasti, mutta toteutuvan lääkehoidon laatu kärsii todennäköisesti aivan samoista vaikeuksista kuin muissa maissa.

¹Tässä kuvataan kirjallisuuteen, asiantuntija-arvioihin ja raportin kirjoittajan asiantuntijuuteen perustuvat johtopäätökset.

Hoito keskeytyy usein ennenaikaisesti, lääkehoitoon ei todennäköisesti liity riittävää potilasopetusta, hoidon jatkuvuuden seuranta on puutteellista ja hoidon piirissä on todennäköisesti aivan Britannian tapaan potilaita, jotka eivät lääkettä tarvitsisi. Samanaikaisesti hoidon ulkopuolelle jää potilaita, joille lääkähoidosta olisi todennäköistä hyötyä. Rauhoittavien lääkkeitten käyttö jäänee epätarkoituksenmukaisesti usean potilaan – etenkin ahdistuneisuudesta kärsivän – ainoaksi lääkähoidoksi, jonka seuranta on vajavaista.

Psykoterapeuttisten hoitokeinojen niukkuus on keskeisesti saadun hoidon laatua heikentävä tekijä sekä terveyskeskuksissa että työterveyshuollossa. Useammassa kansainvälisissä tutkimuksissa on selvitetty aikarajoitteisten strukturoitujen psykoterapeuttisten, yksilö- tai ryhmäinterventioiden vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Interpersoonallinen depressioterapia, kognitiivinen lyhytterapia, ja ratkaisukeskeinen terapia ovat menetelmiä, joiden käytökelpoisuutta on tutkittu perusterveydenhuoltoon räätälöityinä sovelluksina. Hoidon toteuttaminen ryhmässä on kustannus-tehokasta, vaikuttaa laaja-alaisesti mielenterveyden häiriöihin ja lieventää stigmatisoitumista. Persoonallisuushäiriöihin liittyy säännönmukaisesti vuorovaikutusongelmia, jotka voivat haitata työssä jaksamista. Tietojen, taitojen ja konsultaation kehittäminen edistää rakentavaa ongelmiin puuttumista ja estää uhkaavaa uupumusta.

Psykoterapeuttisia hoitoja ei ole riittävästi tarjolla erikoissairaanhoidossakaan. Tavanomaista aikarajoittamattoman psykoterapian toteuttaminen omana toimintana ei ole julkiselle sektorille toteuttamiskelpoinen vaihtoehto. Menetelmien osaamista tulisi siten edistää myös erikoissairaanhoidossa, jotta se voi myös kouluttaa, konsultoida ja ohjata perusterveydenhuollossa toteutettavaa psykoterapiaa. Väestön tavanomaisesti ostopalveluna tai harkinnanvaraisena kuntoutuksena yksityissektorilla toteutetun erikoissairaanhoidon psykoterapiapalvelujen tarpeen arvioiminen ei ole mahdollista ennen kuin riittävä perustason psykoterapeuttinen ja -edukatiivinen hoito toteutuu.

Vaikka sairauskohtaiset Käypä hoito suositukset varmistavat tutkitun tiedon laajaa ja parempaa leviämistä kentälle, on syytä kiinnittää huomiota myös näyttöön perustuvan lääketieteen rajoituksiin. Huomattava osa tutkimuksista keskittyy seulottuihin aineistoihin, kun kliinisessä työssä monihäiriöisyys on sääntö. Perusterveyden potilaista on arviolta 25 – 50 prosenttia monisairaita, minkä vuoksi yhden sairauden hoito voi jopa vaikuttaa epäsuotuisasti toisen hoitoon. Potilailla on lisäksi rajoituksiin ja haittoihin liittyviä tarpeita, jotka saattavat vaikuttaa potilaan elämään psykopatologiaa laajemmin. Hoitosuosituksia tulee siten soveltaa paikallisesti ja yksilöllisesti sekä samalla kattaa myös muiden kuin psykoterapeuttisten tai lääkkeellisten interventioiden tarve riittävästi. Potilaalla voi olla asumiseen, toimeentuloon ja päivittäiseen toimintaan liittyviä tarpeita, joiden tyydyttämättömyys lisää terveydenhuollon palvelujen käyttöä epätarkoituksenmukaisesti. Yhteisen kielien edistäminen eri toimijoiden kesken on tämän vuoksi hyvin tärkeää, mikä rakentaisi samalla kantavia siltoja eri toimijoiden välille.

Psykiatrisesta häiriöstä kärsivän potilaan työkykyisyyden arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa puutteellisesti. Arviointi kärsii struktuurien puutteesta, vaikka asianmukaisia mittareita on käytettävissä. Psykiatrisen potilaan toimintakyvyn ja työkyvyn arvioinnin koulutus jää erikoislääkärikoulutuksessa seminaariopetuksen varaan, josta itse arviointi ja sen perusteet eivät jäsenny erikoistuvalla lääkärille riittävästi. Tältä osin yhteistyö työterveyshuollon kanssa on varsin satunnaista. Erilaisten kuntoutusvaihtoehtojen tai alan lainsäädännön tuntemuskaan ei ole riittävää (esimerkiksi ammatillinen kuntoutus, sopeutumisvalmennus).

6.2 Psykoterapia

Psykoterapiakoulutuksen työryhmä ehdotti psykoterapeuttikoulutuksen järjestämiseksi kaksitasoisena koulutuksena, jossa ensimmäinen vaihe takaisi psykoterapeuttipätevyyden ja toinen psykoterapeuttikouluttajan pätevyyden. Lisäksi työryhmä esitti psykoterapeuttisten valmiuksien koulutusta ja psykoterapiakoulutuksille määritetyt koulutusvaatimukset. Koulutus esitettiin järjestettäväksi korkeakoulujärjestelmässä vuodesta 2007 alkaen. Tätä raporttia laadittaessa asia on tulossa eduskuntakäsittelyyn. Koulutuksen uudistamiseen asti noudetaan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen nykyistä käytäntöä. Työryhmä esitti Sosiaali- ja terveysministeriön perustettavaksi Psykoterapeuttikoulutuksen asiantuntijaryhmä, jonka tehtävänä on arvioida psykoterapiakoulutusten pätevyyskysymyksiä.

Psykoterapiaa koskevan työnjaon periaatteet linjattiin sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa 1996:11. Kunnallisen terveydenhuollon vastuualueeksi määriteltiin kriisi- ja lyhytterapia, psykoosien kuntoutus ja muut tarkoituksenmukaiset psykoterapiat. Erikoissairaanhoidon tehtäväksi katsottiin kuitenkin vain pitkäkestoisen psykoterapian rahoitus- ja järjestämisvastuu. Kunnallisen terveydenhuollon vastuu ei käytännössä toteudu Suomessa ja toisaalta erikoissairaanhoidon tulisi myös osata työnohjata ja toteuttaa aikarajoitteisia hoitomenetelmiä. Psykoterapiaa toteutetaan tällä hetkellä laajemmin vain lääkäreiden sairausvakuutuskorvausten sekä Kansaneläkelaitoksen harkinnanvaraisten kuntoutusvarojen turvin. Eräissä yksiköissä on toisaalta perustettu arviointiin keskittyviä psykoterapiapoliklinikoita, koulutettu henkilökuntaa psykoterapeuttiseen hoitoon ja toteutettu myös vähäisessä määrin pitkäkestoista psykoterapiaa vaikeiden häiriöiden hoidossa.

Julkisen sektorin psykoterapeuttisten hoitojen kehittäminen edellyttää ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen panostusta myös täydennyskoulutukseen. Julkisen psykoterapeuttisessa koulutuksessa on painotettava tutkimusnäyttöön perustuvia aikarajoitteisia hoitomenetelmiä, joiden kattavalla koulutuksella voidaan huomioida riittävästi julkisen terveydenhuollon erityistarpeita. Lisäksi psykoterapiakoulutuksissa on taattava riittävä hyvän hoitosuhteen luomisen taitojen osaaminen, koska psykoterapeuttisen hoidon tulos riippuu pääasiallisesti hyvästä hoitosuhteesta. Kaikissa psykoterapiakoulutuksissa on näin ollen kiinnitettävä riittävä huomio psykoterapian yleisiin vaikuttaviin tekijöihin. Psykoterapian toteutuminen lähes yksinomaan yksityisellä sektorilla ja kohtuullisessa määrin vain tietyissä kaupungeissa on ajankohtaisena ongelma. Koulutusta on syytä toteuttaa yhteiskunnan kustannuksella, jotta voidaan varmistaa taitojen kattavuus ja palvelujen saatavuus eri puolilla maata. Psykoterapian ei tule toteutua pääasiallisesti yksityissektorilla kuntoutusmenetelmänä, koska julkisella sektorilla on vastuu kokonaishoidosta, kuntoutuksesta sekä niiden tulosten seurannasta ja arvioinnista.

6.3 Stigma

Asiantuntijakannanotoissa näkyi myös stigman osuus hoidon toteutumisen esteenä. Stigman on todettu olevan yksi keskeinen syy myös sille, ettei psykiatrisesta häiriöstä kärsivä hae hoitoa. Leimautuminen vaikuttaa oleellisesti myös potilaan saaman hoidon laatuun. Tämä on suuri ongelma etenkin päihde- ja – persoonallisuushäiriöissä, jotka ovat kuitenkin väestössä varsin tavallisia. Stigmatisoivat asenteet perustuvat ensisijassa valistumattomuuteen, taidottomuuteen ja kokemuksen puutteeseen. Oireistoon ja sairauteen, jota ei ymmärretä, osata jäsentää ja hoitaa, ei puututa riittävän ajoissa tai lainkaan. Vaikeita asi-

oita voidaan käytännössä käsitellä suhteellisen lyhyelläkin ajalla. Kuulluksi tuleminen saattaa olla sinänsä potilaan kuormittumista lievittävä. Psykiatrian kliinisessä opetuksessa yksittäisten potilaiden tutkimiseen käytetään runsaasti aikaa kuten erikoissairaanhoidossa yleensä. Opiskelijoille tuskin välittyy kuvaa siitä, miten psykiatrinen potilas kohdataan perusterveydenhuollossa ja mitä kaikkea tässä yhteydessä on käytännössä tehtävissä.

6.4 Ennaltaehkäisy

Maailmanpankin raportin ennusteen ja työkyvyttömyystilanteen kehittymisen valossa hoidon voimavarat eivät tule riittämään väestön mielenterveyden kehityksen haasteisiin vastaamiseen. Ennaltaehkäisyn opetus ei tullut selkeästi esille asiantuntijakommenteissa, mikä todennäköisimmin heijastaa ehkäisynäkökulman laiminlyömistä. Euroopan Unionin mielenterveyden ”Vihreä Kirja” painottaa ennaltaehkäisyn ja mielenterveyden edistämisen keskeisyyttä ja listaa tehokkaiksi koettuja menetelmiä, joita on eri maissa toteutetuissa projekteissa sovellettu. Vaikka esimerkiksi työstressin ehkäisystä ja varhaisesta puuttumisesta on tutkittua tietoa, ei tiedon soveltaminen käytäntöön ole kuitenkaan tavallista.

7 Toimenpide-ehdotukset

7.1 Erikoislääkärikoulutus ja hoitajien perusopinnot

Perusterveydenhuollon näkökulma kansanterveydellisesti merkittävien häiriöitten hoidossa tulee huomioida jo lääkärin perusopetuksessa. Yleislääketieteen, työterveyshuollon ja psykiatrian opetusta tulee integroida yhteisesti toteutettavan opetuksen avulla. Lääketieteenopiskelijoiden tulisi voida kohdata perusterveydenhuollon mielenterveyspotilaita jo perusopintojensa yhteydessä. Työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäritutkintoon tulee lisätä pakollista psykiatrian palvelua 3-6 kuukauden (kolme jos muun erikoisalan kliinistä palvelua edellytetään yksi vuosi ja kuusi jos edellytetään kaksi vuotta) ajaksi. Koulutus toteutettaisiin ensisijassa avohoito palveluna. Psykiatrian teoreettista kurssimuotoista opetusta, tulee edellyttää pakollisena 20 tuntia. Vanhuspsykiatrisen osaamisen turvaamiseksi tulee vanhuspsykiatria kehittää itsenäiseksi lääketieteen erikoisalaksi, koska riittävää psykiatrista osaamista ei voida oppia pikaisesti erityiskoulutuksilla. Erikoisairaanhoidolla tulee lisäksi olla porrastumisen toteutumiseksi riittävä valmius tarjota perustasoa erikoistuneempaa palvelua. Korkeatasoinen vanhuspsykiatria edellyttää hyvää yleispsykiatrian osaamista, iäkkäille tyypillisten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja hoidon hallintaa ja niiden oirekuvien erityispiirteiden osaamista sekä lääkehoidon, erityisesti psykofarmakologian kliinistä osaamista. Lisäksi tulee tuntea psykososiaalisten hoitomuotojen ja psykoterapian soveltaminen iäkkäille, millä osaamisalueella on lisääntyvää tarpeeseen perustuvaa kysyntää niin yksilöhoitojen kuin pari- ja perheterapeuttisten sovelusten osaamisessa. Vanhuspsykiatria on konsultatiivisesti orientoitunut työalue, jossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa korostuu potilaiden monisairastavuuden ja usein samanaikaisten hoivan tarpeiden pohjalta.

Vanhuspsykiatrian erikoislääkäritutkinnossa tulee olla kattava 2-3 vuotta kestävä yleispsykiatrisen osuus ja 1-2 vuotta kestävä vanhuspsykiatrian palvelu. Yliopistotason opettamisen tason varmistaminen saattaa edellyttää ulkomailta hankittavaa opetusta, koska maassa on vanhuspsykiatrian suppean erikoislääkäritutkinnon suorittaneita enää varsin pieni joukko (n. 20 kun ajankohtainen tarve on arviolta nelinkertainen). Kotimaassa voitaisiin järjestää seminaariopetusta, jossa olisi mukana ulkomaisia alan huippuluennonjoita, ja järjestämällä koulutuksellisia vierailuja ulkomaisissa klinikoissa. Runkokoulutusvaiheessa tulisi edellyttää somaattisen lääketieteen palvelua terveyskeskuksessa, sisätaudeilla tai geriatrialla vähintään vuoden ajalta. Somaattisista sairauksista (sisätaudit, neurologia ja geriatria) tulisi järjestää myös teoreettista kurssimuotoista opetusta, jonka osuus olisi viidennes erikoislääkärin tutkintoon edellytettävästä opetuksesta.

Sairaanhoitajien perusopetuksen käytännönläheisyyttä voidaan edistää ostamalla koulutuspalvelua vähintään viiden tunnin osalta kliinisestä psykiatrian toimintayksiköstä kokeneelta hoitajalta. Lääketieteellisen psykiatrisen opetuksen, jossa käsitellään psykiatriaa ensisijaisesti kansanterveydellisesti merkittävien häiriöitten ja perusterveydenhuollon näkökulmasta, vähimmäismäärän tulee olla valtakunnallisesti 10 tuntia. Sairaanhoitajakoulutukseen tulee kuulua vähintään neljän viikon käytännön psykiatrisen harjoittelujakso. Lähihoitajakoulutuksen yleiseen jaksoon tulee lisätä kaikille mielenterveystyön opetusta 10 – 20 tuntia ja tähän liittyvä käytännön neljän viikon käytännön mielenterveystyön harjoittelujakso.

7.2 Täydennyskoulutus

Tarvittavan täydennyskoulutuksen tulee olla työnantajaorganisaation vastuulla. Koulutuksen kehittämisen tulee toteutua erikoislääkäriyhdistysten, hoitajien tavanomaisen täydennyskoulutuksen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen toimintana ja yhteistyönä. Täydennyskoulutuksessa tulisi hyödyntää lisääntyvästi uutta teknologiaa esim. ottamalla käyttöön nyt esimerkiksi säteilysuojakurssilla käytettyä verkko-opettamisen mallia. Perusterveydenhuollon psykoterapeuttiset hoitomuodot, päihdehäiriöt ja vanhusten mielen-terveys tulee ottaa täydennyskoulutusten painoalueiksi. Erikoissairaanhoidossa tulisi nimetä perusterveydenhuollon psykiatrisesta täydennyskoulutuksesta vastaava henkilö, joka laatisi koulutusohjelmia yhteistyössä perusterveydenhuollon täydennys- ja toimipaikka-koulutuksista vastaavien henkilöiden kanssa.

Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon konsultatiivista yhteistoimintaa tulee kehittää integroimalla koulutusta sen keskeiseksi osaksi. Kummallakin osapuolella on annettavaa tällaisessa kehityksessä toiselle ja koulutusta voitaisiin toteuttaa myös eri ammattiryhmille yhteisesti. Konsultatiivisessa yhteistyössä tulee painottaa toiminta- ja työkyvyn arviointitaitojen kehittämistä. Arviointitaitojen opetuksen määrää tulee lisätä myös psykiatrian erikoislääkäreitten koulutuksessa kehittämällä yhteistyötä työterveyshuollon ja työterveyslaitosten kanssa.

Eri toimintasektoreiden välistä yhteistä kieltä ja yhteistyötaitoja voidaan edistää kohdentamalla asiakohtaista yhteistä opetusta eri ammattiryhmille peruspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi Nottinghamissa Englannissa on toteutettu lääketieteellistä perusopetusta hyvällä menestyksellä lääketieteen, sairaanhoidon ja muille terveydenhuoltoalan opiskelijaryhmille yhteisesti tietyillä opintojaksoilla. Psykoterapeuttisen koulutuksen toteuttaminen eri ammattiryhmille yhteisesti voisi edistää yhteistyötä.

Täydennyskoulutusta on syytä suunnata myös asenteiden muokkaamiseen, joskin osaamisen lisääminen sinällään lieventää kielteisiä ja vähätteleviä asenteita. Työnohjaus ja konsultaatio ovat tässä käytännön työvälineitä. Terveydenhuollossa tulee lisätä tietämystä stigmasta ja sen vaikutuksista alan ammattilaisten näkemyksiin. Mielenterveysongelmaiset ja psyykkisesti vajaakuntoiset kohtaavat muiden taholta pelokasta, torjuvaa ja ennakkoluuloista suhtautumista, jonka taustalla on usein psyykkistä sairastamista koskevia väärinkäsityksiä. Leimautumista voidaan vähentää lisäämällä tietoa.

Muista kulttuureista ja kielialueilta saapuvien lääkärin kielitaitoon tulee kiinnittää huomiota, sillä kieli on hyvin keskeinen työväline mielen-terveyspalveluissa. Maahanmuuttajan kotimaassa on psykiatrian opetus saattanut olla vähäistä tai laitoshoidon periaatteita painottavaa. Lisäksi kulttuurisidonnaiset sukupuoliroolit saattavat haitata konsultaatiolanteita ja esimerkiksi estää neuvon kysymistä esimieheltä, joka on nainen.

7.2.1 Psykoterapia

Kansanterveydellisesti merkittävien sairauksien psykoterapeuttista hoitoa tulee kehittää lisäämällä koulutusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarpeisiin, koska harkinnanvarainen psykoterapiakuntoutus kohdistuu tällä hetkellä ja todennäköisimmin tulevaisuudessa vain varsin pienelle joukolle. Aikarajoitteiset (intervention kesto 8 – 16 käyntiä) ja strukturoidut psykoterapeuttiset menetelmät kuten interpersonallinen depres-

sioterapia, kognitiivinen terapia, ratkaisukeskeinen psykoterapia ja psykodynaaminen lyhytterapia ovat tutkitusti tehokkaita hoitoja. Erikoissairaanhoidon toimisi perusterveydenhuollon psykoterapian ohjaajana ja konsulttina. Psykoterapeuttikoulutuksen käynnistäminen osana julkista koulutusjärjestelmää luo myös perustan laajemmalle terveydenhuollon henkilöstön psykoterapeuttisen osaamisen kehittämiseksi.

Julkisen sektorin kattava psykoterapeuttinen hoito edellyttää julkisesti järjestettävää koulutusta. Opetusministeriön psykoterapiakoulutuksen työryhmässä on painotettu ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen vastuuta psykoterapeuttikoulutuksen järjestämisessä sekä mielenterveyden perusteiden tuntemusta tukevaa ja psykoterapeuttisia valmiuksia antavan koulutuksen järjestämisessä aiempaa laajemmin sosiaali- ja terveysalan perus- ja täydennyskoulutuksessa. Hyödyntämällä tehokkaasti työntekijöiden psykoterapeuttisten taitojen osaamista voidaan varmistaa työntekijöitten työsuhteen houkuttelevuutta ja jatkuvuutta. Osa työajasta voitaisiin suunnata erityistaitoihin. Erikoissairaanhoidon hoitajille kohdistettu oma koulutusmoduuli lisäisi menetelmien käyttöönottovalmiuksia.

Perusterveydenhuollon psykoterapeuttinen koulutus olisi syytä kohdistaa valittuihin lääkäreihin, terveyskeskuspsykologeihin ja sairaanhoitajiin. Hoitoa toteutettaisiin näiden henkilöiden erityisosaamisena joko yksilöittäin tai ryhmissä. Kansalaisten on tutkimustiedon valossa yleensä helppo hyväksyä psykoterapeuttinen hoito, jolloin hoidon piirissä pysyminen ja hoitomyöntyvyys toteutuisivat laadukkaasti. Psykoterapeuttisten hoitojen opetusta tulee olla jo peruskoulutuksen aikana, koska valmiuksien opettaminen on täydennyskoulutuksessa muussa tapauksessa vaikeampaa. Terveystoimintajille tulisi suunnata mielenterveyden ensiapukursseja, jolloin voitaisiin edistää varhaista puuttumista kehityksessä oleviin ongelmiin ja häiriöihin.

7.2.2 Uudet hoitomallit

Perusterveydenhuolto hyötyisi merkittävästi depressiohoitajamallin laajasta käyttöön otosta. Mallia on kokeiltu Vantaan sateenvarjoprojektissa, jossa saatua kokemusta voitaisiin hyödyntää koulutuksissa. Tätä voidaan edistää sekä kouluttamalla perusterveydenhuollon sairaanhoitajia tai siirtämällä erikoissairaanhoidon lähemmäksi peruspalveluja. Mikäli depressiohoitaja olisi perusterveydenhuollon työntekijä, menestyksellinen soveltaminen edellyttää jatkuvaa konsultaatioyhteyttä erikoissairaanhoidon kanssa. Eurooppalaisessa ODIN-projektissa testattiin ratkaisukeskeistä ja psykoedukatiivista, ryhmissä toteutettavaa, erikoissairaanhoidon vetämää depressiokoulua, joka voisi olla myös yksi peruspalveluissa eri ammattiryhmien toimintana sovellettava malli.

Masennuksen ja ahdistuksen hoitoon vihkiytynyt sairaanhoitaja voisi antaa informaatiota ja tukea ryhmissä sekä toteuttaa palveluohjantaa. Aikaisin toteutettu osaava hoito säästäisi todennäköisimmin kustannuksia, koska toimintakyvyn lasku rajautuisi lyhyemmäksi aikaisemmalla interventiolla. Uusien hoitomenetelmien riittävä soveltaminen voidaan varmistaa vain kattavalla koulutuksella.

7.3 Vanhusten psykiatriset palvelut

Vanhuspsykiatrian täydennyskoulutuksen tulee kattaa kaikki ammattiryhmät. Sairaanhoidopiirien tai terveyskeskusten erikoissairaanhoidon nimeäisi vanhuspsykiatrisen koulutuksen vastuuhenkilön, jonka tehtävänä on laatia integroitu vanhuspsykiatrian koulutus kattamaan erikoissairaanhoidon, terveyskeskukset ja asiaankuuluvat sosiaalipalvelut. Koulutustoiminnan tukena käytetään alan yhdistysten osaamista (Suomen Psykiatriyhdistys ja Psykogeriatrinen yhdistys). Oulun ja Tampereen yliopistoissa järjestettävä vanhuspsykiatrian kahden vuoden lisäkoulutusmalli tulee laajentaa kaikki lääketieteelliset tiedekunnat kattavaksi koulutusmalliksi, jotta riittävä koulutus voitaisiin organisoida mahdollisimman nopeasti ja kattavasti. Koulutusta olisi aiheellista laajentaa kattamaan myös yleislääketieteen erikoislääkärit tai vaihtoehtoisesti luoda täydennyskoulutusvaihtoehdoksi oma ”vanhuspsykiatrian peruskurssi”.

Suuri osa vanhusten mielenterveyden häiriöistä kohdataan peruspalveluissa, minkä vuoksi jo kaikkien ammattiryhmien perusopetuksessa tulee olla riittävästi opetusta vanhusten psykiatrisen hoidon erityispiirteistä, Psykiatriaan erikoistuville tulee taata riittävä koulutuksen aikainen seminaariopetus. Vanhuspsykiatrian koulutusta olisi syytä järjestää myös yhteisenä, lääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, vanhainkotien henkilöstö, fysio-, puhe- ja toimintaterapeutit kattavana ”vanhusten mielenterveys” – koulutuksena.

7.4 Päihdehäiriöt ja kuntoutus

Eri toimintaorganisaatioiden edustajien säännöllinen, paikallinen yhteistyö on hyvin tärkeää palveluja kehitettäessä. Joillakin alueilla saattaa olla yhteistyöelimiä eri organisaatioille tai säännöllistä konsultaatiota, mutta ongelmat eivät rajaudu ammattiryhmiin. Opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen työryhmä suunnittelee parhailaan päihdeiden käytön ehkäisyä ja päihdehäiriöitten koulutuksen kehittämistä. Päihdehäiriöitten hoitamisen osaamista tulee lisätä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa. Päihdehäiriöt tulee ottaa alueellisten ammattikorkeakoulujen, erikoislääkäreiden täydennyskoulutuksen, lääkäripäivien ja yliopistojen täydennyskoulutusten painoalueeksi. Alkoholi, huumausaineet ja muut psykoaktiiviset aineet ovat usein mielenterveysongelmiin johtavia riskitekijöitä tai mielenterveysongelmien seurauksia. Huumausaineiden käytön ja alkoholin ongelmallisen käytön ehkäisyyn tulee kuulua myös perusterveydenhuollon toiminnan painopisteisiin. Päihdehuollon henkilökunnalle tulee suunnata koulutusta päihdehäiriöitten somaattisesta ja psykiatrisesta oheissairastamisesta.

Kuntoutuksen kattavaa ja laadukasta toteutumista edistetään kouluttamalla eri toimintasektoreiden henkilöstöä (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuolto ja yksityisten kuntoutuskotien henkilökunta) henkilöstöä yhteisesti. Tällä hetkellä palvelukenttä ei ole riittävästi kenenkään hallussa, jolloin oikeaa ihmistä ei välttämättä saada oikeaan paikkaan oikeaan aikaan. Yhteisen valtakunnallisen kurssimuotoisen koulutuksen ja paikallisen seminaariopetuksen avulla eri toimijat tulisivat paremmin tietoisiksi toistensa tarjoamista palveluista. Eri toimintasektoreiden tulee suunnitella yhteistoiminnassa kyseeseen tulevien työnantajaorganisaatioiden tuella toteutettavaa koulutusta.

7.5 Ennaltaehkäisy

Perusterveydenhuollon vastuualueena on myös mielenterveyden häiriöiden ennalta ehkäisevä toiminta. Neuvoloissa tehostettu synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisen kehittäminen on eräissä EU-maissa todettu menestykselliseksi strategiaksi. Äideille saadaan apua ohjaamalla heitä asianmukaiseen hoitoon. Äidin tilasta huolehtiminen takaa myös vastasyntyneelle paremman kehitysympäristön. Äiti-vauva – ryhmiä onkin jo kehitetty mm. Porvoon sairaanhoitoalueella. Masennuksen seulominen olisi tärkeää jo raskausvaiheessa, sillä se näyttäisi olevan varsin tavallisia (runsaalla 10 %:lla). Myös vanhemmuustaitojen opettamisessa on positiivisia kokemuksia. Kouluissa toteutettavaan terveydenhuoltoon on muualla integroitu menestyksellisesti mielenterveyden häiriöiden tunnistamista ja kohdennettua psykososiaalista tukea. Etenkin terveydenhoitajia ja koulupsykologeja tulisi kouluttaa toteuttamaan ennalta ehkäisevää työtä.

Kuormituksen varhainen tunnistaminen työpaikoilla on lisäksi tehokas keino ehkäistä tilanteen kehittymistä vaikeaksi masennukseksi. Työterveyshuollossa tulee lisätä kaikkien ammattiryhmien mielenterveyden häiriöiden varhaisen tunnistamisen ja ehkäisyn koulutusta. Psykoterapeuttinen tuki, kognitiivis-behavioraaliset interventiot, psykoedukaatio ja liikunta on todettu tutkimuksissa vaikuttaviksi menetelmiksi depression ehkäisyssä.

Taulu 1. Toimenpide-ehdotukset

Ammattiryhmä	Toimenpiteet
Lähihoitajat	Koulutuksen yleiseen jaksoon mielenterveystyön opetusta 10 – 20 tuntia Käytännön harjoittelujakso 4 viikkoa
Sairaanhoitajat	Kokeneen, kliinistä työtä tekevän psykiatrian erikoissairaanhoitajan antama luento-opetus, 5 tuntia Lääketieteellinen psykiatrinen opetus 10 tuntia Käytännön harjoittelujakso psykiatrialla 4 viikkoa Depressiohoitajakoulutusohjelma ammattikorkeakoulujen lisäkoulutusmoduuliksi
Lääketieteen lisensiaatin tutkinto	Psykiatrian opetuksessa on huomioitava riittävästi perusterveydenhuollon näkökulma yleislääketieteen oppiaineen kanssa yhteisesti toteutettavan opetuksen avulla
Terveyskeskus- ja työterveyslääkärit	Erikoislääkärikoulutukseen pakollinen 3 – 6 kuukauden psykiatrian palvelujakso Psykiatrian alan teoreettista kurssimuotoista opetusta edellytettävä 20 tuntia
Sairaanhoitajat, psykologit, lääkärit, psykiatrian erikoislääkärit ja erikoissairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät	Aikarajoitteiset psykoterapeuttiset hoidot täydennyskoulutusten ohjelmiksi
Sairaanhoitajat, psykologit, lääkärit, psykiatrian erikoislääkärit ja erikoissairaanhoitajat	Päihdehäiriöiden ja niihin liittyvien mielenterveysongelmien tunnistamis- ja interventiokoulutus
Psykiatriaan erikoistuvat ja erikoislääkärit	Vanhuspsykiatrian erikoislääkärikoulutus
Psykiatriaan erikoistuvat ja erikoislääkärit, psykologit	Työ- ja toimintakyvyn arviointikoulutus
Vanhainkotien ja terveyskeskusten henkilökunta	Vanhusten psykiatristen häiriöitten tunnistamiskoulutusta
Perusterveydenhuollon ja psykiatrian rajapinta	Koulutusta ja konsultointia integroiva yhteistoiminta
Perusterveydenhuolto (terveyskeskus, neuvolat, työterveyshuolto, koulut)	Ennalta ehkäisevien menetelmien käyttökoulutus
Sairaanhoitajat, psykologit, lääkärit, psykiatrian erikoislääkärit ja erikoissairaanhoitajat	Julkisesti ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa järjestettävä psykoterapiakoulutus
Päihdehuollon hoitohenkilökunta	Koulutusta päihdehäiriöitten oheissairastamisesta

Psykerapiakoulutus	
Ammattiryhmä	
Terveydenhuollon henkilöstö	Psykerapeuttikoulutus osana julkista koulutusjärjestelmää: perusta laajemmalle psykerapeuttisen osaamisen kehittämiseksi
Terveyskeskukset ja työterveyshuolto: lääkärit, sairaanhoitajat ja psykologit	Täydennyskoulutus: aikarajoitteiset, perusterveydenhuoltoon soveltuvat menetelmät 6 kk kursseina ryhmätyönohjauksen tuella
Erikoissairaanhoito: psykiatrit, psykologit, erikoissairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät	Täydennyskoulutus: aikarajoitteiset menetelmät 6 kk kursseina ryhmätyönohjauksen tuella

8 Yhteenveto

Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittänyt työryhmä totesi uusien toimintamallien kehittämisen sekä mielenterveyden, mielenterveystyön ja psykiatrian opintojen riittävyyden varmistamisen hyvin tärkeäksi. Tämän projektin tavoitteena oli laatia ehdotus niistä perus-, jatko-, täydennys-, lisä- ja erikoistumiskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä joiden avulla erityisesti peruspalveluissa ja mielenterveystyössä työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista voidaan parantaa.

Psykiatrisen hoidon kannalta keskeisimmät haasteet liittyvät masennuksen kasvavaan taakkaan, lisääntyvään alkoholin ja huumausaineiden käyttöön ja vanhenevaan väestöön. Hoidon piiriin tulevien määrän oleellinen lisääntyminen johda merkittävään terveysvaikutukseen, koska laajentumista seuraisi myös vähäisen hoidon tarpeen tyydyttyneisyyden epätarkoituksenmukaista kasvua. Hoidon laadun kehittäminen on ensisijaista haluttaessa kohdentaa hoitoa asianmukaisesti. Tämä edellyttää hoidon porrastamista tehostavaa koulutusta, joka takaa toteutettavan hoidon valikoiman kattavuuden ja suositustenmukaisuuden. Alhainen psykiatristen sairaansijojen määrä on toteutettavissa menestyksellisesti vain olosuhteissa, joissa perusterveydenhuollossa on kattavaa osaamista, työnjako hoitojärjestelmän eri tasoilla on selkeä ja toimiva, ja jossa sairaalahoitoa voidaan käyttää joustavasti ja suunnitelmallisesti. Tämä edellyttää hoidon porrastamista ja saumattomien hoitoketjujen toteuttamista tehostavaa koulutusta.

Perusterveydenhuollon erikoislääkärikoulutukseen tulee lisätä pakolliseksi 20 tuntia psykiatrian teoreettista kurssimuotoista opetusta. Lisäksi erikoislääkäritutkintoon pitää liittää pakollista psykiatrian palvelua vähintään 3-6 kuukautta. Koulutus toteutettaisiin ensisijassa avohoitopalveluna. Käytännön vähintään neljän viikon psykiatrisen harjoittelujakson tulisi kuulua osaksi sairaanhoitajakoulutusta. Lähihoitajakoulutuksen eriytyvää koulutusta edeltävään jaksoon tulisi kuulua mielenterveystyön opetusta ja alaan liittyvä käytännön harjoittelujakso.

Vanhuspsykiatrian koulutuksen kehittäminen on jäänyt puutteelliseksi laki- ja asetusmuutosten jälkeen. Tämä tulevaisuuden osalta keskeinen psykiatrian alue on jäämässä vaille riittävää osaamista. Vanhuspsykiatrisen osaamisen turvaamiseksi tulee vanhuspsykiatria kehittää itsenäiseksi lääketieteen erikoisalaksi. Vanhuspsykiatrian täydennyskoulutuksen tulee kattaa kaikki ammattiryhmät.

Tarvittavan täydennyskoulutuksen tulee olla työnantajaorganisaation vastuulla. Koulutuksen kehittämisen tulee toteutua erikoislääkäriyhdistysten, hoitajien tavanomaisen täydennyskoulutuksen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen yhteistyönä. Täydennyskoulutuksessa tulisi hyödyntää lisääntyvästi uutta teknologiaa esim. ottamalla käyttöön nyt esimerkiksi säteilysuojakurssilla käytettyä verkko-opettamisen mallia.

Perusterveydenhuollon psykoterapeuttiset hoitomuodot tulee ottaa täydennyskoulutusten painoalueeksi. Psykoterapeuttisten hoitojen niukkuus on keskeisesti hoidon laatua heikentävä tekijä sekä terveyskeskuksissa että työterveyshuollossa. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu aikarajoitteiset, perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisiksi räätälöidyt, strukturoidut psykoterapeuttiset yksilö- tai ryhmäinterventiot vaikuttaviksi ja tehokkaiksi hoidoiksi (interpersoonallinen depressioterapia, kognitiivinen lyhytterapia, ja ratkaisukeskeinen terapia). Etenkin hoidon toteuttaminen ryhmässä on kustannus-

tehokasta, vaikuttaa laaja-alaisesti mielenterveyden häiriöihin ja lieventää stigmatisoitumista. Psykoterapeuttikoulutuksen käynnistäminen osana julkista koulutusjärjestelmää luo myös perustan laajemmalle terveydenhuollon henkilöstön psykoterapeuttisen osaamisen kehittämiselle.

Asiantuntijakannanotoissa näkyi myös stigman osuus hoidon toteutumisen esteenä. Stigman on todettu tutkimuksissa olevan yksi keskeinen syy myös sille, ettei psykiatrisesta häiriöstä kärsivä hae hoitoa. Leimautuminen vaikuttaa oleellisesti potilaan saaman hoidon laatuun. Tämä on suuri ongelma etenkin päihde- ja – persoonallisuushäiriöissä, jotka ovat kuitenkin väestössä varsin tavallisia. Stigmatisoivat asenteet perustuvat ensisijassa valistumattomuuteen, taidottomuuteen ja kokemuksen puutteeseen.

Maailmanpankin raportin ennusteen ja työkyvyttömyystilanteen kehittymisen valossa hoidon voimavarat eivät tule riittämään väestön mielenterveyden kehityksen haasteisiin. Ennaltaehkäisyn opetus ei tullut selkeästi esille asiantuntijakommenteissa, mikä todennäköisimmin heijastaa ehkäisynäkökulman laiminlyömistä. Euroopan Unionin mielenterveyden ”Vihreä Kirja” painottaa ennaltaehkäisyn ja mielenterveyden edistämisen keskeisyyttä ja listaa tehokkaiksi koettuja menetelmiä, joita on eri maissa toteutetuissa projekteissa sovellettu.

Psykiatrisesta häiriöstä kärsivän potilaan työkykyisyyden arviointi toteutuu erikoissairaanhoidossa puutteellisesti. Arviointi kärsii struktuurien puutteesta, vaikka mm. asianmukaisia Suomenkielisiä mittareita on käytettävissä. Psykiatrisen potilaan toimintakyvyn ja työkyvyn arvioinnin koulutus jää erikoislääkärinkoulutuksessa seminaariopetuksen varaan, josta arviointi ja sen perusteet eivät jäsenny erikoistuvalla lääkärille. Tältä osin yhteistyö työterveyshuollon kanssa on varsin satunnaista.

Päihdepotilaiden hoito ei toteudu riittävän integroidusti ja etenkin kaksois- tai kolmoisdiagnoosipotilaiden (päihdehäiriö, samanaikainen psykiatrinen häiriö ja somaattinen sairaus) hoitotarpeisiin ei saada riittävää vastetta. Päihdehäiriöitten hoitamisen osaamista tulee lisätä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Päihdehäiriöt tulee ottaa alueellisten ammattikorkeakoulujen, erikoislääkärien täydennyskoulutuksen, lääkäripäivien ja yliopistojen täydennyskoulutusten painoalueeksi.

Perusterveydenhuolto hyötyisi merkittävästi depressiohoitajamallin laajasta soveltamisesta. Masennuksen ja ahdistuksen hoitoon vihkiytynyt sairaanhoitaja voisi antaa informaatiota ja tukea ryhmissä sekä tarjota palveluohjantaa. Täydennyskoulutusta on syytä suunnata myös asenteiden muokkaamiseen, joskin osaamisen lisääminen lieventää kielteisiä ja vähätteleviä asenteita. Perusterveydenhuollon vastuualueena on myös toteuttaa mielenterveyden häiriöiden ennalta ehkäisevää toimintaa. Euroopan Unionin hankkeissa on kuvattu menestyksellisiä ennaltaehkäisyn strategioita, joiden osaamista ja kattavuutta tulee laajentaa.

Kirjallisuutta

- Alonso J, ym. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; 420:55-64.
- Alonso J, ym. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;420:38-46.
- Arpino, C, Da Cas, R, Donini, G et al. Use and misuse of antidepressant drugs in a random sample of the population of Rome, Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92: 7-9.
- Bebbington P, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Ceresa C, Farrell M, Lewis G. Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15:108-14.
- Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N, Melzer D, Jenkins R, Lewis G, Farrell M, Bhugra D, Lee A, Meltzer H. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *Br J Psychiatry.* 2004;185:378-84.
- European Network on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. Implementing Mental Health Promotion Action (IMHPA). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. European Communities, 2006.
- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S & Golding J on behalf of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 323: 257-260
http://www.imhpa.net/fileadmin/imhpa/Country_stories/FINAL.pdf
- Isometsa ET, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1869-72.
- Järvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, eds. Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. *Social security and health reports.* Kela 2005:66.
- Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki
- Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J Psychosom Res* 1997;42:157-66.
- Korkeila J, Joukamaa M, Ostamo A, Salokangas RKR. Missä Psykiatrit ovat? *Psychiatria Fennica* 2003, suppl.

- Korkeila J, Tuori T. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Kirjassa: Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Toim. Viialainen R, Lehto J. Jyväskylä, Gummerus, STM & Stakes: Raportteja 1996:192.
- Korkeila J. Julkiset mielenterveyspalvelut - luottamus kriisissä? Stakes: Aiheita 1996; 17.
- Korkeila J. Measuring aspects of mental health. Stakes: Themes 6/2000.
- Korkeila J. Perspectives on the public psychiatric services in Finland - Evaluating the deinstitutionalisation process. Akateeminen opinnäytetyö, Stakes Research Reports 1998; 93.
- Lauber C, Nordt C, Falcató L, Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J.* 2004;40:265-74.
- Libiger J. Depression is frequent in primary care. *WPA Bulletin on depression.* 2005; 10: 3-6.
- Lin, E, Goering, PN, Lesage, A et al. Epidemiological assessment of over-met need in mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32: 355-362.
- Mäki P (2003) Parental separation at birth and maternal depressed mood in pregnancy - associations with schizophrenia and criminality in the offspring. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 740* (Available online: <http://herkules oulu.fi/isbn9514270800>)
- Melartin TK, Rytölä HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:220-7
- Murray, CJL, Lopez, AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
- Nenonen M, Tuori T, Pelanteri S, Kautiainen H. Psykiatrian erikoisalan kolme vuosikymmentä 1970-1999 Rakennemuutos laitoshoidon hoitoilmoitustietojen valossa. *Suom Lääkäril* 2001; 33: 3227 – 3233.
- Opetusministeriö. Psykoterapiakoulutustyöryhmän muistio. OPM työryhmämuistioita ja selvityksiä 2003:6.
- Pirkola S, Lönnqvist J ja mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Kirjassa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset.
- Salminen JK. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys. 2004;59:4745-48.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Psykoterapiaa koskevan työnjaon periaatteet. Työryhmämuistio 1996:11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 2004:5.
- Stakes (1999): Stakesin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen) perhe-suunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Viisainen K (Ed.) (1999) Seulo-
lontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Jyväskylä: Sta-
kes oppaita 34. Stakes, the National Research and Development Centre for Wel-
fare and Health, guides 34. On website via www.stakes.fi
- Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2005.
- Tuori T, Kiikkala I, Lehtinen V. Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-
luvulla. Suom Lääkäril 2000;44:4533 - 4538,
- Vaez M, Rylander G, Nygren A, Asberg M, Alexanderson K. Employees long-term sick-
ness listed due to psychiatric diagnoses: a prospective cohort study in Sweden
with regard to sick leave and disability pension over three years. Eur J Public
Health 2005;15: 63-63 Suppl. 1.
- van Veel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet
2006;367:550-551.
- Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, Kruijshaar M, Corry J, Andrews G. The burden of ma-
jor depression avoidable by long-term treatment strategies. Arch Gen Psychiatry
2004;61:1097-1103.
- WHO. World Health Organization. International Classifications of Impairments, Disabili-
ties and Handicaps. WHO, Geneva, 1980.
- Wing JK, Brewin CR; Thornicroft G. Defining mental health needs. Kirjassa: Measuring
mental health needs. Toim. Thornicroft G, Brewin CR, Wing JK. Dorchester:
Gaskell, 1992.

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006.
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006.
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset.
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän periaatteet. Alueellisista ratkaisuista kansalliseen kokonaisuuteen.
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seurantatutkimus 2002-2004.
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset. Toim. Airi Palosaari ja Olli Saarsalmi.
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)
- 12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)

- 2006: 13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta.
ISBN 952-00-1988-X (nid.)
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)
- 14 Hallituksen tasa-arvo-ohjelman (2004-2007) seurantaraportti. Maaliskuu 2006. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1960-X (PDF)
- 15 Ehdotus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon talousarvioehdotuksen rakenteen ja selvitysosien sisällön uudistamiseksi.
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä. Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Syyskuu 2005.
ISBN 952-00-2002-0 (nid.)
ISBN 952-00-2003-9 (PDF)
- 17 Perhepäivähoidon kehittämishaasteita. Toim. Sanna Parrila.
ISBN 952-00-2008-X (nid.)
ISBN 952-00-2009-8 (PDF)
- 18 Terveydenhuollon varautumiskoulutuksen haasteita. Selvitys häiriötilanteiden ja poikkeusolojen koulutuksesta ammattikorkeakouluissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa.
ISBN 952-00-1962-6 (nid.)
ISBN 952-00-1963-4 (PDF)
- 19 Alkoholiot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990-2005.
ISBN 952-00-2010-1 (nid.)
ISBN 952-00-2011-X (PDF)
- 20 Alkoholiförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990-2005.
ISBN 952-00-2012-8 (inh.)
ISBN 952-00-2013-6 (PDF)
- 21 Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990-2005.
ISBN 952-00-2014-4 (print.)
ISBN 952-00-2015-2 (PDF)
- 22 Carita Lahti, Sini Jämsén, Saara Tarumo. Samapalkkaisuuteen palkkausjärjestelmämuudistuksin. Työn vaativuuden ja henkilön pätevyyden arviointi Suomessa.
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto.
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit.
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio.
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005.
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)
ISBN 952-00-2042-X (PDF)

- 2006: 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri.
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)
- 28 Valtakunnallisen työtaturmaohjelman arviointi.
ISBN 952-00-2045-4 (nid.)
ISBN 952-00-2046-2 (PDF)
- 29 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Lasse Pere, Tomi Lintonen, Matti Rimpelä. Use of Tobacco Products, Alcohol Use and Exposure to Drugs in 1977-2005.
ISBN 952-00-2047-0
ISBN 952-00-2048-9 (PDF)
- 30 Sirkka-Liisa Kivelä. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 952-00-2068-3 (nid.)
ISBN 952-00-2069-1 (PDF)
- 31 Lapsiperheiden toimeentuloedellytysten kehittäminen. Koordinaatioryhmän yhteenvetoraportti.
ISBN 952-00-2070-5 (nid.)
ISBN 952-00-2071-3 (PDF)
- 32 Jyrki Korkeila. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-2072-1 (PDF)