

Työnjakoa ja työnrasitusta

**mielenterveyspalveluissa selvittäneen
työryhmän muistio**



KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 1.4.2004	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittelevä työryhmä Puheenjohtaja: Sakari Lankinen Varapuheenjohtaja: Riitta Viitala Sihteeri: Irma Kiikkala		Julkaisun laji Selvitys	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä Huhtikuun 11. päivä 2003	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa (Arbetsfördelning och arbetsbelastning inom mentalvårdsservicen)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Työnjakokysymykset, työrasitus ja työn vetovoimaisuus kytkeytyvät mielenterveyspalveluissa toinen toisiinsa. Tehdyn selvitystyön perusteella näissä asioissa ilmenevät pulmat ja puutteet ovat yhteydessä 1990 -luvun yhteiskunnallisten muutosten aiheuttamaan väestön henkiseen pahoinvointiin ja palveluiden suurentuneeseen kysyntään, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamiseen, lainsäädännöllisen perustan muutoksiin ja palveluiden hajautumiseen monien eri toimijoiden vastuulle. Uudessa tilanteessa ei ole kyetty luomaan toimintaa selkiyttäviä ja toimivia työnjako- ja yhteistyömalleja. Seurauksena on ollut kohtuuton työrasitus ja erityisesti psykiatrien siirtyminen pois julkishallinnon tehtävistä. Työrasitusta lisää ja työn vetovoimaisuutta heikentää se, ettei mielenterveyspalveluiden nykyisillä resursseilla, tehtävillä ja osaamisella ole mahdollista vastata ajankohtaisiin vaatimuksiin. Työryhmä esittää työnjaon parantamiseksi alueellisten yhteistoimintamallien kehittämistä, parannuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon väliseen yhteistyöhön ja työnjakoon, mielenterveyspalveluiden ja sitä laajemman mielenterveystyön yhteensovittamista ja uusien toimintamallien kehittämistä. Työrasituksen lievittämiseksi ehdotetaan resurssien tarkistusta ja toimintatapojen selkiyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa, osaamisen varmistusta, joustavan toimintakulttuurin luomista ja yhteiskuntapoliittista keskustelua. Mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden lisäämiseksi esitetään imagon parantamista, johtamisen, työn sisällön ja resurssoinnin kehittämistä sekä opetuksen uudistamista. Työnjaon kehittäminen, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden lisäämiseen tähtäävät toimenpiteet edellyttävät konkreettisia toimenpiteitä paikallisella, seudullisella ja sairaanhoitopiiri-kohtaisella tasolla. Parannusten aikaansaamiseksi valtiovallan ja läänien tulee tukea sairaanhoitopiiri-kohtaisia mielenterveystyön hankkeita, joissa kehitetään, kokeillaan ja tutkitaan ehdotettuja uudistuksia ja luodaan uusia toimintamalleja.			
Avainsanat: (asiasanat) mallit, mielenterveyspalvelut, työnjako, uudistukset, yhteistoiminta			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1510-8
Kokonaissivumäärä 84	Kieli suomi	Hinta 14,04 €	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisumyynti, PL 536,33101 Tampere, puh: (03) 260 8158 ja 260 8535, fax (03) 260 8150 sähköposti:julkaisumyynti@stm.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 1.4.2004	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen som utreder arbetsfördelning och arbetsbelastning inom mentalvårdsservicen Ordförande: Sakari Lankinen Vice ordförande: Riitta Viitala Sekreterare: Irma Kiikkala		Typ av publikation Arbetsgruppspromemoria	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättandet av organet 11 april 2003	
Publikation (även den finska titeln) Arbetsgruppspromemoria om utredning av arbetsfördelning och arbetsbelastning inom mentalvårdsservicen (Työnjakoja ja työarastusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio)			
Publikationens delar			
Referat Arbetsfördelningsfrågor, arbetsbelastning och arbetets dragningskraft hänger ihop med varandra inom mentalvårdsservicen. Enligt utredningen har problem med och brister i dessa frågor samband med det psykiska illamående bland befolkningen och den ökade efterfrågan på servicen som orsakades av samhälleliga förändringar på 1990-talet, med reformen av social- och hälsovårdens strukturer, med ändringarna i lagstiftningsunderlaget samt med att ansvaret för tjänsterna varit utspritt på flera aktörer. I den nya situationen har man inte lyckats skapa väl fungerande arbetsfördelnings- och samarbetsmodeller som skulle skapa klarhet på verksamheten. Detta har medfört oskälig arbetsbelastning och flytt i synnerhet av psykiatrer från den offentliga sektorn. Arbetsbelastningen ökar och arbetets dragningskraft minskar på grund av att det inte är möjligt att bemöta aktuella krav med de nuvarande resurser och uppgifter och den nuvarande kompetens som finns inom mentalvårdsservicen. Arbetsgruppen föreslår att regionala samarbetsmodeller utvecklas för att förbättra arbetsfördelningen, att samarbetet och arbetsfördelningen mellan social- och hälsovården och den specialiserade psykiatriska sjukvården förbättras, att mentalvårdsservicen och det mer omfattande mentalvårdsarbetet koordineras och att nya verksamhetsmodeller utvecklas. För att minska arbetsbelastningen föreslår arbetsgruppen att resurserna granskas och verksamheten inom social- och hälsovårdens basservice och den specialiserade psykiatriska sjukvårdens öppenvård klarläggs, kompetensen säkerställs, en flexibel verksamhetskultur bildas och samhällspolitisk debatt skapas. För att stärka dragningskraften av arbetet inom mentalvården föreslås det att imagen förbättras, ledningen, arbetets innehåll och resursallokeringen utvecklas samt utbildningen reformeras. Utvecklandet av arbetsfördelningen, minskandet av arbetsbelastningen och åtgärder för att öka dragningskraften av arbetet inom mentalvården förutsätter konkreta åtgärder på det lokala och regionala planet samt på sjukvårdsdistriktsnivån. För att åstadkomma förbättringar bör staten och länen stödja sådana projekt inom mentalvårdsarbetet i sjukvårdsdistrikten som syftar till att utveckla, experimentera med och studera de föreslagna reformerna samt att skapa nya verksamhetsmodeller.			
Nyckelord arbetsfördelning, mentalvårdsservice, modeller, reform, samarbete			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2004:5		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1510-8
Sidoantal 84	Språk finska	Pris 14,04 €	Sekretessgrad offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535, fax (03) 260 8150 e-post: julkaisumyynti@stm.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 1 March 2004	
Authors Working Group studying the division of labour and work stress in mental health services Chairman: Sakari Lankinen Vice chair: Riitta Viitala Secretary: Irma Kiikkala		Type of publication Memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 11 April 2003	
Title of publication Memorandum of the Working Group studying the labour division and work stress in mental health services			
Parts of publication			
Summary <p>In mental health services, issues related to labour division, stress at work and work attraction are interlinked. Based on the present study, problems and defects encountered in this respect are linked with the psychological ill-health among population and the increased demand for services caused by the societal changes in the 1990s, the structural reform of social and health care services, changes in the legislative basis and the fact that the responsibility for services is scattered between various actors. In the new situation the actors have not been able to agree on workable models for labour division and co-operation clarifying the operations. The consequence has been unreasonable work stress and, in particular, that a large number of psychiatrists have left the public sector. Stress at work is increased and the attraction of work in mental health services is weakened because it is not possible to meet the demands of today by the present resources allocated to mental health services and the present posts and know-how.</p> <p>With a view to improving the division of labour the Working Group proposes development of specific co-operation models, improvements in the labour division between social welfare and health care, co-ordination of specialised psychiatric care and mental health work on a larger scale, and development of new patterns of action. Work stress should be relieved by adjusting the resources and clarifying patterns of action within primary social and health care services and outpatient specialised psychiatric care, securing knowledge and skills, creating a flexible operational culture and by launching societal discussion about the issue. In order to increase the attraction of mental health work the Working Group proposes that its image should be improved, its leadership, content of work and allocation of resources developed, and education in the field reformed.</p> <p>Actions to develop the division of labour, to relieve work stress and to increase the attraction of work in mental health services presuppose concrete measures at the local, sub-regional and hospital district levels. The state and provinces must support mental health work projects carried out in individual hospital districts that aim at developing, experimenting with and studying the proposed reforms and creating new patterns of action.</p>			
Key words co-operation, labour division, mental health services, models, reforms			
Other information www.stm.fi			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:5		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-1480-2
Number of pages 84	Language Finnish	Price 14.04 €	Publicity Public
Distributor/Orders Publications sale of the Ministry, P.O. Box 536, 33101 Tampere, tel. +358 3 260 8535 and +358 3 260 8158		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällys

1.	Johdanto	11
2.	Lähtökohtia mielenterveyspalveluiden kehittämiseen	13
2.1	Yhteiskunnalliset muutokset ja hyvinvointipalveluiden rakenteelliset uudistukset – mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin vaikuttavia tekijöitä	13
2.2	Mielenterveyspalveluita ohjaava lainsäädäntö	16
2.3	Mielenterveyspalveluita ohjaavat suositukset ja linjaukset	21
3.	Mielenterveyspalveluiden nykytilanne	24
3.1	Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin	24
3.2	Taloudellista niukkuutta	27
3.3	Palveluiden kysyntä kasvussa	28
3.3.1	Mielenterveyden häiriöissä ei määrällisiä muutoksia	28
3.3.2	Henkinen pahoinvointi kasvussa	29
3.4	Henkilöstö – muutoksia ja osaamisen vajetta	31
4.	Selvityksen toteutus	33
5.	Työnjako mielenterveyspalveluissa	35
5.1	Työnjaon tarkastelua	35
5.2	Työnjaon kehittämisen kriittiset pisteet mielenterveyspalveluissa:	39
5.3	Ehdotukset työnjaon kehittämiseksi mielenterveyspalveluissa:	40
6.	Työrasitus ja jaksaminen mielenterveyspalveluissa	44
6.1	Työrasituksen ja työssä jaksamisen tarkastelua	44
6.2	Työrasituksen lievittämisen ja työssä jaksamisen edistämisen kannalta kriittiset pisteet mielenterveyspalveluissa:	49
6.3	Ehdotukset työrasituksen lievittämiseksi ja työhyvinvoinnin lisäämiseksi mielenterveyspalveluissa:	50
7.	Työvoimasta ja mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuudesta	52
7.1	Henkilöstötarpeen ja vetovoimaisuuden tarkastelua	52
7.2	Vetovoimaisuuden lisäämisen kriittiset pisteet mielenterveyspalveluissa	58
7.3	Ehdotukset vetovoimaisuuden lisäämiseksi	59
8.	Päätelmät	62
Kirjallisuus	64
Liitteet	71
Liite 1.	Työryhmän asettamisasiakirja ja toimeksiannon perustelu	71
Liite 2.	Kokousten aikataulu ja asiat	75
Liite 3.	4.11. tilaisuuden ohjelma	76
Liite 4.	Kannanottoopyyntö aiheesta Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa	77

I. Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään työnjakoa ja työ-
rasitusta mielenterveyspalveluissa. Tehtävänä oli laatia ehdotukset siitä, miten
mielenterveyspalveluiden, erityisesti avohoidon, eri toimijoiden tehtäväkenttä
ja työnjako tulisi määritellä, jotta eri toimijoiden ja ammattiryhmien välinen
työnjako olisi tarkoituksenmukainen ja työkuormituksen kannalta kohtuullinen.
Lisäksi tehtävänä oli laatia ehdotus siitä, mitä muita toimia mielenterveys-
palveluiden henkilöstöpulan torjumiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan. Työryh-
män perustamisen liikkeelle panevana sysäyksenä oli Suomen Psykiatriyhdis-
tyksen julkaisu Missä psykiatrit ovat? Siihen viitataan työryhmän perusteluissa
ja työryhmän jäsenet tutustuivat siihen työnsä lähtökohdaksi (Työryhmän aset-
tamisasiakirja ja perusteluteksti, Liite 1.).

Aluksi työryhmä täsmensi omaa tehtävänsä. Mielenterveystyön käsitteis-
tön monivivahteisuus todettiin ja sovittiin, että pitäydytään ensisijaisesti toi-
meksiannon mukaisesti mielenterveyspalveluissa, joilla tarkoitetaan mielenter-
veyslain mukaan “lääketieteellisin perustein arvioitavaa sairauden tai häiriön
vuoksi annettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua” (Mielenterveyslaki
1990, 1§). “lääketieteellisin perustein arvioitavaa sairauden tai häiriön vuoksi
annettavaa palvelua” (Mielenterveyslaki 1990, 1§). Käsiteltävä toiminta sisäl-
tää työn luonteen vuoksi erilaiset yhteistoiminta-alueet ja eri ammattiryhmien
ja organisaatioiden välisen yhteistyön. Toiseksi peruseriaatteeksi sovittiin, että
ehdotukset laaditaan ensisijaisesti ja realistisesti olemassa olevien resurssien
pohjalta ja että resurssilisäykset otetaan esiin ainoastaan niiltä osin, kuin ne
ovat tarkoituksenmukaisten ehdotusten kannalta välttämättömät. Kolmanneksi
todettiin, että työnjakokysymykset, työrasitus ja työn vetovoimaisuus kietou-
tavat asioina toinen toiseensa, joten ratkaisu johonkin näistä toimeksiannon
eri alueiden kysymyksistä on yhtaikaa vastaus toimeksiannon muihinkin on-
gelmiin. Tästä tietoisena eri teemoja käsiteltiin kuitenkin erikseen ja käsittelyn
tulokset ryhmitellään toimeksiannon mukaisesti.

Työryhmän toiminta jäsenyi siten, että aluksi perehdyttiin mielenterveys-
palveluiden lähtökohtiin eli toimintaympäristöön, lainsäädäntöön ja informaatio-
ohjauksen aikaisiin ehdotuksiin ja suosituksiin. Niistä tunnistettiin työryh-
män työhön vaikuttavia yksityiskohtia. Seuraavaksi hahmoteltiin yhteinen kä-
sitys mielenterveyspalveluiden nykytilanteesta ja suunniteltiin annetun tehtä-
vän toteutus. Työnjakoa, työrasitusta ja työn vetovoimaisuutta lähestytään rap-
portissa siten, että aluksi esitetään aiheen tarkastelua työryhmän tuotosten ja
kerätyn aineiston pohjalta, sen jälkeen nimetään kehittämisen keskeiset kriitti-
set pisteet ja esitetään ehdotukset puutteiden korjaamiseksi. Monet tämän tehtä-
vän kannalta keskeiset asiat, kuten työnjakokysymykset, henkilöstön saata-
vuus ja henkilöstöpulan torjuminen, hoidon saatavuus ja jonojen hallinta, työssä
jaksamisen tutkimus- ja kehittämisohjelma sekä vetoa työelämään -ohjelma
ovat käsittelyssä sosiaali- ja terveydenhuollon ja työministeriön kansallisissa
kehittämissankkeissa. Työskentelyssä tavoiteltiin järkevää koordinoitumista
näihin muihin meneillään oleviin prosesseihin, joten raportissa esitetään ni-
menomaan mielenterveyspalveluiden kannalta kriittisesti merkittävät ja kes-

keiset asiat. Niiden toteutuminen parantaa myös toimialueen sellaisia pulmia, jotka eivät tule tässä yhteydessä erikseen mainittua.

Työryhmä sai pyydettyjen kannanottojen ja kuulemis- ja keskustelutilaisuuden avulla käyttöönsä runsaan ja valaisevan aineiston, joka avasi ajattelua ja vaikutti oleellisesti tehtyjen ehdotusten sisältöön. Eri näkökulmista annetut kannanotot sisältävät ehdotusten lisäksi vahvan viestin siitä, että henkilöstöllä on vilpitöntä halua ja potentiaalista kykyä julkisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen. Asiakkaiden ja potilaiden näkemyksiä saatiin työryhmän käyttöön sekä kansalaisjärjestöjen puheenvuoroissa että kannanotoissa. Rakentava kritiikki muistutti työryhmää erityisesti asiakas- ja potilaslähtöisyydestä. Joitakin pyydettyissä kannanotoissa esiintyneitä ajatuksia käytetään raportissa sellaisenaan ilmaisemaan esitettyä asiaa. Suorat lainaukset esitetään kursiivilla kirjoitettuna ja sitaateissa, lähdeviitteeksi mainitaan kannanotot.

Monet tässä raportissa tehdyt ehdotukset ovat yhdensuuntaisia jo aikaisemmin esitettyjen ajatusten ja ehdotusten kanssa. Tässä vaiheessa työryhmä pitää mielenterveyspalveluiden kokonaisvaltaista kehittämistä välttämättömänä: tarvitaan tehostettuja toimia, joissa valtio, kunnat, ammatti- ja kansalaisjärjestöt, seurakunnat sekä yksityiset palveluiden tuottajat käynnistävät yhteisvoimin laajasta perustasta nousevien ehdotusten linjaaman kehityksen liikkeelle.

2. Lähtökohtia mielenterveyspalveluiden kehittämiseen

Mielenterveys on inhimillinen voimavara, johon yksilökohtaisten tekijöiden ja kokemusten lisäksi vaikuttaa koko sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutusten kokonaisuus, yhteiskunnan rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot (Lavikainen ym. 2001, ks. myös WHO 2001, Jenkins ym. 2002). Näissä ihmisten mielenterveyteen vaikuttavissa ulkoisissa tekijöissä on tapahtunut nopeita muutoksia etenkin 1980-luvun loppupuolen jälkeen. Lisäksi hyvinvointipalveluita on muutettu suunnitellusti, osin suunnittelematta ja hallitsemattomasti. Lainsäädäntöä on uudistettu, informaatio-ohjaukseen kuuluvia toimenpide-ehdotuksia on tehty ja laatusuosituksia on annettu. Laajat valtakunnalliset hankkeet ovat tuottaneet toimintamalleja ja antaneet suuntaviivoja palveluiden kehittämisen tueksi. Viime vuosikymmenen monet rajut muutokset ja taloudellinen lama jähmettivät kuitenkin mielenterveyspalveluiden tarkoituksenmukaisen kehittämisen. On jouduttu tilanteeseen, joka ilmenee esimerkiksi julkisten palveluiden niukkuutena ja psykiatripulana, koko palveluvalikoiman hajanaisuutena, henkilöstön uupumisena, epätarkoituksenmukaisina työnjakoina ja alalle hakeutumisen lievänä hiipumisena.

Monien tutkijoiden mukaan muutokset ovat tuoneet tullessaan positiivisten seikkojen ohella henkistä pahoinvointia ja julkisten palveluiden rapautumista (esim. Bardy 2001, Julkunen 2001), joten työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittävän työryhmän työn lähtökohdaksi tarkastellaan 1) mielenterveyspalveluiden toimintaympäristöä: yhteiskunnallisia muutoksia ja hyvinvointipalveluiden rakenteiden uudistusta, 2) mielenterveyspalveluiden lainsäädännöllistä perustaa ja 3) informaatio-ohjauksena annettuja suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia.

2.1 Yhteiskunnalliset muutokset ja hyvinvointipalveluiden rakenteelliset uudistukset – mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin vaikuttavia tekijöitä

Suomea kehitettiin 1960-luvulta alkaen aktiivisesti ja määrätietoisesti hyvinvointivaltioksi. Vasta 1980-luvun loppupuolella käynnistyi kriittinen keskustelu, jonka mukaan hyvinvointivaltion kehitys merkitsi julkisen vallan liiallista kasvua, kansalaisten tasapäistämistä ja aseman heikkenemistä sekä ihmisten itsemääräämisoikeuden kaventumista (Andersson 1993, Hautamäki 1993, Julkunen 2001, 2002). Hyvinvointivaltion kehittämisen rinnalle nousi kritiikin

myötä hankkeita, joiden tavoitteena oli vahvistaa hyvinvointipalveluiden asiakkaiden asemaa ja oikeuksia. Lainsäädännöllisten uudistusten (Luku 2.2) lisäksi yhteiskunnan rakenteita alettiin muokata uuteen muotoon. Käynnistyi siirtyminen globaaliin talouteen ja vapaisiin markkinoihin sekä integroituminen Euroopan Unioniin ja rahaliittoon. Julkisiin rakenteisiin ja toimiin alettiin kohdistaa rajoituksia ja säästöjä sekä soveltaa markkinatalouden periaatteita, kuten yksityistämistä, kilpailutusta, ulkoistamista ja tulosjohtamista. Yhteiskunnan yleinen arvomaailma alkoi muuttua. Ihmisten kunnioittamisen, ihmisarvon, yhdenvertaisuuden, oikeudenmukaisuuden, solidaarisuuden ja turvallisuuden periaatteiden rinnalle alkoi kehittyä uusi arvomaailma, jossa korostettiin kannustavuutta, taloudellista kannattavuutta, ihmisen omaa vastuuta, velvollisuuksia, mahdollisuuksia ja riskinottoa (Niiniluoto 1993, Anttonen & Sipilä 2000, Julkunen 2001, 2003). Jaari (2004) toteaaakin juuri valmistuneessa työelämän arvoja, elämänhallintaa ja itsetuntoa käsittelevässä seurantatutkimuksessaan, että työelämän arvot ovat koventuneet ja miehistyneet. Yksilöllisyys, kilpailuhenkisyys ja jatkuva suorittaminen ovat osin syrjäyttäneet perinteiset arvot, kuten ahkeruuden, sisukkuuden, vaatimattomuuden, rehellisyyden ja turvallisuuden. Jaari päättelee, että arvojen koventuminen ilmenee esimerkiksi työelämän ja perhe-elämän yhteensovittamisen vaikeutena ja suurena avioerojen määränä.

Hyvinvointivaltion julkisten rakenteiden hiljalleen etenevän rapautumisen, arvojen uudenlaisen painotuksen ja markkinoistumisen ohella alkoi kehitys, joka on merkinnyt ihmisten välistä eriarvoisuutta, pitkäaikaistyöttömyyttä, syrjäytymistä, köyhyyttä ja enenevää päihteiden käyttöä. Erilaisten hankerahastojen kautta kulkevien rahoitusten myötä on siirrytty pysyväistoimintojen ohella toimintojen uudistamiseen ja innovaatioiden etsimiseen projektirahoitusten avulla. Myönteisten uudistusten ohella yhteiskuntaan on saatu uusi joukko projekteissa toimivia pätkätyöläisiä ja muita epävarmoissa oloissa työskenteleviä henkilöitä, jotka uupuvat epävarmuuteen ja muutosten hektisyyteen. Ekonomisoituneessa yhteiskunnassa jäseniltä edellytetään tehokkuutta, tuottavuutta ja kilpailukykyisyyttä, joten on selvää, että yhteiskunnan rakenteiden muuttuttua yhä useampi jää syrjäytymisvaaraan ja syrjäytyy. Aktivointi, yrittäjyys tai riskinotto ei paranna ihmisen elämää silloin, kun olosuhteet ja elannon hankkimisen rakenteet ovat täysin entisestä poikkeavat (Jallinoja 1993, Heinonen 1999, Helne 2002, Kantola 2002, Julkunen 2001, 2002).

Yhteiskunnallisten suhteiden ja rakenteiden sekä kansallinen että kansainvälinen uudelleenmuotoilu ja markkinoistuminen tuli 1990-luvun alkupuolella laman myötä ja laman varjolla uuteen vaiheeseen. Julkisen hallinnon supistukset tulivat perustelluiksi säästökohteiksi: sosiaaliturvaa ohennettiin, mielenterveyspalveluita, vanhustenhuoltoa, vammaisten tarvitsemaa hoitoa, päihdepalveluita ja päivähoitoa supistettiin (Korkeila & Tuori 1996, Lehto & Kokko 1996). Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehty rakenteiden uudistus kariutui ja hahmotellun asiakas- ja potilaslähtöisen toiminnan kehitys jäi kesken. Resurssileikkauksia kohdistettiin huono-osaisten ihmisten hoivaan ja huolenpitoon samaan aikaan, kun teknologian kehittymistä ja akuuttia sairaanhoitoa tuettiin. Vastuu huono-osaisten ihmisten auttamisesta siirtyi yhä enemmän ja enemmän kansalaisten omalle vastuulle sekä kansalaisjärjestöjen ja kirkon vastuulle. Lisäksi apua tarvitsevien sairaiden ja huonosti pärjäävien ihmisten omaisia alettiin kutsua omaishoitajiksi, jotka "otettiin mukaan" yhteiskunnan palvelui-

ta tuottavaan koneistoon (Hautamäki 1993, Anttonen & Sipilä 2000, Julkunen 2001, 2002, 2003, Helne 2002).

Mielenterveyspalveluiden lähihistoriallinen rakenneuudistus on osa hyvinvointivaltion ja hyvinvointipalveluiden uudelleenmuotoilua. Se käynnistyi tehtyjen suunnitelmien mukaisesti jo 1980-luvulla (Mielenterveystyön komitean...1984). Koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva rakenteiden uudistus päätös tehtiin hieman myöhemmin 1990-luvun alussa vaiheessa, jolloin hyvinvointivaltio eli laajenemisensa viimeisiä hetkiä ja rahapula oli jo ovella (Lehto & Kokko 1996, Leppo 1996). Hyvinvointipalveluiden tuottamiseen suunnattu valtion rahoitus kanavoitiin uudella tavalla. Sitä supistettiin ja päättäntävalta siirrettiin kunnille (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 1992). Keskushallinnon aikaisempi pitäytyminen lainvalmisteluun, raha-, normi- ja säädösohjaukseen sai rinnalleen informaatio-ohjauksen ja kehittämishankkeet (Virtanen 2000, Temmes 2003). Mielenterveyspalveluiden suunnitelmallinen laitosvaltaisuuden purkaminen jäi säästämisen ja karsimisen jalkoihin: sairaansijoja vähennettiin osin hallitsemattomasti samalla, kun suunnitellut avohoitopalvelut ja peruspalveluiden mielenterveystyö jäivät suurelta osin kehittämättä (Lehtinen & Taipale 2000). Vastuun ja rakenteiden uusi järjestys loi pohjan yksityisten palveluiden kehittymiselle ja samalla palveluiden hajautumiselle.

Työttömyys, köyhyys, työelämän tiukentuneet vaatimukset, yhteiskunnan nopea muuttuminen ja arvojen koveneminen sekä markkinatalouden ankarat lainalaisuudet ilmenevät kansalaisten elämässä monenlaisina pulmina ja mielenterveyttä heikentävänä pahoinvointina. Mielenterveyspalveluiden henkilöstöltä odotetaan ratkaisuja, mutta mahdollisuudet vastata näihin ajankohtaisiin haasteisiin ovat varsin rajalliset. Kansalaisten elämänlaadun parantamiseksi tarvitaan ennen kaikkea yhteiskuntapoliittisia ratkaisuja (Taipale 1996, Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003). Paikallisella tasolla tarvitaan tiivistä synergiaetuja tuottavaa yhteistyötä poliitikkojen ja kuntalaisten välille, eri hallinnonalojen välille ja eri toimijoiden välille, niin, että kulttuuri saadaan kehittymään kaikkia ihmisiä arvostavaksi ja että hyvinvointipalvelut ja markkinatalous saadaan hedelmällisellä tavalla tasapainoon (Rakenteista sisältöön...2002, Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003).

Suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtuneet tarkoitetut yhteiskuntapoliittiset uudistukset ja niiden ennakoimattomat seuraukset ilmenevät arvojen koventumisena, markkinatalouden mekanismien vahvistumisena, julkisten hyvinvointipalveluiden kritiikkinä ja psykiatristen sairaalapalveluiden supistamisena, julkisissa palveluissa toteutettuna säästämisenä, yksityisten palveluiden lisääntymisenä, kansalaisten köyhtymisenä, pitkäaikaistyöttömyytenä sekä kasvavana uudenaikaisena henkisenä pahoinvointina. Muutokset ovat olleet rajuja ja ne ovat koetelleet yhteiskuntaa ja sen palvelujärjestelmiä laajasti. Mielenterveyspalveluihin on alkanut ohjautua uudessa tilanteessa kysyntää, johon ei ole valmiuksia vastata.

2.2 Mielen­terveys­palveluita ohjaava lainsäädäntö

Mielen­terveys­palveluita ohjaavia säädöksiä on monissa eri laeissa, joita on myös uusittu viime vuosikymmenen aikana. Lakien uudistuksissa välittyy luvussa 2.1. esitetty yhteiskunnan rakenteellinen ja aatteellinen uudelleen­muotoilu. Seuraavassa esitetään lyhyesti mielen­terveys­palveluita ohjaava lainsäädännöllinen perusta.

Kunnat järjestäjiä, kuntalaiset vaikuttajia

Suomen perustuslain (Suomen perustuslaki 2000, 121§) mukaan kunnat ovat itsehallinnollisia yksiköitä, jotka pyrkivät ”edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan”. Kuntalaki täsmentää tehtävät kunnan itse itselleen ottamiksi tehtäviksi ja laeissa säädetyiksi tehtäviksi. Kunnissa tulee pitää huolta kunnan asukkaiden ja palvelujen käyttäjien mahdollisuuksista osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan (Kuntalaki 1995, 2§, 27§). Sosiaali- ja terveys­palvelut kuuluvat kunnan lakisääteisiin tehtäviin (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 1992). Kunta voi huolehtia niistä itse, yhdessä muiden kuntien kanssa tai hankkimalla palvelut muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta (4§). Palveluiden ohjaus toteutetaan nelivuotiskausiksi laadittujen tavoite- ja toimintaohjelmien avulla. Niissä asetetaan toiminnalle tavoitteet, esitetään toimenpiteet, suositukset ja ohjeet. Voimavara-asetuksen mukaan kunnat saavat valtionavustusta erikseen kehittämishankkeisiin ja erikseen perustamishankkeisiin (6§).

Keskeiset käsitteet:

Mielen­terveystyö, mielen­terveys­palvelut, psykiatrisen erikoissairaanhoidon

Kansanterveyslain (1972) mukaan kunnan tehtävänä on pitää huolta kansanterveystyöstä, johon sisältyy muun ohella mielen­terveys­palvelut. ”Ottaen huomioon, mitä mielen­terveys­laissa on säädetty, kansanterveystyössä järjestetään kunnan asukkaiden tarvitsemat sellaiset mielen­terveys­palvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa (2a§)”. Viittaus mielen­terveys­lakiin ja termi mielen­terveys­palvelut merkitsevät ”lääketieteellisin perustein arvioitavaa sairauden tai häiriön vuoksi annettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua” (Mielen­terveys­laki 1990, 1§).

Mielen­terveys­laki (1990) määrittelee mielen­terveystyön laajaksi toiminnaksi, jonka suppeampi osa-alue on mielen­terveys­palvelut. Mielen­terveystyö on ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielen­terveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielen­terveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielen­terveyshäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut” eli mielen­terveys­palvelut (1§). Laajasti

ymmärrettävään mielenterveystyöhön kuuluu “väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä” (1§). Siirryttäessä määrittämään kuntatason mielenterveystyötä, mielenterveyslaissa käytetään sanaa mielenterveyspalvelut. Kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten, kuin kansanterveyslaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten, kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään. Osa mielenterveyspalveluista on erikoissairaanhoidon tehtävää, joten sairaanhoitopiiri huolehtii psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta osana muuta erikoissairaanhoidoa.

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen: kansanterveystyön, sosiaalihuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon muodostama toiminnallinen kokonaisuus, yhteistoimintavelvoitteet

Mielenterveyspalvelut tulee järjestää kunnassa sellaisena, kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyslaissa edellytetään, että terveyskeskusten, sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntainliittojen kanssa huolehditaan siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 1990, 5§). Mielenterveyslain uudistuksen yhteydessä täsmennettiin sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminnallista kokonaisuutta ja korostettiin erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon merkitystä mielenterveyspalveluissa. “Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään palvelu- ja tukiasumiseen siten, kuin siitä on erikseen säädetty” (Perusteltuja rajoituksia vai... 2001). Mielenterveystyössä on asianomaisen lain perusteella sekä lääketieteellisin perustein järjestettäviä mielenterveyspalveluita, sosiaalihuollon järjestämiä mielenterveyspalveluita että muuta mielenterveystyötä, joka kuuluu “asukkaiden hyvinvoinnin edistämiseen” (Kuntalaki 1995, 1§).

Psykiatrian alaan kuuluva erikoissairaanhoido nivoutuu erikoissairaanhoidolain (1989) perusteella osaksi erikoissairaanhoidoa samalla, kun se on osa mielenterveystyötä ja osa mielenterveyspalveluita. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten kunnat pitävät yllä sairaanhoitopiirejä. Kyseisten sairaanhoitopiirien tehtävänä on huolehtia erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta kansanterveystyön ja sosiaalihuollon kesken. Yhdessä näiden tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus (10§). Sairaanhoitopiirien tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata eräiden erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiirin tulee huolehtia alueellaan tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta (10§).

Mielenterveyslaissa (Mielenterveyslaki 1990, 5§) edellytetty yhteistoimintavelvoite vahvistuu päihdehuoltolaissa (Päihdehuoltolaki 1 §, 3§), sosiaalihuol-

tolaisissa (Sosiaalihuoltolaki 1982, 17§), vammaispalvelulaissa (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987, 6§, 7§, ja erityisesti 12 §) ja lastensuojelulaissa (Lastensuojelulaki 1983). Sen lisäksi, että eri järjestelmien edellytetään toimivan yhteistyössä, lastensuojelulaki nostaa esiin yhteistyön perheiden kanssa. Kun lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitettuja palveluita kehitetään, on palvelujen avulla “tuettava huoltajia lasten kasvatuksessa” (Lastensuojelulaki 1983, 7§). Toisaalta, “kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon, kuten päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, on otettava huomioon myös hänen huollossaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve” (Lastensuojelulaki 1983, 7§).

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (2003) tuli voimaan lokakuun 1. päivänä 2003. Lain tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja edistää viranomaisten sekä muiden yhteisöjen ja laitosten asiakasyhteistyötä tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä (1 §). Mielenterveyskuntoutujien asiat ulottuvat useiden eri hallinnonalojen vastuulle ja uusi laki vahvistaa yhteistyövelvoitteen seuraavasti: sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä Kansaneläkelaitoksen on oltava keskenään yhteistyössä paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Näiden tulee toimia yhteistyössä myös muiden kuntoutusta järjestävien yhteisöjen kanssa (2 §).

Mielenterveysasetuksessa (1990/1247) ja mielenterveysasetuksen muuttamisesta annetussa asetuksessa (Valtioneuvoston asetus n:o 1282, 2000) mainitaan, että mielenterveyspalveluiden “toiminnallisen kokonaisuuden muodostamiseksi lasten ja nuorten mielenterveystyössä tulee sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien sopia alueellisesta työnjaosta ja sen toteuttamisesta. Lisäksi terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää vähintään kerran vuodessa yhteistyökokous, johon kutsutaan kunnan tai kuntayhtymän alueella lasten ja nuorten mielenterveystyötä tekevät tahot, myös yksityiset yhteisöt ja palvelun tuottajat. Kokous voidaan järjestää myös useamman kunnan tai kuntayhtymän yhteistyönä. Kuntien ja kuntayhtymien edustajien tulee sopia kokouksessa kunnallisen lasten ja nuorten mielenterveystyön tavoitteista ja käytännön työnjaosta alueella. Lisäksi kokouksessa voidaan sopia siitä, miten yksityiset tahot voivat olla mukana yhteistyössä. Lääninhallituksen tulee lisäksi järjestää vuosittain lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen työnjaon kehittämiseksi alueelliset yhteistyökokoukset (Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 6 d §, 2000).

Palveluiden luonne

Palveluiden tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Palveluiden piiriin tulee voida hakeutua oma-aloitteisesti, itsenäistä suoriutumista tuetaan, omaisten ja lasten tarpeet on otettava huomioon. Viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä ja erityistä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön (Päihdehuoltolaki 1986, 3§, 9§). Palveluita tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina, kuin kunnassa esiintyvät

tarve edellyttää (Lastensuojelulaki 1983, 4§, Päihdehuoltolaki 1986, 3§, Vammaispalvelulaki 1987, 3§, Mielensterveyslaki 1990, Kansanterveyslaki 1972).

Lastensuojelulain mukaan lapsella on oikeus turvalliseen ja virikkeitä antavaan kasvu ympäristöön, tasapainoisen ja monipuoliseen kehitykseen sekä etusija erityiseen suojeluun. Sosiaalilautakunnan ja muiden viranomaisten on seurattava ja kehitettävä lasten ja nuorten kasvuoloja, poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Kunnan on sosiaali- ja terveydenhuolto, koulutointa sekä muita lapsille, nuorille ja lapsiperheille tarkoitettuja palveluja kehitteessään pidettävä huolta, että saadaan selville erityisen tuen tarve ja kiinnitetään erityistä huomiota lasten ja nuorten tarpeisiin ja toivomuksiin. Koululaitoksen piirissä on luotava tarpeelliset toimet sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien poistamiseksi sekä kodin ja koulun välisen yhteistyön kehittämiseksi (vrt. Mielensterveyslaki; "...väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielensterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielensterveystyötä ja tukevat mielensterveyspalvelujen järjestämistä", 1§).

Asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet

Lapsen oikeuksista on säädetty lastensuojelulaissa (Lastensuojelulaki 1983). Lapsella on oikeus turvalliseen ja virikkeitä antavaan kasvu ympäristöön, tasapainoisen ja monipuoliseen kehitykseen (vrt. Mielensterveyslaki) sekä etusija erityiseen suojeluun (1§). Huoltajan ohella on 15 vuotta täyttäneellä lapsella oikeus käyttää puhevaltaa itseään koskevassa lastensuojeluasiassa, samoin 12 vuotta täyttäneelle lapselle on näissä asioissa varattava tilaisuus tulla kuulluksi (10§).

Terveydenhuollon potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia säännellään laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000). Tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta, sekä oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa (Laki sosiaalihuollon...2000, 1§). Vastaavasti terveydenhuollossa potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilasta ja asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan (Laki potilaan...1992, 3§, Laki sosiaalihuollon 2000, 4§). Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa (Laki sosiaalihuollon 2000, 4§). Asiakkaalle ja potilaalle on annettava häntä itseä ja toimenpiteitä koskevaa tietoa siten, että hän voi ymmärtää tiedon sisällön ja merkityksen. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hoidosta on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa hoito-, palvelu- ja / tai kuntoutussuunnitelma (Laki potilaan...1992, 5§, 6§, Laki sosiaalihuollon...2000, 8§)

Mielensterveyspalveluiden käyttäjät saavat toistaiseksi varsin niukasti palveluita vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista säädetyn lain perusteella. Kuitenkin laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista määrittelee vammaisen henkilöksi, jolla on vammaisuuden johdosta pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavannomaisista elämän toiminnoista (Laki vammaisuuden perusteella...1987, 2§)

eli henkilö on vaikeavammaainen. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä (1§). Palvelut tulee järjestää sellaisina, kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Sosiaalilautakunnan ja kunnan muiden viranomaisten on edistettävä ja seurattava vammaisten henkilöiden elinoloja sekä pyrittävä toiminnallaan ehkäisemään epäkohtien syntymistä ja haittoja. Vammaisille annetaan kuntoutusohjausta ja sopeutumisvalmennusta ja muita lain tarkoituksen toteuttamiseksi tarpeellisia palveluja. Myös kohtuulliset kuljetuspalvelut niihin liittyvine saattajapalveluineen on järjestettävä, jos henkilö niitä välttämättä tarvitsee suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista (8§).

Henkilöstö ja henkilöstön toiminta

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua 1) varmistamalla, että henkilöstöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, 2) järjestämällä valvontaa ja 3) helpottamalla ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Kyseisen lain mukaan määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöt. Heitä ovat ammatinharjoittamisoikeuden saaneet laillistetut ammattihenkilöt, ammatinharjoittamisluvan saaneet ja henkilöt, joilla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (2§). Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Ammattitoiminnassa on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Koulutusta on pyrittävä täydentämään jatkuvasti, toisaalta työnantajan on luotava tähän edellytykset (15§, 18§). Terveydenhuollon henkilöstöllä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja. Niihin sisältyvää tietoa ja salaisuuksia, jotka ammatinharjoittaja saa tietoonsa tehtävänsä perusteella, ei saa ilmaista sivullisille luvatta. Tämä salassapitovelvollisuus säilyy myös ammatinharjoittamisen jälkeen (16§, 17§).

Sosiaalihuollon henkilöstöstä säädetään toistaiseksi sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetussa asetuksessa (804/1992). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä 2.10.2003 sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi todetaan, että sosiaalialan henkilöstöltä vaadittava riittävä koulutuksen taso ja ammatillinen osaaminen turvataan uudistamalla säännökset sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuuksista. Lisäksi sosiaalityöntekijöiltä edellytettävän koulutus- ja osaamistason varmistamiseksi ryhdytään tarvittaviin lainsäädäntötoimiin.

Työturvallisuuslain (2002) tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja (1§). Mielensterveyspalveluissa henkilöstöä uhkaa uupuminen ja väkivalta.

Väkivaltaa on voitava ehkäistä ennalta mahdollisuuksien mukaan; tähän tarvitaan asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen (Työturvallisuuslaki 2002, 27§). Jos työssä esiintyy työntekijään

kohdistuvaa hänen terveydelleen haittaa tai vaaraa aiheuttavaa häirintää tai muuta epäasiallista kohtelua, työnantajan on asiasta tiedon saatuaan käytettävissään olevin keinoin ryhdyttävä toimiin epäkohdan poistamiseksi (Työturvallisuuslaki 2002, 28§).

Mielenterveyspalveluiden lainsäädännöllinen perusta on periaatteessa hyvä, suhteellisen selkeä ja mielenterveyspalveluiden kehittämistä edistävää. Mielenterveyspalveluiden toiminnallisen kokonaisuuden kehittämisessä lainsäädännön mukaiseksi, lastensuojelulain noudattamisessa ja eri organisaatioiden välisen työnjaon kehittämisessä on kuitenkin käytännön tasolla puutteita. Keskeinen pulma on erikoissairaanhoidon 10 §:n tulkinta siitä, miten kunnallistettu psykiatrinen erikoissairaanhoidon palvelu nimitetty osaksi sairaanhoitopiirin psykiatrinen erikoissairaanhoidon ja osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon muodostamaa mielenterveyspalveluiden yhteistoiminnallista kokonaisuutta.

Eri laitoksia ja organisaatioita sitova yhteistoimintavelvoite tulee esiin sosiaalihuoltolaissa, lastensuojelulaissa, mielenterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, päihdehuoltolaissa, vammaispalvelulaissa, laissa kuntoutuksen asiantuntijayhteistyöstä sekä mielenterveysasetuksessa.

Asiakas- ja potilaskohtaisella hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmalla on lakisääteinen perusta. Suunnitelma on työväline, joka ohjaa asiakas- ja potilaskeskiseen työhön.

2.3 Mielenterveyspalveluita ohjaavat suositukset ja linjaukset

Mielenterveyspalveluiden kehittämistä on ohjattu suositusten, ehdotusten ja kehittämishankkeiden avulla osana muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä erikseen omana toimintakokonaisuutenaan. Tämä informaatio-ohjaus täydentää lainsäädäntöä ja antaa ehdotuksia palveluiden yksityiskohtaiseen kehittämiseen. Seuraavassa esitetään keskeiset mielenterveyspalveluita ohjaavat linjaukset.

Informaatio-ohjaus, tiedolla ohjaaminen

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (1992) muutti vuodesta 1993 alkaen terveydenhuollon järjestelyjä – mielenterveyspalvelut mukaan lukien – perinpohjaisesti. Vastuu julkisten palveluiden järjestämisestä siirtyi kuntien tehtäväksi ja samalla ohjausjärjestelmät muuttuivat aikaisemmasta tavasta ensisijaisesti informaatio-ohjaukseksi tai tiedolla ohjaa-

miseksi (Virtanen 2000, Temmes 2003). Tämä ratkaisu merkitsi uudenlaisia valtarakenteita, uudenlaisia toimintojen järjestelyjä ja samalla uudenlaisen ohjaustavan korostumista. Ratkaisu perustui yhteiskunnan laajaan uudelleenmuotoiluun ja aatteellisen perustan uusiutumiseen (luku 2.1.). Toimintojen perustaksi ja toimijoiden avuksi alettiin välittää entistä enemmän tietoa. Tutkimus- ja kehittämishankkeet tulivat merkittävään asemaan, toimintojen vertailu (benchmarking) otettiin käyttöön, ideaalimallien kehittämisessä alettiin etsiä kuntien kokemuksellisista käytännöistä hyviä käytäntöjä, joita saatetaan laajasti käyttöön. Myös täydennyskoulutusta ja kuntakohtaisia selvityksiä käytetään informaatio-ohjauksessa, samoin tavoiteohjelmia, ohjeita, suosituksia ja erilaisia kehittämishankkeita (Virtanen 2000, Kahiluoto & Ilmonen 2001, Temmes 2003).

Mielenterveyspalveluiden kehittämistavoitteet informaatio-ohjauksen aikana

Vuoden 1993 uudistusten jälkeen on tuotettu informaatio-ohjauksena toimenpide-ehdotuksia, suosituksia ja kannanottoja, jotka sisältävät yksityiskohtaista tietoa mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi. Kuntien ja perusterveydenhuollon vastuuta mielenterveyspalveluiden järjestäjänä korostetaan (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntaviivat 1996, Rakenteista sisältöön... 2002, Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003). Kuntien vastuulle on tullut uusia tehtäviä ja uusia potilasryhmiä, kuten mielenterveyspotilaat, joten eri organisaatioiden välistä yhteistyötä ja poikkihallinnollista toimintaa tähdennetään. Yhteistyötä kansalaisjärjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa pidetään palveluiden kehittämisen luontevana osana. Kunnan mielenterveystyön kokonaissuunnitelma tulisi laatia esimerkiksi foorumi-menetelmää käyttäen ja liittää osaksi kunnan hyvinvointisuunnitelmaa. Kunnan peruspalveluiden mielenterveystyön toteuttamiseksi on kunnassa tehtävä ylimmän päättävän elimen päätös siitä, miten mielenterveystyö toteutetaan ja kuka tai ketkä kantavat siitä vastuun. Tavoitteena on, että kunnassa on hyvä ja turvallista elää ja että kuntalaiset ottavat omalta osaltaan itse vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntaviivat 1996, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntaviivat 1996, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntaviivat 1998, Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksien 2000, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010... 2001, Rakenteista sisältöön... 2002, Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, Päihdepalvelujen laatusuosituksien 2002, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntaviivat 2015 -kansanterveysohjelma 2001).

Kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin tulisi palveluiden kehittämisessä panostaa, samoin terveyden edistämiseen ja ennalta ehkäisevään työhön sekä siihen, että häiriöihin ja ongelmiin puututaan varhain. Uusia toimintamuotoja tulee kehittää ja palveluiden tulee muodostaa asiakaslähtöisiä saumattomia kokonaisuuksia. Potilaiden kanssa tulee tehdä yksilölliset hoito- ja kuntoutussuunnitelmat ja käyttäjälähtöisyyden tulee olla palvelujärjestelmissä johtavana periaatteena (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 1999, Tienviittoa kunnan mielenterveystyön... 2000, Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003, Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002, Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti 2003).

Henkilöstöllä tulee olla asenteellinen valmius, riittävä herkkyys, tietotaito ja riittävät vuorovaikutuskyvyt tunnistaa ja kohdata psykososiaalista ja henkistä tukea ja ammatillista apua edellyttävät tilanteet. Henkilöstö ymmärretään voimavaraksi, jonka osaamisesta ja jaksamisesta pidetään organisaatioissa huolta (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001) Nykyisen hallitusohjelman mukaan Sosiaali- ja terveydenhuollon houkuttelevuudesta työpaikkana huolehditaan turvaamalla henkilöstölle hyvät työolosuhteet, täydenniskoulutusmahdollisuudet sekä palkka- ja urakehitys. Eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa täsmennetään ja kaikille alan ammattilaisille varmistetaan mahdollisuus käyttää koulutuksensa ja kokemuksensa mukaista osaamistaan (Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003).

Hyvinvointiyhteiskunnan nopeatempoisista muutoksista (luku 2.1.) huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut turvataan kansalaisille tulevaisuudessa julkisin varoin. Matti Vanhasen hallitusohjelmassa painotetaan julkisten hyvinvointipalveluiden tuottamista ja peruspalveluiden vahvistamista (Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003, myös Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002). Kansallisessa hankkeessa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002) todetaan mielenterveyspalveluista, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja perheiden psykososiaalisten palvelujen haasteita ovat ikäihmisten, lasten, nuorten ja perheiden mielenterveysongelmien ehkäisy ja hoito, huume- ja päihdehoito sekä näihin liittyvän ensiavun järjestäminen. Palvelut jakaantuvat päivähoidon, lastenneuvolan, koulujen oppilashuollon, perheneuvolan, kasvatusterveystieteiden ja mielenterveyspalveluiden sekä A-klinikan kesken. Tämä hajanaisuus korjataan, toimintayksiköiden kokoa suurennetaan ja palveluiden tuottamisessa siirrytään asiakaslähtöiseen toimintatapaan. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -asiakirjan 4. kohdan (2002) mukaan palvelut tuotetaan seudullisina, toiminnallisina kokonaisuuksina, asiakaslähtöisesti yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa väestövastuuperiaatteella. Mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys järjestetään seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa. (Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002, Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti 2003).

Informaatio-ohjauksen linjaukset ovat sopusoinnussa palveluita ohjaavan lainsäädännön (luku 2.2.) kanssa ja ne täydentävät luonteensa perusteella lainsäädännön viitoittamaa suuntaa. Keskeisiä mielenterveyspalveluita ohjaavia painoalueita ovat asiakas-, potilas- ja/ tai käyttäjälähtöisyys, kuntien järjestämistä vastuu, mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy, varhainen puuttuminen havaittuihin ongelmiin, palveluiden hajanaisuuden aiheuttamien pulmien korjaaminen ja väestövastuuperiaate. Palveluiden tuottamisessa korostuu ajatus julkisten palveluiden ja muiden palveluiden seudullisesti toteutettavasta yhteistyöstä.

3. Mielenterveyspalveluiden nykytilanne

Mielenterveyspalveluiden nykytilannetta kuvataan palveluiden hajautuneisuuden, taloudellisen tilanteen, palveluiden kysynnän ja henkilöstön näkökulmasta.

3.1 Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen on kestänyt pari vuosikymmentä, eikä prosessi ole vielääkään päättynyt. Kehitys on kytkeytynyt suomalaisen yhteiskunnan muutoksiin, vahvistuvaan markkinatalouteen ja hyvinvointivaltion kritiikkiin. Julkisia palveluita on pyritty vapauttamaan liian tiukasta valtiollisesta ohjauksesta ja päätöksentekoa on siirretty kuntatasolle mahdollisimman lähelle kansalaisia. Keskitetystä normi- ja rahaohjauksesta on siirrytty entistä enemmän informaatio-ohjaukseen eli tiedolla ohjaamiseen. Laitoskeskeisistä työtavoista on pyritty avohoitopainotteisiin toimintamalleihin ja asiantuntijuuden ja tehtävien ohessa on alettu korostaa asiakas- ja potilaslähtöisyyttä. Julkisten palveluiden rinnalle on kehittynyt monipuolinen yksityisten palveluiden joukko ja potilaat ja heidän omaisensa ovat perustaneet järjestöjä vahvistaakseen kansalaisten ääntä. Muun toimintansa ohella järjestöt ovat alkaneet tuottaa tuki-, hoito- ja kuntoutuspalveluita tarvitseville.

Laitosvaltaisen hoidon purkaminen käynnistyi mielenterveyspalveluissa suunnitellusti jo 1980-luvulla. Prosessi kiihtyi 1990-luvulla osana julkisten palveluiden laajaa rakenneuudistusta. Psykiatrisia sairaansijoja oli pari vuosikymmentä sitten n. 20 000, vuoden 2002 tietojen perusteella sairaansijoja oli käytössä noin 5200. Varsinkin 1990-luvulle keskittynyt rakenteiden uudistus osui samaan aikaan taloudellisen laman kanssa. Laman aikana kunnat kohdistivat säästötoimia muun ohella erikoissairaanhoidon. Säästöjen erikoisalakohtaisista määristä on esitetty arvioita, joiden mukaan suurimmat säästöt kohdistuivat psykiatriseen erikoissairaanhoidon (Häkkinen ym. 1996, Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998, Mielonen 2000, Nenonen ym. 2001). Psykiatristen sairaansijojen nopeampoinen purkaminen tuotti kuntatasolle tarpeen saada asumis-, hoito- ja kuntoutuspalveluita, joten koko maahan perustettiin hoito- ja kuntoutuskoteja sekä yksityisinä palveluina että osaksi sosiaalitoimintaa. Osan palveluista tuottavat kansalaisjärjestöt, myös Kela kytkeytyy kuntoutus- ja terapiapalveluiden tuottajien joukkoon. Nykyisin näissä hoito- ja kuntoutuskodeissa asuu lähes 5000 kuntoutujaa (Kauppinen & Niskanen 2003, Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003). Suurin osa näistä kodeista on sosiaalitoimen valvonnassa. Vastaavanlainen kehitys on tapahtunut kehitysvammaisten ja vanhusten palveluissa. Suuri osa suunnitelluista laitoshoidon korvaavista uusista avohoitotoiminnoista jäi re-

surssien niukkuuden vuoksi kehittämättä ja ne palvelut, jotka perustettiin, ovat hajautuneet monien eri tuottajien vastuulle.

Lainsäädännöllinen perusta hajautti viime vuosikymmenellä julkiset mielenterveyspalvelut kolmeen osaan: 1) perusterveydenhuollon vastuulla oleviksi mielenterveyspalveluiksi, 2) sosiaalihuollon vastuulla oleviksi palveluiksi sekä 3) sairaanhoitopiirien vastuulla oleviksi erikoissairaanhoidon kuuluvaksi psykiatrisiksi erikoissairanhoidoksi. Tämän uudistuksen jälkeen osa psykiatrisesta erikoissairanhoidosta on "kunnallistettu" eli osa psykiatrisen erikoissairanhoidon avohoitoyksiköistä on siirretty sairaanhoitopiireistä kuntien vastuulle. Vuonna 2001 kerätyn aineiston perusteella mielenterveystoimisto oli liitetty hallinnollisesti osaksi terveyskeskusta joka toisessa terveyskeskuksessa, kuudessa terveyskeskuksessa liittäminen oli suunnitteilla (Sohlman ym. 2003). Kehitys on tuonut erikoistason palveluita kuntatasolle, mutta samalla yhteydet eri toimijoiden välillä ovat monimutkaistuneet ja laatuvahtelu on lisääntynyt.

Julkisia mielenterveyspalveluita on kavennettu. Palveluita on ulkoistettu ja alettu hankkia ostopalveluina aikana, jolloin markkinoistuminen on vahvistunut yhteiskuntapoliittisessa ajattelussa ja käytännöissä. Eri palveluiden tuottajien väliset yhteydet ovat kehityksen kuluessa kuitenkin jääneet liian ohuiksi, joten mielenterveyspotilaiden tarvitsemat palvelut ovat paikoitellen jääneet sattumanvaraisiksi ja puutteellisiksi. Sohlman ym (2003) tekemän selvityksen mukaan terveyskeskukset tekivät useimmiten säännöllistä yhteistyötä sosiaalitoimistojen kanssa, seuraavaksi eniten yhteistyötä oli mielenterveystoimistojen ja sairaanhoitopiirien kanssa. Terveyskeskuksista 40 % teki satunnaista yhteistyötä yksityisten palveluiden kanssa ja runsas puolet potilasjärjestöjen kanssa. Neljännes terveyskeskuksista ei kuitenkaan tehnyt minkäänlaista yhteistyötä yksityisten palveluiden ja potilasjärjestöjen kanssa.

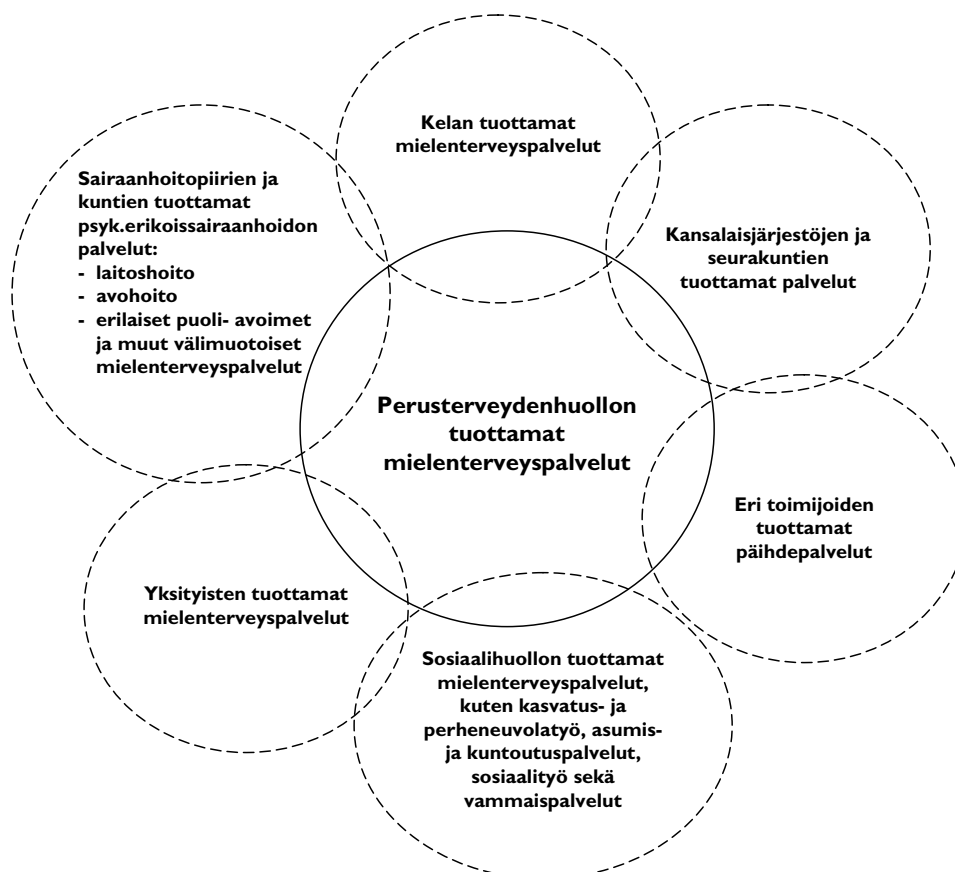
Mielenterveyspalveluiden ja palveluiden tuottajien monipuolistuminen on tuonut tullessaan hallinnollisen hajautumisen ja laadullisen kirjavuuden. Mielenterveyspalveluiden asiakas- ja potilaslähtöisestä toimintakokonaisuudesta ei kukaan ole kokonaisuutena vastuussa. Lisäksi toiminnasta puuttuvat rakenteet ja mallit siitä, miten tavoitetaan ne asiakkaat, joiden auttaminen on poikkeuksellisen haastavaa, joiden hoitomotivaatio ja yhteistyöhalu on vähäinen ja jotka ovat ajautuneet joko kokonaan tai satunnaisesti hoidollisen avun ulkopuolelle. Etsivät palvelut puuttuvat rakenteista kokonaan.

Sosiaalihuoltolain mukaisella kasvatus- ja perheneuvolatoiminnalla on ollut oma vakiintunut tehtävänsä. Palveluiden rakenteiden muuttuessa niiden toiminta on jäänyt osittain omaksi saarekkeekseen. Niiden tuottamalla palvelulla on paikkansa sosiaalihuollossa, mutta osittain niiden palvelu on luonteeltaan perusterveydenhuoltoa tai muistuttaa erikoissairanhoidon palvelua. Muutoinkin pirstoutuvassa palvelukokonaisuudessa niiden toiminta liittyy sattumanvaraisesti muihin mielenterveyspalveluihin ja tarvittavat yhteistyömuodot ovat monissa paikoissa jääneet sopimatta ja kehittämättä. Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asetti työryhmän selvittämään hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa. Valmistuneessa raportissa (Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta 2003) tunnustetaan myös kasvatus- ja perheneuvolojen irrallisuus muista palveluista; ratkaisuksi ehdotetaan, että perheneuvolat siirrettäisiin perusterveydenhuollon yhteyteen.

Päihdepalveluissa asioivilla on varsin usein mielenterveydellisiä pulmia, joten asiakkaiden tulisi saada joustavasti ja asiakaslähtöisesti itselleen räätälöityä

apua sekä hyvinvointipalveluista että muilta hallinnonaloilta. Koko palvelujärjestelmän hajautuneisuus tulee näkyväksi päihteiden käyttäjien saaman avun sattumanvaraisuutena ja potilaiden pallotteluna hoitopaikasta toiseen. Lain-säädäntöön perustuva yhteistoimintavelvoite ei toistaiseksi toteudu riittävän tehokkaasti käytännön toiminnassa.

Palveluiden hajautuminen eri tuottajien kesken havainnollistetaan kuviossa 1.



Kuvio 1. Mielenterveyspalveluiden jakautuminen eri toimijoiden vastuulle

Mielenterveyspalvelut ovat hajautuneet nopeassa tahdissa monien eri tuottajien vastuulle. Palveluiden asiakas- ja potilaslähtöisestä toimintakokonaisuudesta ei kukaan ole kokonaisuutena vastuussa. Lisäksi toiminnasta puuttuvat rakenteet ja mallit siitä, miten tavoitetaan ne asiakkaat, joiden auttaminen on poikkeuksellisen haastavaa, joiden hoitomotivaatio ja yhteistyöhalu on vähäinen, jotka ovat ajautuneet joko kokonaan tai satunnaisesti hoidollisen avun ulkopuolelle tai joilla on aivan uudenlaisia pulmia.

Potilaiden tarvitsema hoito ja kuntoutus on toisaalta monipuolistunut, mutta palveluiden laatua ei ole kyetty riittävästi valvomaan ja et-sivät palvelut puuttuvat rakenteista kokonaan. Henkilöstö ei ole monien muutosten keskellä kyennyt kehittämään riittäviä ja tarkoituksenmukaisia yhteistyömuotoja, joten palveluihin on syntynyt hajanaisuutta ja päällekkäisyyttä.

3.2 Taloudellista niukkuutta

Psykiatristen sairaansijojen alasajo toteutettiin aluksi suunnitelmallisesti, taloudellisen laman aikana hallitsemattomasti (ks. luku 3.1.). Hallitsemattomuus kytkeytyi säästöihin, joita julkisissa hyvinvointipalveluissa tehtiin. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon nivoutuminen muuhun erikoissairaanhoidon juuri laman vuosina on osoittautunut taloudellisesti ongelmalliseksi, koska psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita karsittiin muita palveluita runsaammin ilman, että korvaavia toimintoja olisi pystytty luomaan riittävästi peruspalveluihin ja psykiatriseen avohoittoon (Häkkinen ym. 1996, Terveydenhuollon kehittämissuunnitelma 1998, Mielonen 2000, Nenonen ym. 2001). Lehtisen & Taipaleen (2000) tekemän johtopäätöksen mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon resurssit vähenivät vuosina 1991–1994 yli 40 %:lla. Mielekäs Elämä! -ohjelmassa tehdyn selvityksen mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon resursseja leikattiin vuosina 1990–1997 26 % vuoden 1997 hintoihin deflatoituna (Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositus 2000). Resurssien leikkaus kokonaisuudessaan on ollut niin suuri, ettei sitä ole avohoidon kehittämistoimin kyetty kompensoidaan.

Mielekäs Elämä! -ohjelman yhtenä osana tehtiin mielenterveyspalveluselvi-tys, jossa paljastui palveluiden keskeiset puutteet: resurssien niukkuus, suunnittelun hajanaisuus, palveluvalikoiman vähäisyys, asiakkaiden ja potilaiden vähäinen vaikutusmahdollisuus ja puute arkisen selviytymisen ja kuntoutumisen tuesta (Luomahaara ym. 2000). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus antoi selvityksen perusteella suositukset mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi (Mielenterveyspalvelujen kehittäminen, 2000), mutta tämän selvityksen osana pyydettyjen kannanottojen perusteella palveluiden kehittäminen on edelleen kesken. Erityisesti perusterveydenhuolto ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitto toimivat mielenterveyspalveluiden osalta niin niukoilla resursseilla, että potilaiden hoito viivästyy, tilanteet kärjistyvät ja siirtyminen erikoissairaanhoidon palveluihin kasvattaa paineita asioissa, jotka olisi periaatteessa ollut mahdollista hoitaa jo varhain peruspalveluissa. Toisaalta psykiatrisessa sairaalahoidossa saavutetut tulokset menetetään puutteellisen avohoidon vuoksi (Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta 2003). Tuori ym. (2000) selvittivät vuonna 1999 sairaanhoitopiireihin tehdyn kyselyn avulla psykiatrisen hoidon järjestämistä ja henkilöstömääriä. Eräs keskeisistä tuloksista on, että nimenomaan avohoidon henkilöstömäärä oli jäänyt vuosikymmenen muutosten kuluessa vuosikymmenen alkua pienemmäksi. Todettu niukkuus sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa avohoidossa on täysin yhteneväinen tämän selvityksen kannanotoissa saatujen näkemysten kanssa.

Edellä mainituissa Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksissa (2000) esitettiin, että valtion tulisi osoittaa mielenterveyspalveluiden parantamiseen 1,5 miljardin markan (252 281 889,69) lisärahoitus vuosina 2001–2005. Lisärahoitusta on myönnetty kohdennettuna lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden parantamiseen vuosina 2000–2004 yhteensä noin 38 milj. €, mikä turvin on korjattu pahimpia puutteita sekä peruspalveluissa että erikoissairaanhoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon alalle on lisäksi myönnetty varoja kuntien mielenterveystyön kohentamiseksi, syrjäytymisuhan alaisen lasten ja nuorten hoitoon, huumeiden käyttäjien hoitoon ja potilasjonojen purkamiseen. Näistä varoista osa on ohjautunut muiden palveluiden ohella mielenterveyspalveluiden tarpeisiin, mutta määrästä ei ole saatavissa täsmällisiä tietoja. Joka tapauksessa lama-ajan jälkeinen palveluiden kehittämisvaihe on edelleen varsin keskeneräinen. Rakennemuutoksen ja laman jälkeensä jättämä taloudelliseen niukkuuteen perustuva avohoitopalveluiden puute haittaa edelleen potilaiden tarkoituksenmukaista hoitamista.

Lama-ajan aikainen taloudellinen niukkuus on edelleen mielenterveyspalveluiden ongelmana. Perusterveydenhuollon ja psykiatrisen avohoidon henkilöstön valmiudet ja määrä vastata palveluiden kysyntään tarkoituksenmukaisesti oikeaan aikaan on puutteellinen. Apua vaille jäävien potilaiden vointi heikkenee ja avun tarve suurenee asioiden viivästyessä. Paine siirtyy supistettuun psykiatriseen erikoissairaanhoitoon, jolle kuuluu erityisosaamista vaativien potilaiden hoito. Nykyistä paremmin resursoituna avohoidon olisi mahdollista ehkäistä ongelmien vaikeutuminen, hoitaa monet asiat ajoissa ja huolehtia sairaalahoidon jälkeisestä avohoidosta.

3.3 Palveluiden kysyntä kasvussa

Mielenterveyspalveluihin kohdistuu kysyntää ja odotuksia, joten seuraavassa analysoidaan palveluiden kasvavan kysynnän perusteita.

3.3.1 Mielenterveyden häiriöissä ei määrällisiä muutoksia

Kansanterveyslaitoksen tekemän Terveys 2000 -tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002) mukaan mielenterveyden häiriöiden määrässä ei ole kahden vuosikymmenen aikana tapahtunut muutoksia. Saman tutkimuksen mukaan suomalaisesta aikuisväestöstä noin 20–25 % potee vuoden aikana jotain diagnosoitavissa olevaa mielenterveysongelmaa. Noin 4–5 % tutkituista sairastaa siten, että heidät tulisi hoitaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Häiriöiden esiintyvyyden pysyminen ennallaan tarkoittaa Lehtosen ym:iden (2003) mukaan sitä, ettei mielenterveyspalveluissa ole saavutettu somaattisten sairauksien vähenemiseen verrattavia suotuisia muutoksia.

3.3.2 Henkinen pahoinvointi kasvussa

Psykkisten oireiden yleistymisestä ja siten kasvavasta palveluiden kysynnästä on kuitenkin olemassa signaaleja. Arisen ym. (1998) tutkimuksen mukaan psyykkisten oireiden esiintyminen oli lisääntynyt työikäisessä väestössä vuodesta 1987 vuoteen 1995/1996. Unettomuudesta kärsi joka viides ja voimattomuuden tai väsymyksen tunteista 40 % työikäisistä. Erityisesti voimattomuuden ja väsymyksen kokeminen oli lisääntynyt 20 prosenttiyksikköä tutkitun kymmenvuotiskauden aikana. Neljäsosa aikuisista ilmoitti kärsivänsä vähintään kolmesta psyykkisestä oireesta. Lehtinen (2002) viittaa siihen, että eurooppalaisen depressioprojektin Suomen osatutkimuksen mukaan vain 30 % masennusdiagnoosin saaneista potilaista sai jotakin hoitoa, joten piilevää hoidon tarvetta on olemassa. Maailman pankin ja WHO:n (WHO 2002, ks. myös Mental Health: A Report of the Surgeon General 1999) teettämän tutkimuksen mukaan nimenomaan masennus on lisääntymässä niin, että sen ennakoidaan olevan vuoteen 2020 mennessä toiseksi yleisin elämää haittaava sairaustaakka. Metsämuurosen (1998) mukaan epävarmuus ja paha olo lisääntyvät yhteiskunnassa. Ihmisiä vaivaa huoli ja epävarmuus tulevaisuudesta, turvattomuus lisääntyy ja eriarvoisuus ja vaatimukset kasvavat. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kehitys merkitsee vaatimuksia saada entistä parempaa hoitoa ja palvelua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollisen vuosikirjan (2003) mukaan mielenterveyden häiriöiden vuoksi tehdyt avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa ovat lisääntyneet vuodesta 1995 vuoteen 2002 214 802 käynnistä 580 623 käyntiin ja erikoissairaanhoidossa 1 218 876 käynnistä 1 402 016 käyntiin.

Lapsista neljäsosa tai peräti kolmasosa voi huonosti. Bardyn ym.:iden (2001) tekemän tutkimuksen mukaan taustalla on yhteiskunnan muutokset, arvojen muutokset, lainsäädännölliset muutokset ja talouden muutokset. Lasten enenevä pahoinvointi on näiden muutosten johdonmukaista seurausta. Muutokset heijastuvat lasten ja lapsiperheiden elämään. Lapset ovat joutuneet keskenään eriarvoiseen asemaan sekä perheen käytössä olevan rahan että ympärillä olevien aikuisten suhteen. Köyhyys on lisääntynyt lapsiperheissä niin, että "lapsiperheiden köyhyysaste yli kaksinkertaistui kaikilla mittaustavoilla kymmenessä vuodessa. Toimeentulotukea saavissa perheissä oli vuonna 2000 runsaat 118 000 lasta ja lapsiperheet muodostivat neljänneksen kaikista toimeentulotukea saavista kotitalouksista" (Sauli ym. 2002). Salmen ym.:iden (1996) mukaan köyhyys huolettaa lasten mieltä ja koululaisten oletetaan kiusaavan niitä oppilaita, joiden vanhemmilla ei ole varaa ostaa samoja tavaroita, kuin on toisilla. Köyhyys lisää epävarmuutta perheissä, mikä puolestaan rasittaa henkistä kestävyyskykyä. Köyhyys murentaa vanhemmuutta ja se voi johtaa häpeään ja eristäytymiseen (Sauli ym. 2002).

Lasten vanhemmilla on elannon hankinnasta aiheutuvia tehokkuuspaineita, mikä vähentää perheiden yhteistä aikaa. Osa lapsista jää vaille tarvitsemansa aikuisen antamaa huolenpitoa ja kärsii turvattomuudesta. Perusterveydenhuollossa ei ole mahdollisuuksia lievittää lasten lisääntyneitä pahoinvointioireita eivätkä vapaa-ajan palvelutkaan ole aina tavoitettavissa. Ne ovat markkinoistuneet, muuttuneet maksullisiksi ja osittain hinnaltaan liian korkeiksi. Levottomuus päiväkotien liian suurissa lapsiryhmissä on alkanut lisääntyä, lapsille on alkanut kehittyä itsearvostuksen pulmia ja jotkut heistä oireilevat psyykkisesti jopa päivittäin (Salmi ym. 1996, Bardy ym. 2001, Sauli ym. 2002).

Sekä lasten että nuorten laitoshoidon on lisääntynyt mielenterveyden häiriöiden vuoksi vuosina 1994–2002 seuraavasti: 0–19 vuotiaiden hoitopäivät ovat lisääntyneet 175 203 päivästä 249 637 päivään ja potilaiden määrä 5 515 potilaasta 8 822 potilaaseen (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003)

Päihteiden käytön ennakoitaan lisääntyvän lähitulevaisuudessa. Erityisesti alkoholin käyttö on lisääntynyt niin, että vuonna 2001 saavutettiin kulutushuippu eli n. 9,0 litraa puhdasta alkoholia vuodessa asukasta kohden. Uusia ennätyksiä ennakoitaan saavutettavan, kun alkoholin tuontirajoitukset ovat muuttuneet EU:n tuontirajoitusten väljentyessä ja kun Viro liittyy Euroopan Unioniin (Ahlström & Mustonen 2002). Päihde-ehtoinen sairaalahoito on vuosina 1990–2002 lisääntynyt 45,1 hoitopäivästä 1000 asukasta kohden 49,8 hoitopäivään, vastaavasti päihde-ehtoinen asiointi sosiaali- ja terveyspalveluissa on kasvanut 10 139 käynnistä 11 535 käyntiin vuodesta 1995 vuoteen 1999 (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollisen vuosikirja 2003). Päihteiden käytön lisääntyminen, humalahakuinen juominen ja naisten ja miesten juomatapojen yhdenmukaistuminen tulevat tuomaan lasten, nuorten ja perheiden elämään lisää henkistä pahoinvointia. Päihteiden käytön myötä lisääntyy riitaisuus, taloudelliset huolet ja väkivaltaisuus, joten lisääntyviä paineita mielenterveyspalveluihin on ennakoitavissa.

Mielenterveyden ongelmista kärsivien vanhempien lasten huomioiminen ja kehityksen turvaaminen lastensuojelulain hengessä on edelleen liian sattumanvaraista, koska toimivia yhteistoimintamuotoja ei ole kyetty riittävästi rakentamaan. Nimenomaan perhe- ja yhteisölähtöinen kokonaisvaltainen toimintatapa on toistaiseksi vain satunnaisesti käytössä. Upanteen (2001) mukaan mielenterveyspalveluissa painottuu etenkin lääketieteellisen tautimallin mukainen toiminta, joka on yksilökeskeistä ja sairauslähtöistä. Eräs menetelmä pulman ratkaisemiseksi on kehitteillä Toimiva perhe -hankkeessa (Stakes).

Mielenterveyspalveluissa omaksuttu lähestymistapa on tarpeen tunnistaa, koska henkilöstön ihmiskäsitykset ja ongelmien kehittymistä koskevat käsitykset suuntaavat käytännön toimenpiteitä ja vaikuttavat tehtyihin ratkaisuihin. Nämä useimmiten implisiittisinä vaikuttavat käsitykset tekevät ymmärrettäväksi sen, että väestön nykyisten yhteiskunnallisten muutosten aikakautena kehittyvä ”epämääräinen” oireilu, arkielämästä selviytymättömyys ja henkinen pahoinvointi ei mahdu tai ei kuulu nykyisen palvelujärjestelmän tukimuotojen piiriin. Erään kannanoton mukaan *”liikaa psykiatrisoidaan erilaisia ihmisten elämän kriisejä, jotka useimmiten hoituisivat vain sillä, että olisi joku, joka kuuntelee ihmisten hätää. Ihmisen kohtaamiseen ei tarvita psykiatrista koulutusta”* (Kannanotot). Nykyiset tarjolla olevat mielenterveyspalvelut eivät riitä eivätkä ole tarkoituksenmukaisia vastaamaan kasvavaan palveluiden kysyntään. Osa kasvavasta palveluiden kysyntä aiheuttavasta henkisestä pahoinvoinnista edellyttää uudenlaisten palveluiden kehittämistä.

Lääketieteellisesti diagnosoitavien mielenterveyden häiriöiden määrässä ei ole kahden vuosikymmenen kuluessa tapahtunut määrällisiä muutoksia, mutta monien lähteiden perusteella väestön muu henkinen pahoinvointi on kasvussa. Monet yhteiskunnalliset muutokset, arvojen koventuminen, lainsäädännölliset muutokset ja talouden korostuminen ovat merkinneet etenkin lapsiperheille lisääntyvää eriarvoisuutta, köyhtymistä ja työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeutta. Asia on yhteydessä lasten, nuorten ja perheiden pahoinvointiin. Lisääntyvän päihteiden käytön tiedetään myös lisäävän turvattomuutta, taloudellisia huolia, riittäisyyttä, ja väkivaltaisuutta. Muuttunut yhteiskunnallinen tilanne tuottaa uudenlaista pahoinvointia ja siten kasvavaa palveluiden kysyntää mielenterveyspalveluihin. Niistä kuitenkin puuttuvat sekä resurssit että valmiudet vastata esille tulleisiin uusiin haasteisiin.

3.4 Henkilöstö – muutoksia ja osaamisen vajetta

Mielenterveyspalveluiden rakenteellinen pirstoutuminen ja toimintojen siirtymiset ja supistukset ovat merkinneet työntekijöille työsuhteiden loppumista, pätkätöitä ja epävarmuutta. Koko yhteiskunnan muutokset välittyvät hyvinvointipalveluihin ankarana kilpailuna, pitkäaikaistyöttömyytenä ja tulosvaatimuksina (Kivimäki ym. 2002). Työtä on alettu projektoida määräaikaaisiksi hankkeiksi, jotka virittävät uutta kehitystä. Uudet toimintatavat eivät kuitenkaan tilapäisyytensä vuoksi juurru käytäntöihin. Projektityöt tuottavatkin myönteisten tulosten ohella jatkuvaa muutosta ja epävakautta (Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003). Moni työntekijä on alkanut toivoa työrauhaa, osa on alkanut uupua ja osa julkishallinnossa toimivista psykiatreista ovat alkaneet siirtyä muihin töihin, yksityispraktiikkaan, tutkimusvapaalle, äitiyslomille, osapäivätyöhön tai osa-aikaeläkkeelle (Vahtera ym. 2002, Korkeila ym. 2003, Suonsivu 2003) Sairauslomat ovat lisääntyneet ja osa työntekijöistä siirtyy ennenaikaisesti eläkkeelle. Työn hallinnan ja työn vaatimusten välille on syntynyt haitallisesti kuormittavia olosuhteita, lisäksi johtamisen puutteet ja työyhteisöjen yhteistyövaikeudet ovat tulleet huomattaviksi haasteiksi työpaikoilla (Kivimäki ym. 2002, Vahtera ym. 2002). Kaikki edellä mainitut työrasitusta aiheuttaneet ilmiöt tulevat varsin selkeästi esiin myös tähän selvitystyöhön pyydytyissä kannanotoissa. Erityisesti avohoidon henkilöstö kokee toimivansa epävarmoissa olosuhteissa ankarana paineen alaisena huonosti palkattuna. Koulutuksen ja työn vaativuuden ja määrän välillä nähdään huomattavaa epäsuhtaa.

Mielenterveyspalveluissa toimivan henkilöstön nykyisin tarvitsema mielenterveyttä ja mielenterveyystyötä koskeva tietotaito on puutteellista. Osaamisen puutteet juontuvat osittain 1) edellä (luku 3.3.) esitetyistä väestön henkisen pahoinvoinnin muutoksista ja perinteisen toimintamallin välisestä ristiriidasta. 2) Peruspalveluissa ei ole nopean rakennemuutoksen kuluessa ja niukkojen resurssien puitteissa kyetty vahvistamaan ajankohdan vaatimaa mielenterveysosaamista toimipaikkakoulutuksella riittävästi. 3) Kaikkien ammattiryhmien koulutuksessa sekä perustasolla että jatko- ja täydennyskoulutuksessa on huo-

mattavaa heterogeenisuutta ja huomattavia puutteita siinä, miten mielenterveystyön valmiudet kehittyvät. 4) Psykiatrien avoimiksi jääneet virat kasvattavat muiden ammattiryhmien osaamiseen paineita, joihin ei osaamisen, vastuun ja valtuuksien vuoksi ole mahdollista vastata tarkoituksenmukaisesti. 5) Osa apua tarvitsevista potilaista on vakavasti häiriöisiä ja moniongelmaisia. Heidän auttamisensa vaatii jo peruspalveluissa erityistä osaamista, erityistä kykyä tunnistaa häiriöitä ja erityistä kykyä auttaa ja kohdata heidät ihmisinä. Johtopäätös on, että mielenterveyttä ja mielenterveystyötä käsittelevää koulutusta on vahvistettava. Mielenterveyspalveluissa, myös laajemmin mielenterveystyössä, tarvittava uudenlaisen koulutuksen tarve tuli esiin jo Taipaleen (1996) tekemässä Mielekäs elämä -selvityksessä, asiaan on otettu kantaa myös Mielekäs Elämä! -ohjelman selvityksissä ja suosituksissa (2000), Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky-ohjelman ehdotuksissa (Rakenteista sisältöön... 2002) ja Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa (2001). Monien muutosten ja säästöjen ollessa keskeisiä asioita osaamisen kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi, joten osaamisen vaje on edelleen olemassa. Koulutukseen ei ole supistusten ja säästöjen aikana riittävässä määrin ollut mahdollista pureutua.

Mielenterveyspalveluissa toimiva henkilöstö kokee työssään muutosten aiheuttamaa epävarmuutta ja turhautumista, uudenlaisen henkisen pahoinvoinnin aiheuttaman palvelujen kysynnän ja oman perustehtävänsä välisiä paineita ja ristiriitoja, psykiatrivajauksesta aiheutuva kuormittumista ja koulutuksessa työhön saatujen valmiuksien puutteellisuutta.

4. Selvityksen toteutus

Työryhmälle annettiin velvoite kuulla selvitystyötä tehdessään "riittävässä määrin työn kannalta keskeisten tahojen edustajia, erityisesti alan ammattijärjestöjen edustajia". Selvitystyön monipuolistamiseksi työryhmä päätyi valmisteluvassa kokouksessa seuraaviin toimintatapoihin:

- 1) Asiantuntijatyöryhmä toteutti oman työskentelynsä siten, että se koontui suunnitellun toimikautensa aikana yhteensä yhdeksän kertaa ja myönnetyn lisäajan kuluessa kolme kertaa, yhteensä siis 12 kokousta. Kokousten kulku toteutettiin siten, että eri organisaatioista ja toimialueilta tulleet työryhmään kutsutut asiantuntijat valmistelivat alustuspuheenvuorot, joiden perusteella käytiin keskustelua ja päädyttiin tehtyihin ehdotuksiin. (Kokousten aikataulu ja sisällöt, Liite 2.) Työryhmään kuului yhteensä 13 jäsentä (työryhmän jäsenluettelo toimeksiantoasetuksen osana), työryhmän sihteeri on Stakesin mielen-terveysryhmästä. Työ osoittautui varsin mittavaksi, joten ryhmän työtä varten anottiin kahden kuukauden lisäaika, jona aikana viimeisteltiin ehdotuksia.
- 2) Työryhmä järjesti marraskuun 4. päivänä 2003 kuulemis- ja keskustelutilaisuuden. Tilaisuuteen kutsuttiin edustajia sairaanhoitopiireistä, eri virastoista ja laitoksista, ammatti- ja kansalaisjärjestöistä, kunnista ja terveyskeskusorganisaatioista. Seitsemältä asiantuntijalta pyydettiin alustuspuheenvuoro. Tilaisuudessa oli 37 ilmoittautunutta osallistujaa, lisäksi muutamia vain osittain tilaisuudessa viipyneitä joistakin aiheista kiinnostuneita henkilöitä Stakesista. Käyty keskustelu oli vilkasta, työryhmän työtä viitoittavaa ja painoalueita esiin nostavaa. (Päivän ohjelma, Liite 3). Työn etenemisestä lähetettiin tiedotusvälineille tiedote ja päivän yhteydessä järjestettiin tiedotustilaisuus, johon saapui yksi toimittaja. Hänen laatimansa kirjoitus julkaistiin Sairaanhoidajassa 5.12.2003. Useat toimittajat ottivat yhteyttä puhelimitse.
- 3) Mahdollistaakseen annetun aiheen laaja-alaisen käsittelyn työryhmä pyysi eri virastoilta, laitoksilta, kansalais- ja ammattijärjestöiltä kannanottoja mielenterveyspalveluiden keskeisistä puutteista ja niissä ilmenevistä korjaustarpeista. Samassa kyselyssä pyydettiin tekemään ehdotuksia työnjaon ja työrasituksen korjaamiseksi mielenterveyspalveluissa, samoin pyydettiin tekemään ehdotuksia työn vetovoimaisuuden lisäämiseksi. Kannanottopyynnöt lähetettiin yhteensä 90 eri organisaatioon. Lääneistä pyydettiin kannanotot vanhan läänijaon mukaisilta palveluyksiköiltä. Vastauksia saatiin 50 organisaatiosta kuitenkin siten, että kannanottolausuntoja saatiin yhteensä 79 kpl. Osassa kannanotoista vastattiin tehtyyn kyselyyn, mutta useat vastasivat

vapaamuotoisesti ja lähettivät lausuntonsa omalla tavallaan jäsenel-
tynä. (Kannanottopyyntö aiheesta Työnjako ja työrasitus mielenter-
veyspalveluissa, Liite 4.) Kannanottopyyntöjen ja vastausten määrä
esitetään taulukossa 1.

**Taulukko 1. Kannanotot aiheesta työnjako ja työrasitus
mielenterveyspalveluissa**

	Vastanneiden organisaatioiden lukumäärä	Kannanottopyynnön saaneiden organi- saatioiden lukumäärä	Saatujen kannanottojen lukumäärä
Ammattijärjestöt	11	17	11
Kansalaisjärjestöt	6	9	11
Kunnat	1	7	1
Läänit	3	12	6
Sairaanhoitopiirit	15	20	35
Terveyskeskukset	4	10	4
Virastot, laitokset	10	15	11
Yhteensä	50	90	79

Koko työryhmä perehtyi kertyneisiin kannanottoihin, joten niiden välittämä
sisältö on tehtyjen esitysten perustana.

5. Työnjako mielenterveyspalveluissa

“Ongelmia on runsaasti, muttei niitä voi lokalisoida mihinkään “väliin”, koska kysymyksessä on kokonaisuuden hallinnan puute” (Kannanotot)

5.1 Työnjaon tarkastelua

Työryhmä sai pyydettyjen kannanottojen ja keskustelu- ja kuulemistilaisuuden yhteydessä informaatiota ja ehdotuksia työnjakoa koskeviin kysymyksiin. Eri ammattiryhmät kiinnittivät huomiota suureen työmäärään, joka johtuu monien hajallaan olevien toimijoiden, organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä tarvittavasta koordinoitumattomasta yhteistyöstä. Erittäin haastavana pidettiin perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluita ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitoa. Kitkaa tunnistettiin olevan kaikissa saumakohdissa: eri toimialojen välillä, toimialojen sisällä olevien sektoreiden ja hierarkioiden välillä, Kelan ja palvelujärjestelmien välillä, poliittisten päättäjien ja julkishallinnon viranhaltijoiden välillä. Kansalaisjärjestöjen ja vapaaehtoistyöntekijöiden kanssa tehtävä yhteistyö on vielä kehittymätöntä ja vakiintumatonta. Useat työntekijäjärjestöt kiinnittivät huomiota lisäksi eri ammattiryhmien väliseen kitkaan, *“reviirien vartiointiin, valtataisteluihin” (Kannanotot)* ja täyttämättömänä oleviin psykiatrien virkoihin. Parannusehdotuksia etsittäessä huomio on kiinnittynyt hajanaiseen toimintakokonaisuuteen, johon ei viimeksi kuluneen muutosten vuosikymmenen kuluessa ole kyetty kehittämään asiakas- ja potilaslähtöisiä ja selkeitä toimintatapoja.

Organisatorisen hajanaisuuden vuoksi vastuu mielenterveyspalveluiden koordinoinnista hajautuu. Palveluiden lainsäädännöllinen perusta on pääsääntöisesti selkeä, joskin perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden (Kansanterveyslaki 1972, 2a§), sosiaalihuollon ja sairaanhoitopiirin välisen toiminnan keskinäisessä (Erikoissairaanhoidonlaki 1989, 10 §) koordinoitumisessa näyttää olevan tulkinnan selkiyttämistä vaativia yksityiskohtia. Juuri sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus on osoittautunut käytännössä epäselväksi, joten toimintaan tarvitaan eri osapuolia koskevat sopimukset.

Työryhmän pyytämässä kannanotoissa tuodaan esiin tarve luoda poikkisektoriallisia ja eri hallinnolliset tasot läpäiseviä yhteistyörakenteita (vrt. Arnkil ym. 2000, myös Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti 2003). Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden toteuttamiseen on jo luotu yhteistoimintamalli, samoin kuntoutuksen asiakasyhteistyöhön (ks. luku 2.2.). Nämä mallit luovat perustan siihen yhteistoimintaan, joka tarvitaan laajasti mielenterveyspalveluissa.

Yhteistoimintamallit, joilla on säännelty lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita sekä kuntoutuksen asiantuntijayhteistyötä, tulee laajentaa kaikkia

mielenterveyspalveluita koskevaksi. Silloin sairaanhoitopiirin edellytettäisiin toimivan yhteistyösopimusten aikaansaamiseksi aloitteellisesti. Lisäksi terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulisi järjestää vähintään kerran vuodessa yhteistyökokous, johon kutsutaan kunnan tai kuntayhtymän alueella mielenterveystyötä tekevät tahot, myös yksityiset yhteisöt ja muut palveluiden tuottajat (ks. kuvio 1., luku 3.1.). Laki kuntoutuksen asiantuntijayhteistyöstä tuo esiin lisäksi tarpeen ulottaa yhteistyötä yli eri hallinnonalojen sosiaali- ja terveydenhuollosta työvoima- ja opetusviranomaisiin ja Kelaan. Mielenterveystyön – ei pelkästään mielenterveyspalveluiden – koordinoimattomuuteen ja hajanaisuuteen on kiinnitetty huomiota lisäksi esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa ”Rakenteista sisältöön...” (2002), jossa ehdotetaan, että kunnan korkeimman poliittisen elimen tulee tehdä päätös siitä, miten mielenterveystyö kunnassa järjestetään ja kuka siitä vastaa. Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportissa (2003) korostetaan, että käynnistynyttä poikisektoriaalista yhteistyötä tulee jatkaa ja kehittää. Edellä esitetyt ehdotukset ovat keskenään yhdensuuntaisia ja ne ovat sopusoinnussa edellä mainitun lasten ja nuorten mielenterveystyötä koskevan asetuksen ja kuntoutuksen asiakasyhteistyön kanssa, mutta mielenterveyspalveluiden jäntevät toimintakokonaisuudet edellyttävät paikallisella, seudullisella ja sairaanhoitopiirikohtaisella tasolla tehtäviä yhteistoimintasopimuksia ja toimintaa niiden mukaisesti, potilaskohtaisesti tarkoituksenmukaisella tavalla.

Kasvatus- ja perheneuvoloiden ja päihdepalveluiden toiminta on jäänyt irralleen muista mielenterveyspalveluista, joten perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon muodostama toiminnallinen kokonaisuus on otettava aktiivisen kehittämistyön kohteeksi. Kansalaisjärjestöjen, erityisesti potilas- ja omaisjärjestöjen toiminnan tuottama panos on koordinoitava mielenterveyspalveluiden kokonaisuuteen. Hajanaisuuteen on yritetty saada jäntevyyttä käytössä olevan informaatio-ohjauksen keinoin, mutta toistaiseksi se ei ole johtanut tehokkaisiin ja tarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin.

Työryhmä tarkasteli työnjakokysymyksiä myös potilaskeskeisestä työryhmien työn jäsentelyn näkökulmasta. Mielenterveyspotilaiden asioita hoidetaan terveydenhuollon ohella varsin usein sosiaalihuollossa. Potilaita tavataan asiakaina esimerkiksi lastensuojelussa, päihdehuollossa, toimeentulotuen asiakkaina, kotipalvelussa ja vanhustenhuollossa. Sosiaalihuollon tehtävänä on lain mukaan edistää kansalaisten sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Yksilön kannalta sosiaalisessa toimintakyvyssä on kyse yhteisöelämässä tarvittavista valmiuksista ja kyvystä käyttää hyväkseen tarjolla olevia mahdollisuuksia ja lisätä omia toimintaedellytyksiään. Sosiaalinen turvallisuus on sidoksissa jokapäiväiseen selviytymiseen, jota esimerkiksi työttömyys, asunnottomuus tai muut vastaavat asiat heikentävät. Moniammatillinen yhteistyö ja yhteydenpito erityisesti perusterveydenhuollon ja kunnan sosiaalitoimen työntekijöiden välillä on välttämätöntä. Yhteydenpidosta, menettelytavoista ja vastuuhenkilöistä on tarpeen sopia myös yksilötasolla, jossa yhteistyövälineenä on käytettävissä sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja asemasta annetun lain mukaiset hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Erääksi työnjaon selkiyttämistä vaativaksi pulmaksi tunnistettiin ostopalvelusopimusten tekeminen erilaisten hoito-, tuki- ja kuntoutuskotien kanssa sekä niihin sijoittuneiden potilaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen.

Käytännössä kyseinen hoito-, tuki- ja kuntoutuskoti voi olla joko sosiaalipalvelua tai terveydenhuollon laitos. Milloin kyse on sosiaalihuollon yksityisestä palvelusta, asiasta säädetään laissa ja asetuksessa yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (1996). Edellä mainitussa laissa (3 § 3 mom.) todetaan muun muassa, että tällaisten “palvelujen on perustuttava sopimukseen tai hallintopäätökseen, johon tarvittaessa liittyy yhdessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa laadittu palvelu-, huolto-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma”. Mikäli taas kyseessä on terveydenhuollon laitos, niin sitä koskee laki ja asetus yksityisestä terveydenhuollosta (1990). Yksityisiä sosiaalipalveluja koskevan lain 3§:n mukaista säännöstä ei terveydenhuollon vastaavassa laissa esiinny. Lääninhallitus myöntää luvan hoito- ja kuntoutuskotien toimintaan sekä ohjaa ja valvoo niiden toimintaa. Ongelmallisissa määrittelytilanteissa lääninhallituksissa on menetelty siten, että kyseiselle hoitokodille on annettu luvat sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon lainsäädännön mukaisesti. Hoitokodin sijaintikunnan velvollisuus on niinkään valvoa hoito- ja kuntoutuskotien ja niiden toiminnan laatua.

Mielenterveyspalveluissa on tarpeen etsiä ja kokeilla eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä uudenlaisia työn ja vastuun jakomalleja eli henkilöstön työnjakoa, toimintatapoja ja vastuualueita on uudistettava. Eri ammattiryhmien välisen työnjaon uudistamista pidetään tällä hetkellä yhtenä keinona parantaa palveluiden nykyisiä puutteita. Tässä tarkoituksessa kansallinen terveysprojekti on käynnistänyt 15 työnjaon uudistamista koskevaa alahanketta, joiden tuloksia seurataan ja sovelletaan myös mielenterveyspalveluissa. Työryhmän kokoamissa kannanotoissa sekä kuulemis- ja keskustelutilaisuudessa saatiin kritiikkiä niistä toimintatavoista, joiden tuloksena syntyy psykologien, sosiaalityöntekijöiden ja hoitohenkilökunnan työhön tehottomuutta. Eri ammattiryhmien omien toimialueiden vartioinnin tiedetään lisäksi vahvistavan osaamisen hukkakäyttöä. Hoivan, huolenpidon, kuntoutuksen ja sosiaalityön osuus jää nykyisissä mielenterveyspalveluissa liiaksi katveeseen, vaikka niillä olisi häiriöitä ehkäisevä ja kärsimystä lievittävä merkitys potilaille ja ne voisivat toimia nykyistä tehokkaammin kuntoutumisen tukena. Työnjakoa kehitettäessä pidetään yhtenä parannuksena sitä, että jokaisella potilaalla on nimetty vastuuhenkilö, johon potilas omaisineen voi ottaa yhteyttä ja joka pitää yhteyksiä muuhun hoitojärjestelmään heidän asioissaan.

Mielenterveyspalveluiden hajanaisuutta tulisi pyrkiä korjaamaan potilaskeskisesti eri osaamiset integroivaa toimintamallia käyttäen. Seuraavassa otetaan esiin eräitä mielenterveyspalveluissa kokeiltuja työnjaon kehittämistä tavoittelevia toimintamalleja:

- a) Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, erityisesti psykoottisten potilaiden hoidossa, on Valtakunnallisen Skitsofreniaprojektin (1981–1987) osahankkeena uusien skitsofreniapotilaiden hoidossa kehitetty uutta työnjakomallia. Lähtökohtana on ollut Alasen (Alanen 1993, Alanen ym. 1986, 1990, 1991) kehittämä tarpeenmukaisen hoidon malli, joka sisältää työnjakoa uudistavan ulottuvuuden. Keroputaan sairaalassa kehitetyn Länsi-Pohjan psykiatrisen hoitomallin eli “Keroputaan mallin” keskeisiä piirteitä ovat perhekeskeisyys, verkostotyö ja hoitokokoukset, joiden myötä työnjako on alkanut kehittyä (Haarakangas 1997). Hattelmalan sairaalassa käynnistettiin 1986 kehittämis- ja tut-

kimusprojekti, jossa perustettiin Suomen ensimmäinen skitsofreniaprojektin suositusten mukainen psykoosiryhmä. Työnjakoa ja toimintatapoja muokattiin perhekeskeiseen suuntaan (Tuori 1992). Tarpeenmukaisen hoidon mallia on Suomessa kokeiltu, kehitetty ja tutkittu myös 1990-luvulla ja hankkeista on saatavissa informaatiota useista julkaisusta (esim. Lassila 1998, Aaltonen ym. 2000, Lehtinen ym. 2000, Saari 2002, Heikkinen 2003). Tarpeen mukaisen hoidon työnjakomallissa integroidaan erilaiset osaamiset joustavasti potilaan käyttöön. Mallissa käytetään horisontaalista asiantuntijuutta tehokkaasti ammattireviirejä purkamalla ja asiantuntijuuksien välisiä rajoja ylittämällä. Mallissa puretaan rituaalit ja etsiydytään avoimeen vuoropuheluun, hoitojärjestelmän valta pyritään saamaan vähäisimmilleen ja potilaan valinnanvapaus suurimmalleen, johtajuutta ja hoito-organisaatioita kehitetään, omahoitaja toimii keskeisenä hoidon toteuttajana ja koko hoitoympäristö tukee potilaskohtaista tarpeenmukaista työtä (Aaltonen ym. 2000). Tarpeenmukaista hoitoa eri näkökulmista valaisevaa tutkimusta on toistaiseksi tehty lähinnä kuvailevana tutkimuksena tai toimintatutkimuksen lähestymistapaa käyttäen, mutta satunnaistettuja koe-kontrolliasetelmaan perustuvia vaikuttavuustutkimuksia ei ole tehty.

- b)** Suomessa kehitetään ja kokeillaan parhaillaan yksilökohtaisen palveluohjauksen -mallia, jota kutsutaan myös omaneuvojamalliksi tai omatyöntekijämalliksi. Se on Case-Management (ks. esim. Marshall ym. 1995, Applebaum & White 2000) mallin sovellus ja sen yksi suomalainen toteutus kehitettiin Satakunnan makropilotti (1999–2001) -hankkeessa (Liikanen & Virtanen 2002). Palveluohjaus-mallia on kokeiltu esimerkiksi sosiaalihuollossa (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, Ala-Nikkola & Valokivi 1997), psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa Jorvin psykiatrisessa kuntoutuksessa (Jääskeläinen ym. 2001), mielen-terveystyössä neljän kunnan ja yhden kuntayhtymän palveluissa (Kokkola ym. 2002) ja parhaillaan Pirkanmaan mielen-terveystyön kehittämishankkeessa (Sundström & Kilku 2003). Palveluohjausmallissa nimetään potilaalle pysyvä palveluohjaaja, omatyöntekijä (ks. key worker, Jenkins ym. 2002), joka auttaa potilasta ja hänen omaisiaan hoidon toteutuksessa ja palveluiden valinnassa, seuraa palveluiden käyttöä ja muuttaa tarvittaessa potilaan hoitokokonaisuutta. Palveluohjaaja tai omatyöntekijä (Kokkola ym. 2002) koordinoi potilaansa asioita, välittää ne moniammatilliseen työryhmään ja konsultoi tiimin jäseniä tarkoituksenmukaisella tavalla. Voidakseen toimia potilaan asioissa tehokkaasti, omatyöntekijä tarvitsee välittömän esimiehensä sekä ylimmän johdon ehdottoman tuen ja toimintojen mahdollistamisen (Kokkola ym. 2002). Marshall ym. (2003) ovat tehneet katsauksen kansainvälisistä Case Management -mallia käsittelevistä tutkimuksista. Tulosten mukaan mallin käyttö tukee potilaiden pysymistä palveluiden piirissä ja lisää sairaalan käyttöä parantamatta potilaiden toimintakykyä tai elämänlaatua. Mallin käyttö voi myös Marshall ym.:iden katsauksen mukaan lisätä kustannuksia. Suomen Psykiatriyhdistys ei pidä ”tavanomaista yksilöllistä palveluohjausta” kaikilta osin

parhaana tapana koordinoita skitsofreniapotilaiden hoitoa (Käypä hoito -suositus, Skitsofrenia, 2001). Suomalaisten kehitteillä olevien palveluohjausmallin sovelluksista ei ole käytettävissä vaikuttavuutta tai kustannus-vaikuttavuutta arvioivia satunnaistettujen tutkimusten tuloksia.

- c) Eri terapiamuotojen käyttö ja käytötapa on merkityksellinen kehitettäessä mielenterveyspalveluihin uusia työnjakomalleja. Niiden potilaskohtainen ajan- ja resurssien käyttö heijastuu nimenomaan työnjakokysymyksiin ja työn tehokkuuteen. Mielenterveyspalveluissa on tarpeen kehittää uusia työryhmäperustaisia ja konsultatiivisia potilaskeskeisesti toteutettavia työnjakomalleja, joissa saadaan eri ammattiryhmien osaaminen tehokkaaseen käyttöön.

5.2 Työnjaon kehittämisen kriittiset pisteet mielenterveyspalveluissa:

1. Mielenterveyspalveluiden ja vastuun hajautumisen vuoksi eri palveluiden tuottajien väliset yhteistyösuhteet ja toimintasäännöt ovat jääneet kehittämättä eikä nykyinen taloudellis-hallinnollinen johtamisjärjestelmä ole kyennyt huolehtimaan kokonaisuudesta tarkoituksenmukaisesti.
2. Poliittisen johdon ja virkamiesjohdon välisessä työnjaossa on epäselvyyksiä; lisäksi eri ammattiryhmien, toimintojen ja hierarkioiden välillä on kitkaa. Taustalla on johtamisen puutteita.
3. Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon muodostama mielenterveyspalveluiden toiminnallinen kokonaisuus on hioutumaton ja osa toiminnoista ja osaamisesta on hukkakäytössä tai jää katveeseen. Psykiatrien ja terveyskeskuslääkäreiden täyttämättä olevat virat ja sijaisuuksien katkonainen täyttö estävät osaltaan toimintojen kehittämisen.
4. Kasvatus- ja perheneuvolatoiminnan, päihdepalvelujen sekä muun mielenterveyspalveluna toteutettavan sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon muodostama kokonaisuutta ei ole hahmotettu tavoitteiltaan yhtenäiseksi mielenterveyspalveluiden toimintakokonaisuudeksi. Toiminnoissa on osittain päällekkäisyyttä ja osaamisen hukkakäyttöä, osittain palvelujen tarvitsijat, esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat, jäävät ilman palveluita.
5. Yksityiset ja järjestöjen tuottamat asumis-, hoito- ja kuntoutuspalvelut ovat kehittyneet nopeasti julkisten palveluiden rinnalle. Näiden palveluiden piirissä olevien potilaiden hoito jää usein irralliseksi julkisista palveluista.

6. Psykiatriset, erityisen vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivät krooniset ja haasteelliset potilaat saattavat pudota kokonaan hoitojärjestelmän ulkopuolelle.
7. Kansalaisilla on uudenlaisia palveluiden tarpeita ja henkistä pahoinvointia, joiden seurauksena palvelujärjestelmään kohdistuu lisääntyvää kysyntää. Nykyinen järjestelmä on kyvytön resurssiensa, osaamisensa ja lähestymistapansa vuoksi vastaamaan kasvavaan kysyntään.
8. Kansalaisjärjestöjen, tässä yhteydessä erityisesti potilas- ja omaisjärjestöjen, vertaistukitoiminta ja muu palvelutuotanto on toistaiseksi saatu koordinoitua varsin vaatimattomasti julkisten palveluiden kanssa.

5.3 Ehdotukset työnjaon kehittämiseksi mielenterveyspalveluissa:

Mielenterveyslain 1 §:n määritelmässä mielenterveystyöstä ilmaistaan mielenterveystyön keskeiset tavoitteet, jotka ovat yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen.

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöhön kuuluvat toisaalta mielenterveyspalvelut ja toisaalta väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat palvelujen järjestämistä. Lain mukaan mielenterveyspalvelut ovat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

I Yhteistoimintamalli mielenterveyspalveluihin

Siitä huolimatta, että kaikkialla (ks. tarkemmin luku 2.2.) lainsäädännössä korostetaan yhteistyön tekemistä ja merkitystä ei toiminnallista palvelukokonaisuutta käytännön tasolla ole kyetty luomaan. Mielenterveyspalvelujen yhteensovittamisesta todetaan mielenterveyslain 5 §:ssä, että sairaanhoitopiirin ja sen alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntaliittojen kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus.

Mielenterveysasetuksessa (6d §) todetaan alueellisesta yhteistyöstä, että em. lain 5 §:n toiminnallisen kokonaisuuden muodostamiseksi lasten ja nuorten mielenterveystyössä tulee sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien sopia alueellisesta työnjaosta ja sen toteuttamisesta. Lisäksi terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää vähintään keran vuodessa yhteistyökokous, johon kutsutaan kunnan tai kuntayhtymän alueella lasten ja nuorten mielenterveystyötä tekevät tahot, myös yksityiset yhteisöt ja palvelun tuottajat. kokous voidaan järjestää myös useamman kunnan tai

kuntayhtymän yhteistyönä. Kuntien ja kuntayhtymien edustajien tulee sopia kokouksessa kunnallisen lasten ja nuorten mielenterveystyön tavoitteista ja käytännön työnjaosta alueella. lisäksi kokouksessa voidaan sopia siitä miten yksityiset tahot voivat olla mukana yhteistyössä. Lääninhallituksen tulee lisäksi järjestää vuosittain lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen työnjaon kehittämiseksi alueelliset yhteistyökokoukset.

Työryhmä esittää, että lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen yhteistyömalli otettaisiin käyttöön kaikkia mielenterveyspalveluja koskevana. Työryhmä esittää, että käyttöön ottoa koskevassa asiassa sairaanhoitopiirit olisivat aloitteellisia. Lisäksi työryhmä esittää (ks. tarkemmin luku 8. Päätelmät), että valtionavustuksin tuettaisiin mielenterveyspalvelujen toiminnallisia kokonaisuuksia käytäntöön juurruttavia ja mallintavia kehittämishankkeita.

II Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon työnjaon ja tehtävien täsmentäminen

Vuonna 1991 voimaan tulleen mielenterveyslain keskeisenä tavoitteena oli hoidon painopisteen ohjaaminen avohoitoon. Lain tarkoituksena oli luoda mielenterveystyön uudistamisen puitteet paitsi erikoissairaanhoidossa myös perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Mielenterveyspalvelujen järjestämisestä säädetään lain 2§:ssä seuraavaa: kunnan tulee huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslainsäädätään ja osana sosiaalihoitoa siten kuin sosiaalihoitolainsäädätään. Lisäksi erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettuna sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee huolehtia erikoissairaanhoidon annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin erikoissairaanhoidolaissa säädetään.

Työryhmän näkemyksen mukaan suurin osa mielenterveyspalveluista tulee järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Sen lisäksi, että perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävät, työnjako ja yhteistyö kaipaavat täsmentämistä, sitä tarvitaan myös sosiaalihuollossa. Sosiaalipalveluina mielenterveysasiakkaat voivat saada yleisiä sosiaalipalveluja sosiaalihoitolain nojalla. Sen sijaan mielenterveysasiakkaan palvelukokonaisuudessa sosiaalipalvelujen ja esimerkiksi sosiaalityön rooli on täsmentymätön.

Perusterveydenhuoltoon kuuluvat varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen ja ehkäisevä mielenterveystyö, akuuttiin kriisiin joutuneiden ja psyykkisesti sairastuneiden ensiapu, hoito ja hoitoonohjaus, lievistä mielenterveyden häiriöistä kärsivien hoito, osa psykiatristen pitkäaikaispotilaiden hoidosta, somaattisesti sairastuneiden psyykkisistä ongelmista kärsivien hoito sekä psykosomaattisista häiriöistä kärsivien hoito. Perusterveydenhuolto koordinoi hoitovastuullaan olevien asiakkaiden hoito- ja kuntoutusverkostoja. Toimintaan kuuluu potilaskohdainen yhteistyö asianomaisten toimijoiden kanssa.

Perusterveydenhuollon henkilöstöllä on oikeus saada psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta säännöllisesti tarvitsemaansa laadukasta konsultaatiota, koulutusta ja työnohjausta yhtenäisten ja oikea-aikaisten hoitokokonaisuuksien varmistamiseksi. Lisäksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon vastuulla olevan tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnan on tuettava perusterveydenhuollon toimintaa. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulee kehittää valtakunnallisiin Käypä hoito ohjeisiin nojautuen paikallisesti sovellettavia konkreettisia psykiatristen potilaiden tutkimus- ja hoito-ohjelmia.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vastuulle kuuluvat vakavasti oireilevat ja sairastuneet psykiatriset potilaat. Tähän ryhmään kuuluvat useimmiten ne lapset, nuoret ja vanhukset, joilla on vakava mielenterveyden häiriö sekä aikuispotilaat, joilla on esimerkiksi psykoositasoinen sairaus, vakava mielialahäiriö tai työ- ja toimintakykyä rajoittava persoonallisuuden häiriö. Potilaiden diagnostiikasta sekä hoito- ja kuntoutuspalveluiden asianmukaisesta toteutumisesta vastaa psykiatrian erikoislääkäri. Toiminta käytännön tasolla on parhaiten toteutettavissa erikoislääkärin johtaman moniammatillisen työryhmän avulla. Erikoissairaanhoidon yksiköiden tulee olla niin suuria, että niissä kyetään turvaamaan tarvittava osaaminen ja ne pystyvät tuottamaan alueellaan laadukkaat ja riittävät palvelut.

Sairaanhoitopiirit vastaavat psykiatrisen erikoissairaanhoidon avo- ja sairaalapalveluiden asianmukaisuudesta toimialueellaan laatusuosituksen ja käypä hoito –ohjeiden mukaisesti. Ne koordinoivat alueellista yhteistyötä, arvioivat mielenterveyspalveluiden tarvetta sekä pyrkivät kehittämään palveluita tasapuolisesti.

Edellä olevien työnjaollisten näkemysten lisäksi työryhmä esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö määrittäisi esimerkiksi kansallisen sosiaalialan kehittämisohjelman yhteydessä sosiaalipalvelujen ja erityisesti sosiaalityön tehtäväkentän mielenterveysasiakkaiden palvelukokonaisuudessa. Sosiaalityön tehtäväkentän määrittelemine voi tapahtua yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaalityön neuvottelukunnan kanssa.

III Mielenterveyspalvelut osaksi asiakkaan mielenterveystyön koordinoitua kokonaisuutta

Mielenterveyspalvelut on niveltävä toimivaksi osaksi laajaan mielenterveystyön kokonaisuuteen, jolla tarkoitetaan lääketieteellisin perustein annettavan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun lisäksi “yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä”. Mielenterveyspalveluiden toiminnalliset kokonaisuudet vaativat kehittämistä (ks. kohta I Yhteistoimintamalli mielenterveyspalveluihin). Edellisen lisäksi myös kokonaisvastuu asiakkaan hoidosta ja palvelusta on usein riittämätöntä. Myös työntekijöiden, eri ammattiryhmien ja muiden alan ammattilaisten yhteistoimin-

taa, verkottumista ja moniammatillista työtettä tulee kehittää. Eräänä välineenä tähän on sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (2000, 7§) mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on mahdollisuuksien mukaan laadittava yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Työryhmä ehdottaa seuraavaa:

Mielenterveyspalveluiden ja muun mielenterveystyön, esimerkiksi kansalaisjärjestöjen organisoiman vertaistuki-, oma-apu- ja tukihenkilötoiminnan välistä yhteistyötä ja kansalaisia informoivaa ja tukevaa yhteistoimintaa tulee kehittää ja lisätä.

Sosiaalitoimistojen työn, kasvatus- ja perheneuvoloiden työn, päihdepalveluiden ja muiden sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee yhdessä muodostaa toimiva kokonaisuus, jotta vältetään toimintojen päällekkäisyys ja asiakkaiden ja potilaiden jääminen ilman tarvitsemaansa oikea-aikaista apua.

Eri ammattiryhmien ja eri hierarkkisten tasojen välistä yhteistyötä ja työnjakoa, vastuuta ja valtuuksia tulee kehittää tarkoituksenmukaiseksi ja joustavaksi; Kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi perustetun hankkeen kehittämistä toimivia työnjakomalleja tulee soveltaa myös mielenterveyspalveluissa.

Asiakas-, potilas- ja kuntoutujälähtöisyyden sekä hoidon jatkuvuuden lisäämiseksi ja varmistamiseksi tulee jokaiselle asiakkaalle / potilaalle nimetä vastuuhenkilö, johon potilas itse voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ja joka koordinoi hoitoa muiden työntekijöiden kanssa.

IV Uusien palveluiden ja toimintamallien kehittäminen

Kansalaisten henkinen pahoinvointi on muuttunut ja lisääntynyt globaalien, kansallisten, alueellisten ja paikallisten olosuhteiden muuttumisen myötä, vaikka mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys onkin pysynyt ennallaan. Palveluiden kysyntään tulee reagoida tarkoituksenmukaisesti, joten työryhmä esittää seuraavaa:

Kansalaisten henkistä pahoinvointia ja uusia ongelmia ei tunneta riittävästi, joten näitä ajankohtaisia ilmiöitä tulee analysoida, tutkia ja tuoda keskusteluihin. Uudessa yhteiskunnallisessa tilanteessa on luotava olosuhteet kansalaisten hyvää vointia edistäviksi ja kehitettävä menetelmiä ja toimintatapoja, jotka tukevat kansalaisten itsenäistä ja omaehtoista selviytymistä. Kuntatasolla on huolehdittava siitä, että uusien toimintojen kehittämisen kokonaisvastuu määritetään tarkoituksenmukaisella tavalla.

Mielenterveystyössä - ei pelkästään mielenterveyspalveluissa - on kehitettävä uusia ja tarkoituksenmukaisia kansalaisten auttamisen, tukemisen, hoidon ja kuntoutuksen toimintamalleja, esimerkiksi kynnyksettömiä vastaanottoja.

6. Työrasitus ja jaksaminen mielenterveyspalveluissa

“Työuupumusta lisää työn ulkoapäin ohjautuvuus eli ettei voi päättää, mitä tekee, milloin tekee ja miten nopeasti tekee. On sama, tuottaako tulosta vai tappiota, aina on sama tili!” (Kannanotot)

6.1 Työrasituksen ja työssä jaksamisen tarkastelua

Tietoa työrasituksesta ja työssä jaksamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa tai julkisissa palveluissa yleensä on saatavissa runsaasti. Erityisesti mielenterveyspalveluissa tehtyä tutkimusta sen sijaan on varsin niukasti. Kirjallisuuden perusteella työrasitus ja toisaalta työssä jaksaminen, työhyvinvointi ja työn imu ovat käsitteellisesti eri asioita (Hakanen 2002 a,b). Eri näkökulmien perusteella työrasitusta ja työssä jaksamista tarkastellaan seuraavassa sen informaation ohjaamana, jota saatiin työryhmän tekemien kannanottopyyntöjen perusteella sekä julkishallinnossa tehtyjen kehittämis- ja tutkimushankkeiden perusteella.

Työrasituksesta mielenterveyspalveluissa

Mielenterveyspalveluissa toimiva henkilöstö pitää pyydettyjen kannanottojen mukaan nykyistä työrasitusta jatkuvan muutoksen ja epävarmuuden tuloksena, *“pitäisi nähdä, mitä muutetaan ja mitä siitä tuli!”* (Kannanotot). Jatkuvassa kiireessä yritetään selviytyä liian suuresta työmäärästä. Kaikki yrittävät tehdä *“tulosta”* samalla kuitenkin työnilo katoaa. Syntyy riittämättömyyden tunteita, kun työmäärä palveluiden kysynnän myötä kasvaa, mutta resursseja tehtävään työhön on liian vähän. Kannanotoissa tuodaan esiin, että psykiatriseen erikoissairaanhoidon kohdistuu kohtuuttomia paineita, koska 1) peruspalveluissa ei ole riittävästi resursseja ja osaamista. 2) Potilaiden asiat pitkittyvät ja mutkistuvat ja samalla alkaa syntyä työturvallisuusriskejä. 3) Osa palveluiden suuresta kysynnästä perustuu työnjaon epäselvyyteen, jonka seurauksena psykiatristen potilaiden asunto- ja toimeentuloasioita ja muita arkielämän pulmia siirryy hoidettavaksi erikoissairaanhoidon, vaikka niiden pitäisi ratketa varhain esimerkiksi sosiaalihuollossa tai perusterveydenhuollossa ennen erikoissairaanhoidon tarvetta. 4) Osa henkilöstöä rasittavista pulmista ja pahoinvoinnista on luonteeltaan sellaista, ettei niihin lainkaan tarvittaisi mielenterveyspalveluita, vaan muita toimintoja, joita pitäisi kehittää ajankohtaisiin tarpeisiin.

Työrasituksen aiheuttajina tunnistetaan olevan turhaa byrokratiaa, jäykkyyttä ja joustamattomuutta. Hallintoa ja hoidon porrastusjärjestelmää pidetään ras-

kaana, *“koko porrastus on ongelma, on liikaa portaita ja luukkuja, ymmärryksen sisältö köyhtyy”* (Kannanotot). Lainsäädännön sekä erilaisten ohjeiden katsotaan olevan ristiriidassa käytännön toimintamahdollisuuksien kanssa. Syntyy eettisiä ristiriitoja ja kuormitusta. Johtavien viranhaltijoiden kapea-alaista asiantuntijanäkemyistä johtamisessa kritisoidaan samoin kuin sitä, ettei työntekijöillä ole selvää käsitystä omista autonomisista toimintamahdollisuuksistaan eikä mahdollisuuksia vaikuttaa omaa työtään koskeviin ratkaisuihin. Ristiriita taloudellisen korostuksen ja potilaiden tarvitseman hoidon välillä kiteytyy viestissä, jonka mukaan ei enää tiedetä, onko *“suoritteiden kustannusvaikuttavuus vai hoitoprosessi”* tärkeämpää (Kannanotot). Potilaita pompotellaan, viihtymättömyys kasvaa ja monet lääkärit jättävät paikkansa. Tulosjohtamisen katsotaan lisänneen ristiriitaa ja byrokratiaa: *“esimiehiä ja johtajia on enemmän kuin koskaan ja luottamushenkilöt ajattelevat vain säästöjä ja rahaa. Vaikka mitä tekee, tekee aina väärin!”* (Kannanotot).

Työryhmän keräämissä kannanotoissa on yhdensuuntainen sisältö Nakarin ja Valteen (1995) tulosten kanssa. He tutkivat 1990-luvun puolivälissä työyhteisöjen menestymistä tavoitteena parantaa henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista sekä tätä kautta toiminnan tuloksellisuutta. He toteavat raportissaan, että kunnallishallinnossa on vaikuttanut yhtaikaa monet uudistukset (vrt. luku 2. ja 3.) ja taloudellinen lama, niukkuus ja supistukset, joiden vuoksi kunnallishallintoa on alkanut leimata epävarmuus ja ennakoimattomuus. Tämän kehityksen seurauksena työpaikoilla on lisääntynyt henkilöstön hyvinvointia ja työyhteisöjen toimivuutta haittaavia tekijöitä, kuten negatiiviseksi koettu kilpailu, kiristyneet esimies-alaisuudet, työyhteisöjen konfliktit, klikkiytymiset, syntipukkien etsintä ja suosikkijärjestelmät. Työtahti on kiristynyt ja henkinen kuormittavuus kasvanut, työyhteisöjen sosiaaliset tukiverkostot ovat löystyneet, henkinen pahoinvointi, ahdistus ja masentuneisuus ovat lisääntyneet, työyhteisöjen ilmapiiri on heikentynyt ja yhteisöissä ilmenee apatiaa ja näköalattomuutta. Tutkijat toteavat, että laman jälkeen työelämän laatu on kehittynyt yksiselitteisesti kielteiseen suuntaan. Työrasitusta selittävä informaatio vahvistuu myös Suonsivun (2003) tutkimustuloksissa. Hän tutki Pirkanmaan sairaanhoitopiirin viidessä sairaalassa niitä organisaatio- ja työyhteisötekijöitä, jotka ovat yhteydessä hoitohenkilöstön masennukseen. Koetun masennuksen lisäksi tutkittiin sitä, minkälaisina työyhteisöt näyttäytyivät hoitotyöntekijöiden kokemuksissa ja millaisia odotuksia he loivat hyvinvointia edistävälle organisaatiolle. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyöntekijöistä (N=255) 21.6 % tunsi itsensä masentuneeksi, ja 54.1 % koki olevansa uupuneita. Koetun masennuksen syinä pidettiin 69,2 %:ssa työelämäään liittyviä työyhteisöllisiä, työstä johtuvia tai organisatorisia tekijöitä. Näitä olivat hallitsemattomat ja osin perustelemattomat muutokset seurauksineen, perustyöstä etäännyntynyt johtaminen ja työkuulttuuriset tekijät. Organisaatioissa ei tuettu itsensä masentuneeksi kokeneiden hoitotyöntekijöiden jaksamista eikä organisaatiotasoisia ja työyhteisöllisiä toimintamalleja masennuksen ehkäisemiseksi, masentuneiden tukemiseksi tai hoitamiseksi juuri ollut.

Psykiatrisen hoidon joutuminen 1990-luvun alussa muita lääketieteen erikoisaloja suurempien muutosten kohteeksi näkyy edelleen henkilökunnan suhtautumisessa työhönsä. Hoitopaikkojen nopeampainen väheneminen merkitsi voimakkaita muutoksia ja epävarmuutta. Miettisen ja Lehtosen (2000) tekemän selvityksen mukaan vielä vuosikymmenen lopussakin erään yliopistol-

lisen keskussairaalan psykiatrisen alueen henkilökunnasta vain kolmasosa koki tulevaisuutensa turvalliseksi. Muutosten seurauksena avoterveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö vaikeutui huomattavasti, eikä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa toimivalla henkilöstöllä aina ole ollut tarvittavaa tietämystä ja kokemusta psykiatrisesti vaikeasti sairaiden potilaiden hoitamisesta.

Tieto mielenterveyspalveluista vastaavan henkilöstön työskentelyolosuhteista pohjautuu pitkälti valtakunnallisten kyselytutkimuksen tuloksiin. Työterveyslaitos ja Stakes selvittivät vuoden 1999 lopussa kaikkien sosiaali- ja terveysalalla toimivien ammattiryhmien näkemyksiä työoloistaan ja kuormittumisestaan työssä (Wickström ym. 2000). Lisäksi Työterveyslaitos on selvittänyt yhdessä Suomen Lääkäriliiton kanssa lääkäreiden työoloja ja kuormittumista erikoisaloittain (Töyry ym. 2000). Suomen Psykiatriyhdistys on selvittänyt syyt työpaikan vaihtamiseen jäsenkuntansa keskuudessa (Korkeila ym. 2000). Parasta aikaa käynnissä olevasta valtakunnallisesta hoitajien terveydenhuoltoalalta pois hakeutumista koskevasta tutkimuksesta on käytettävissä alustavia tuloksia mielenterveyspalveluissa toimivasta henkilöstöstä (Laine 2003).

Vuonna 1999 koko sosiaali- ja terveysalaa koskevaan kyselyyn vastasi 145 mielenterveys- ja päihdetyöntekijää, joista 41 toimi avoterveydenhuollossa ja 104 sairaalassa. Koska etenkin avoterveydenhuollossa toimivien määrä on varsin pieni, ei tuloksista ole mahdollista vetää sitovia johtopäätöksiä. Tulokset antavat kuitenkin suuntaa antavaa tietoa. Kyselyyn vastanneiden mukaan mielenterveys- ja päihdetyöntekijät eivät ole yhtä tyytyväisiä työolosuhteisiinsa kuin muilla sektoreilla toimivat. Mielenterveyspalveluissa ilmoitetaan yleisimmin syyksi jatkuva monimutkainen ongelmanratkaisu. Huoli potilaiden väkivaltaisuudesta on yleistynyt. Yli puolet kyselyyn vastaajista katsoi tarjolla olevien mielenterveyspalveluiden määrän riittämättömäksi, mikä on selvästi enemmän kuin vuonna 1992 tehdyssä valtakunnallisessa kyselyssä. Mahdollisuuksia vaikuttaa työmäärään ja työtahtiin pidettiin kuitenkin suurempana kuin muilla sektoreilla. Työnohjausta oli mielenterveyspalveluissa saanut selvästi useampi työntekijä kuin muilla sektoreilla. Työorganisaation johtamiseen oltiin tavallista tyytymättömpiä. Keskimäärin 14 % mielenterveyspalveluissa toimivista ilmoitti, että heillä on huomattavia vaikeuksia selviytyä työstään. Psykologit ja psykoterapeutit ilmoittivat olevansa erityisen ahtaalla. Henkilöstön arviot omasta työkyvystä ovat mielenterveyspalveluissa muita sektoreita huonommat. Halua vaihtaa toiselle sektorille ei juuri esiintynyt, vaan lähinnä haluttiin kokonaan pois työelämästä. (Työntekijöiden näkemyksiä työoloistaan havainnollistetaan taulukossa 2.)

Lääkärikuntaa kokonaisuudessaan koskeva valtakunnallinen kysely osoitti, että psykiatrit pitävät vakavaa uupumusta selvänä vaarana (43 %) selvästi yleisemmin kuin lääkärikunta keskimäärin (22 %). Sidonnaisuutta työhön pidettiin psykiatrien keskuudessa yleisesti liian suurena. Yksinäisyyden kokemus työssä oli psykiatreilla jonkin verran tavallista yleisempää kuin muilla lääke-reillä (Töyry ym. 2000).

Suomen psykiatriyhdistyksen tekemästä kyselystä kävi ilmi, että huonot työskentelyolosuhteet muodostivat tärkeän syyn työpaikan vaihtoon. Vastaajista 40 % ilmoitti vaihtaneensa työpaikkaa siinä toivossa, että työ uudessa työpaikassa olisi mielekkäämpää kuin entisessä. Muiksi tärkeiksi syiksi ilmoitettiin suuri työmäärä (25 %), työn pakkotahtisuus (19 %) ja paperityön paljous (19 %) (Korkeila ym. 2003).

Taulukko 2. Mielen terveyden avoterveydenhuollossa, psykiatrisissa sairaaloissa ja muissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä toimivien työntekijöiden näkemykset työoloistaan.

(Lähde: Työterveyslaitoksen ja Stakesin syksyllä 1999 tekemä valtakunnallinen kysely, Wickström ym. 2000)

	Mielenterveys- työntekijät avoterveyden- huollossa N = 41 (%)	Mieli- sairaaloiden työntekijät N = 104 (%)	Muut sosiaali- ja terveysalan työntekijät N = 2819 (%)
Palvelujen määrä riittämätön	63	59	35
Jatkuva monimutkainen ongelmanratkaisu	30	23	19
Paljon stressiä	20	13	12
Työ ei palkitse	13	7	8
Tarvitsee lisäkoulutusta	28	24	19
Voi vaikuttaa työmäärään	41	28	26
Voi vaikuttaa työtahtiin	54	40	38
Palveluketjut toimivat	17	16	29
Saanut työnohjausta	73	58	31
Moniongelmallisia potilaita	49	49	30
Motivoitumattomia potilaita	39	43	19
Väkivaltaisia potilaita	12	27	7
Potilaissa ei muutosta parempaan	25	31	18
Suuri vastuu asiakkaista	45	28	29
Vastuu työyhteisön ihmisistä	21	15	15
Taloudellinen vastuu	23	12	16
Tyytymätön johtamistapaan	58	46	32
Riittämätön tiedonkulku	50	38	37
Päätöksiä ei tehdä oikean tiedon perusteella	30	19	17
Päätökset eivät johdonmukaisia	49	38	36
Epäonnistuneita päätöksiä ei voida purkaa	32	25	22

Työn mielekkyyden arvosteleminen selittynee osin sillä, että lääkäreiden toimintaa säätelevät yksityiskohtaiset hallinnolliset määräykset. Potilaskäyntien tiheys ja käytettävissä oleva aika on usein "määrätty ylhäältä" ottamatta huomioon eroja potilasaineksessa tai varsinkaan lääkärin henkilökohtaisissa tavoissa tehdä työtä. Etenkin suurissa organisaatioissa suhteet hallintoon koetaan etäisiksi ja vaikutusmahdollisuudet pieniksi. Organisaation vaikutukset ja pyrkimys hyvään hoitoon saattavat joutua ristiriitaan (Äärelä 2000). Näyttää kuitenkin siltä, että johtamisen ongelmat mielenterveyspalveluissa ovat suurimmat avoterveydenhuollon yksiköissä, koska niissä ei aina ole selvää johtajaa. Tämä johtunee siitä, että pienen yksikön johtaja osallistuu käytännön työhön tiimin jäsenenä, jolloin hänen roolinsa johtajana hämärtyy.

Hoitotyöntekijöiden hakeutumista alalta pois selvittävässä eurooppalaisessa NEXT-hankkeessa oli mielenterveyspalveluiden 162 vastaajasta vain 26 avoterveydenhuollosta, joten mielenterveyspalveluita on tarkasteltava yhtenä kokonaisuutena. Alustavista tuloksista käy ilmi, että mielenterveyspalveluissa toimivat hoitajat harvemmin ilmoittavat olevansa hyvin motivoituneita työhönsä (29 %) kuin muuta hoitotyötä tekevät (39 %). He eivät valita työkiireitä (17 %) yhtä yleisesti kuin somaattisessa sairaanhoidossa toimivat hoitajat (31 %) ja heistä suurempi osa vapautuu nopeasti työasioita koskevista ajatuksista työstä lähdettyä.

Suonsivu (2003) katsoo tutkimuksensa päätelmissä, että terveydenhuollossa on meneillään syvä murrosvaihe, joka vaatii arvojen, ihmiskäsityksen, työympäristön ja työmuotojen uudelleenarvioinnin. Tarvitaan johtamisen modernisoimista sellaiseksi, että mekanistisesta ja epäluottamuksellisesta ihmiskäsityksestä siirrytään tasa-arvoiseen, erilaisuutta ja asiantuntijuutta arvostavaan yhteistyöhön johdon ja henkilöstön kesken. Terveydenhuollon organisaatio on menneisyytensä vanki, joka joutui 1990-luvulla irtautumaan pakosta vanhoista kaavoista ja uusiutumaan. Uusiutumisen ajaututtiin kuitenkin riittämättömyyden kokemuksiin: ylisuuriin työmääriin, ajankäytön pulmiin, tehtävien ja opittavan paljouteen, potilaiden runsaisiin ongelmiin sekä koulutuksen, omien voimavarojen ja työkykyisyyden riittämättömyyteen.

Työssä jaksamisesta

Työrasitusta aiheuttavan muutosprosessin katkaisemiseksi tarvitaan työyhteisöjen kehittämistä tavoitteena jatkuva muutoskykyisyys ja uuden oppiminen. Yhteistoiminnallinen kehittäminen on tähän tarkoitukseen hyödyllinen menetelmä (Nakari & Valtee 1995). Yhteisöjen kehittämistarpeeseen päättyy myös Suonsivu (2003, myös Syvänen 2003), joka tunnistaa työhyvinvointia edistävät yhteisöt. Sellaisia ovat yhteisöt, joissa henkilöstö koetaan resurssina, joissa kunnioitetaan ihmisten yksilöllisyyttä, kyvykkyyttä ja päätöksentekotaitoja, joissa tuetaan oppimista ja onnistumisia palkitaan. Hyvän voinnin ja jaksamisen lisäämiseksi organisaatioissa tulisi kehittää systemaattiset jaksamisen tukijärjestelmät ja muutosvalmennus, johdon, yhteistyötoiminnan, työturvallisuushenkilöstön, työkyvyn ylläpitämistoiminnan ja henkilöstön yhteistyömalleja, luottamukselliset areenat säännöllisille keskusteluille ja moderni työkulttuuri.

Siitonen ym (2002) tutkivat hyvinvoinnin mahdollistumista työpaikoilla ja päätyivät siihen, että hyvän voinnin lisääntymiseksi työpaikoilla voidaan pyr-

kiä edistämään ainoastaan hyvinvoinnin mahdollistavaa kulttuuria; hyvä vointi ja voimaantuminen on yksilön sisäinen prosessi, jota työpaikka voi tukea luomalla suotuisia ympäristöjä. Hyvää vointia edistävän kulttuurin luominen edellyttää johtavassa asemassa olevilta nöyryyttä, hienotunteisuutta ja kypsää aikuisuutta. Tutkijat toteavat, ettei hyvinvointia luovia mekanismeja onnistuttu heidän tutkimuksessaan mallintamaan, mutta hankkeessa nimettiin niitä asioita, jotka ovat keskeisiä työn ilon, voimaantumisen ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta. Keskeistä on 1) havahtuminen hyvinvointia edistävän kulttuurin luomiseen, 2) arvostava, kuunteleva, luottamusta herättävä, innostava johtajuus, 3) tarkoituksenmukaiset palauteprosessit ja 4) myönteinen, mahdollistava elämänsäsenne.

Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelman päätös- ja arviointiraportissa (2003) päädytään siihen, että työssä jaksaminen ja työhyvinvointi ei ole minkään yksittäisten toimien tulos, vaan se vaatii työpaikoilla määrätietoista yhteistä pitkäjänteistä kehitystyötä (vrt. Nakari & Valtee 1995, 03). Onnistumista tässä asiassa leimaa yhteistoiminnallinen ja vuorovaikutteinen kehittäminen, hyvä johtaminen, luottamus ja avoimuus (vrt. Siitonen ym. 2002, myös Syvänen 2003).

6.2 Työrasituksen lievittämisen ja työssä jaksamisen edistämisen kannalta kriittiset pisteet mielenterveyspalveluissa:

1. Mielenterveyspalveluissa tehdyt muutokset ovat olleet niin hallitsemattomia ja perustelemattomia, että henkilöstö kokee edelleen turvattomuutta ja epävarmuutta.
2. Mielenterveyspalveluiden johtamiseen, työskentelyolosuhteisiin ja toimintakulttuuriin kohdistuu tyytymättömyyttä. Koetaan, ettei päätöksiä tehdä oikean tiedon perusteella, että tiedon kulku johdon ja alaisten välillä on puutteellista, että päätökset ovat epäoikeudenmukaisia, eikä epäonnistuneita päätöksiä juuri pureta.
3. Muutosten seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin on tullut sellaisia mielenterveystyön osaamista vaativia asiakkaita ja potilaita, ettei henkilöstön nykyinen osaaminen ja kokemus ole riittävää näiden ihmisten auttamiseen ja hoitoon.
4. Palveluihin etsiytyvillä potilailla on entistä monimutkaisempia ongelmia, joiden ratkaisemiseen heidän omat voimavaransa eivät riitä ja joista toipuminen ei etene henkilöstön toivomalla tavalla. Asiat mutkistuvat, koska niiden ratkaisu ei suju tarkoituksenmukaisesti liian niukasti resurssoiduissa peruspalveluissa. Seurauksena on ongelmien vaikeutumista ja pitkittymistä, negatiivisten tunteiden ilmaisu ja väkivaltaisuutta, mikä aiheuttaa entistä haastavampia ongelmanratkaisutilanteita ja räsitusta.

5. Mielenterveyspalveluita kysytään sellaiseen henkiseen pahoinvointiin, johon ei nykyisessä järjestelmässä ole resursseja eikä osaamista ja jonka lievittämiseen tarvitaan uudenlaisia toimintatapoja.
6. Työryhmien toiminta on vaikeutunut edellä mainittujen työpaineiden, työryhmätyötaitojen heikkouden, johtamisen puutteiden, turvatomuuden ja osittaisen henkilöstöpulan, erityisesti psykiatripulan, vuoksi.
7. Mielenterveyspalveluissa koetaan huomattavaa eettistä kuormittumista ja ristiriitaa: työntekijät katsovat, etteivät he kykene nykyisissä olosuhteissa antamaan hyvää, potilaita auttavaa hoitoa.

6.3 Ehdotukset työrasituksen lievittämiseksi ja työhyvinvoinnin lisäämiseksi mielenterveyspalveluissa:

Työrasitusta aiheuttavat tekijät kytkeytyvät moniin työnjaollisiin ja rakenteellisiin puutteisiin, joten luvussa 5. tehdyt ehdotukset ovat samalla ratkaisuja työrasituksen lievittämiseen ja työssä jaksamiseen. Työryhmä esittää lisäksi seuraavaa:

I Resurssien tarkistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon resurssointi on saatava tarkoituksenmukaiseksi, jotta työkuorma asettuu potilaiden hoidon kannalta tarkoituksenmukaiseksi ja oikea-aikaiseksi sekä eri toimijoiden kesken tasapuoliseksi. Mielenterveyspalveluiden tarpeenmukainen järjestäminen ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa vaatii toimintatapojen selkiyttämisen (luku 5.3.) lisäksi resurssien käytön tehostusta ja lisäystä. Alueelliset erot ovat suuria, joten resurssien tarkistus tulee tehdä paikallisesti ja koordinoitusti työnjaon ja palveluiden sisällön kehittämisen kanssa.

II Osaamisen varmistus

Koulutus, työnohjaus ja /tai mentorointi sekä tutkimus- ja kehittämistoiminta on sisällytettävä luontevaksi osaksi työtä.

Mielenterveyttä ja mielenterveystyötä sisältävää koulutusta on lisättävä kaikkien ammattiryhmien opetukseen koulutuksen kaikilla tasoilla. Lähihoitajien ja sairaanhoitajien mielenterveystyön valmiuksia, erityisesti käytännön taitoja, on lisättävä. Erikoistuvien lääkäreiden, erityi-

sesti yleislääketieteen erikoislääkäreiden ja työterveyslääkäreiden, erikoistumisopintoihin tulee sisällyttää 3-6 kk opiskelua käytännön mielenterveyspalveluissa. Psykoterapiakoulutusta tarvitaan, jotta erilaisia terapioita voidaan soveltaa käyttöön myös julkisissa mielenterveyspalveluissa.

III Joustavan toimintakulttuurin luominen

Mielenterveyspalveluihin on luotava yhteistoiminnalliseen kehittämiseen perustuvia paikallisia, seudullisia ja sairaanhoitopiirikohtaisia kehittämishankkeita. Hankkeiden perustaksi tarvitaan kunta- ja / tai kuntayhtymäkohtaiset mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat ja sairaanhoitopiireissä tehtävät mielenterveyspalveluiden yhteistyösopimukset (luku 5.). Tässä yhteydessä varmistetaan paikallisesti johtamisen ja toimintakulttuurin kehittäminen sekä joustavien työ- ja lomavuorojen tai työkiertojen järjestely.

Kehityskeskustelut tulee sisällyttää säännöllisenä työhön siten, että niiden avulla lisätään työhyvinvointia, työryhmien toimivuutta ja tehokkuutta.

Henkilöstötilinpäätökset tulee ottaa käyttöön ja niiden tuottamaa informaatiota tulee käyttää henkilöstöpolitiikan kehittämisen välineenä.

Vallitsevat toimintatavat ja käytännöt tulee arvioida kriittisesti ja monien lääkärinlausuntojen todellista tarvetta tulee harkita uudelleen. Sähköistä sairauskertomusta ja muuta teknologian tuottamaa välineistöä tulee hyödyntää nykyistä tehokkaammin tietosuojalain antamien mahdollisuuksien puitteissa.

IV Yhteiskuntapoliittista keskustelua tarvitaan

Mielenterveyspalveluissa toimivan henkilöstön työrasituksen (kuten työnjaonkin) taustalla on ajankohtaisen yhteiskunnallisen murrosvaiheen aiheuttama väestön henkinen pahoinvointi, joka tuottaa uudenlaista kysyntää esimerkiksi mielenterveyspalveluihin. Osa palveluiden kysyjistä jää nykyisten mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle, koska heidän asiansa ei kuulu palveluiden piriin. Heille ei ole myöskään muita tarkoituksenmukaisia palveluita olemassa. Työryhmä ehdottaa seuraavaa:

Kansalaisten tukeminen ja auttaminen edellyttää väestön henkisen pahoinvoinnin ja sitä lisäävien ilmiöiden tutkimista, tuntemista, ja tarkoituksenmukaisen osaamisen kehittämistä.

On käytävä laajaa yhteiskuntapoliittista keskustelua kansalaisten pahoinvointia lisäävistä yhteiskunnallisista ilmiöistä ja inhimillisen hyvinvoinnin lisäämisestä yhteiskunnan kaikilla sektoreilla ja tasoilla.

7. Työvoimasta ja mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuudesta

“— epäkohtien esilletuonti on ollut tärkeää, mutta siinä leikissä alan upeus, humanisuus, työn palkitsevuus, hyvät työryhmät ja monet innovatiiviset kehitysprojektit ovat jääneet vaille julkisuutta” (Kannanotot).

Eräänä työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittelevän työryhmän lähtökohtana on ollut huoli psykiatrien määrän vähenemisestä julkisissa mielenterveyspalveluissa. Psykiatriyhdistyksen tekemän selvityksen (Korkeila ym. 2003) mukaan neljännes kyselyyn vastanneista psykiatreista oli poissa kokopäivätyöstä. Yhdistys ehdottaa vajeen korjaamiseksi kokonaisvaltaisia toimenpiteitä, “jotka kohentavat etenkin avohoidon psykiatrien työoloja ja ansiokehitystä. Psykiatrien rooli psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa tulee ottaa uudelleen tarkasteltavaksi. Nuorten, perheellisten ja naisten tarpeet tulee huomioida ohjelmallisesti”. Työryhmä piti tarpeellisenä tarkastella työn vetovoimaisuutta ja resurssien saatavuutta koko mielenterveyspalveluissa toimivan henkilöstön näkökulmasta, osittain myös laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.

7.1 Henkilöstötarpeen ja vetovoimaisuuden tarkastelua

Työryhmän keräämissä kannanotoissa mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden väheneminen perustuu pääsääntöisesti työrasituksen kanssa yhdensuuntaisiin seikkoihin. Vetovoimaisuuteen vaikuttavina seikkoina tulee toistuen esiin mielenterveyspalveluissa tehtävän työn vaativuus. Työntekijät joutuvat ottamaan vastaan avuttomuutta, hätää ja monia ongelmia epätydyttävissä ja epävarmoissa olosuhteissa palkalla, jonka moni kokee olevan vaatimaton työn vaativuuteen nähden. Pulmana pidetään myös vanhakantaista toimintakulttuuria ja sairaalapainotteista ajattelua, jossa elää *“myytti elämän täydellisestä hallitsemisesta ja vaikeus sietää erilaisuutta”* (Kannanotot). Julkinen keskustelu korostaa liiaksi mielenterveyspalveluiden kielteisiä puolia, joten työn myönteiset puolet, kuten mukavat työtoverit, palkitsevat hoitosuhteet, työn vaihtelevuus ja haasteellisuus, jäävät varjoon ja hohto työstä häviää.

Psykiatriapulasta

Suomen psykiatriyhdistys on ottanut esiin huolen psykiatriapulasta (Korkeila ym. 2003). Huoli on kotimainen, mutta psykiatrit pitävät psykiatriapulaa kansainvälisenä ilmiönä. Globaalisesti katsoen pula henkilökunnasta näyttäytyy varsinkin maaseudulla, ja pahiten oikeuspsykiatriassa, lasten- ja nuorten psykiatriassa sekä vanhuspsykiatriassa. Eurooppalaiseen psykiatripulaan on kiinnittänyt huomiota UEMS:n (European Union of Medical Specialists) psykiatrian sektio, jonka työryhmä parhaillaan kehittää eurooppalaisia suosituksia psykiatrian vetovoimaisuuden lisäämiseksi. Yhdysvalloissa psykiatripulaan on reagoitu määrittämällä lailla (Public Health Service Act amended by Public Law 101–597) erityisiä pula-alueita (mental health professional shortage area). Näitä alueita pyritään aktiivisesti tukemaan valtion kehittämisohjelmilla. Pula-alueiksi on määritelty alue jossa

- a) väestön ja mielenterveystyön ammattilaisten (psykiatrit, psykologi, psykiatrian erikoissairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä) suhde on suurempi kuin 6 000:1 (4 500:1) ja väestön ja psykiatrien suhde on suurempi kuin 20 000:1 (15 000:1), tai
- b) väestön ja mielenterveystyön ammattilaisten suhde on suurempi kuin 9 000:1 (6 000:1), tai
- c) väestön ja psykiatrien suhde on suurempi kuin 30 000:1 (20 000:1). Alhaisempia suhdelukuja (suluissa) sovelletaan alueilla, joissa psykiatristen palvelujen tarve on normaalia suurempi. Näitä ovat esimerkiksi alueet, joissa on lapsia, vanhuksia tai köyhiä kotitalouksia keskimääräistä enemmän tai joissa alkoholiriippuvuuden tai huumeongelmien esiintyvyys on suuri. Yhdysvalloissa julkisten avohoitotoimipisteiden kapasiteetin katsotaan olevan riittämätön, jos toimipisteessä on avohoitokäyntejä yhteensä kaikkien työntekijöiden luona enemmän kuin 3000/vuosi/palkattu psykiatri.

Suomessa on vuonna 2002 tehdyn lääkärikyselyn mukaan päätoimissa 864 psykiatria. Näistä 17.7 % oli sijoittuneena yksityisvastaanotoille, 5.5 % muihin lääkärin tehtäviin ja muut erilaisiin psykiatrian alan toimipisteisiin. Sairaaloissa työskenteli 390 psykiatria eli 45.1 % kaikista psykiatreista, kun taas terveyskeskuksissa ja psykiatrisissa avohoitotoimistoissa oli yhteensä 219 psykiatria eli 25.3 %. Kaikkien lääkäreiden siirtyminen yksityispraktikkaan lisääntyi vuodesta 2001 vuoteen 2002 101 lääkäriä (Vehkasaari 2002). Näistä osa on tietenkin psykiatreja, koska yksityispraktikkona työskentelevien psykiatrien määrä on vuosittain lisääntynyt. Julkishallinnon tehtävissä psykiatrivajetta lisää psykiatrien siirtyminen opiskelemaan, äitiyslomalle, osa-aikatyöhön, osa-aikaeläkkeelle ja muihin töihin (Korkeila ym. 2003). Syyskuussa 2002 kuntiin olisi voitu palkata 309 erikoislääkärinä psykiatrian virkoihin (Punnonen 2003).

Erikoistuminen psykiatriaan on tulevaisuuden kannalta psykiatreja huolestuttava asia. Feifel ym (1999, ks. myös Korkeila ym.2003) viittaavat yhdysvaltalaisen lääketieteen opiskelijoiden keskuudessa tehtyyn tutkimukseen, jonka

mukaan uusien opiskelijoiden asenne oli muuttunut psykiatriaan nähden kielteiseksi väriin uskomuksiin perustuen. Malhi ym.:iden (2002, 2003) raportoidun opiskelijatutkimuksen mukaan psykiatria pidetään älyllisesti haastavana ja kiinnostavana, mutta psykiatrin työn oletetaan olevan epämiellyttävää ja vailla tieteellistä pohjaa. Kielteinen asenne on myös yhteydessä mielenterveyspotilaiden stigmatisaatioon ja yhteiskunnallisiin asenteisiin (Feifel ym 1999).

Suomessa on huoli psykiatrien ikärakenteesta, koska eläköityviä psykiatreja on lähitulevaisuudessa enemmän, kuin uusia ajatellaan olevan tulossa alalle. Kuitenkin psykiatriaan erikoistuminen on nuorten lääkäreiden urasuunnitelmissa kolmanneksi suosituin yleislääketieteen ja sisätautien jälkeen (Lääkäri 98). Psykiatrian erikoislääkärin oikeuksia omaavien lääkäreiden määrän kehitys on 10 vuoden jakson (1993–2002) aikana kehittynyt seuraavasti (luvussa ovat mukana lastenpsykiatrit ja psykiatrit):

1993-	818	psykiatria	1998	986	psykiatria
1994	851	“	1999	1026	“
1995	889	“	2000	1070	“
1996	931	“	2001	1103	“
1997	949	“	2002	1158	“

(Stakes Tieto 2003)

Vuoden 2002 tilastojen mukaan Suomessa on 1,8 psykiatria, 0,2 nuorisopsykiatria, 0,1 oikeuspsykiatria ja 0,4 lastenpsykiatria 10 000 asukasta kohti (Stakes Tieto 2003). Vuoden 2003 tietojen mukaan psykiatrien virkoja ja toimia oli yhteensä 823, kaikista viroista ja toimista yhteensä puuttui 154 psykiatria (Ihalainen 2004). Lääkärikysely 2002:n mukaan ennakoidaan, että psykiatrian erikoislääkärin oikeudet saa vuonna 2005 34 uutta psykiatria, 2006 30 uutta psykiatria ja 2007 15 uutta psykiatria. Tällä hetkellä heitä on niin, että sairaanhoitopiireittäin yhtä työikäistä psykiatria kohden on keskimäärin 5475 asukasta. Vaihteluväli on suuri: HUS-piirissä on 4102 asukasta työikäistä psykiatria kohden, Lapin sairaanhoitopiirissä 24 124 asukasta työikäistä psykiatria kohden. (Stakes Tieto 2003). Lääketieteellisesti diagnosoitavien mielenterveyshäiriöiden määrä on pysynyt ennallaan kaksi vuosikymmentä (Aromaa & Koskinen 2002), joten psykiatrien määrän lisääntymisen perusteita on tarpeen arvioida kriittisesti. Psykiatrian erikoislääkäreiden määrä on kasvanut kahden vuosikymmenen aikana 319:sta 951:een eli kolminkertaistunut, lisäksi perusterveydenhuollon lääkärit ovat alkaneet hoitaa myös mielenterveyshäiriöisiä potilaita. Lääkäreiden ohella psykologit, sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät tekevät huomattavan määrän työtä mielenterveyspalveluissa.

Työryhmä pyysi mielenterveyspalveluita koskevassa kannanottokyselyssään arvioita tavoiteltavasta psykiatrimäärästä seuraavasti: “Mikäli psykiatrin erikoissairaanhoito organisoidaan alueellisen vastuumallin mukaisesti, on yhtä psykiatria tulevan väestömäärän oltava ____henkilöä”. Eräessä vastauksessa todetaan, että “näin yksioikoisesti ei saisi edes kysyä”, useimmissa kannanotoissa asia sivuutettiin kokonaan, mutta annetuissa ehdotuksissa psykiatreja arvioidaan tarvittavan yksi psykiatri 2000–15 000 asukasta kohden. Suomen

Lääkäriliitto ehdottaa yhtä psykiatria 8000 asukasta kohden, Suomen Psykiatriyhdistys pitää 8500–10 000 asukkaan määrää yhtä psykiatria kohden sopivana.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) päädytään siihen, että perusterveydenhuollossa on väestövastuuseen perustuva työtapa paras. Työtappaa suositellaan käyttöön, jolloin katsotaan, että yksi terveyskeskuslääkäri alle 1800 asukasta kohden antaa lääkärille hyvät mahdollisuudet vastata myös alueen mielenterveyspalveluista. Väestömäärän 1800–2200 voi arvioida turvaavan tyydyttävät ja väestömäärän 2200–3000 välttävät mahdollisuudet mielenterveyspalveluiden tuottamiseen. Sohlman ym.:iden (2003) tekemän selvityksen mukaan lähes 60 %:ssa terveyskeskuksista oli edellä mainitun kriteerin mukaan vuonna 2001 hyvät mahdollisuudet vastata mielenterveyspalveluista ja 25 %:ssakin laatusuositusten tyydyttävää tilannetta vastaava mahdollisuus. Tutkimusajankohdan jälkeen vaje terveyskeskuslääkäreistä ja sijaisista on kasvanut nopeasti.

Lehtonen ym. (2003) päättelivät, ettei mielenterveyteen liittyvien ongelmien hoito ole kattavaa eikä kovin tuloksellista. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvu viittaa heidän käsityksensä mukaan siihen, että “mielenterveyshäiriöihin ei puututa riittävän ajoissa eikä hoito ole kyllin tehokasta”. Huomio tulee kiinnittää mielenterveyden edistämiseen, kansalaisten persoonallisuuden kasvun ja toimintakykyisyyden tukemiseen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Henkilöstötarpeen ja osaamisen ennakkointia

Mielenterveyspalveluissa, kuten koko sosiaali- ja terveydenhuollon alalla, on ajankohtainen huoli, miten saadaan riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa alalle. Lähivuosina eläkepoistuma kasvaa joka vuosi siten, että terveydenhuollosta jää vuoden 2001 henkilöstömäärästä 30 % eläkkeelle 10 vuoden kuluessa, eläkkeelle lähtöjen huippuvuosi tulee olemaan 2021. Sosiaalialan ammateissa työskentelevien eläkkeelle lähtö kohoaa huippuunsa jo vuonna 2014. Vanhuuseläkkeelle (40 % eläkkeistä) lähtöjen ohella siirrytään työkyvyttömyyseläkkeelle (33 % eläkkeistä) ja yksilölliselle varhaiseläkkeelle (27 % eläkkeistä) (Halmeenmäki 2003). Yli kolmannes psykiatreista sijoittuu vuoden 2002 lopussa 50 vuotta täyttäneiden ikäryhmään, joten myös psykiatrien eläkepoistuma suurenee lähitulevaisuudessa (Korkeila ym. 2003, Stakes Tieto 2003).

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakkointitoimikunta (2001) selvitteli tulevaisuuden tarpeita ja katsoi, että lääkäreiden koulutusta on lisättävä kiireisesti ja että kasvavaan henkilöstötarpeeseen tarvitaan vuoteen 2010 mennessä lisää 12 000 uutta työntekijää. Työryhmä antaa suosituksia koulutusten aloituspaikkamäärästä. Työryhmä kuuli tässä asiassa ylitarkastaja Marjukka Vallimies-Patomäen (Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima- ja koulutustarpeiden ennakkoinnin yhteistyöryhmä, STM, 2003–2005) esityksen. Erilistä mielenterveyspalveluiden henkilöstön ennakkointia koskevaa informaatiota ei ole käytössä, mutta mielenterveyspalveluissa on ennakoitavissa yleistä linjausta myötäilevä kehitys. Reservejä ei juuri ole löydettävissä, koska maassa tällä alalla vallitsee lähes täystyöllisyys ja määräaikaisissa työsuhteissa toimineita on alettu vakinaistaa. Ulkomailla työssä olevista osan arvioidaan palavan kotimaahan, mutta määrä ei tietenkään ratkaise tulevaisuuden henkilöstötar-

peita. Ulkomaista lisähenkilöstöä tullaan ilmeisesti tarvitsemaan ja osa pulmistusta on tarpeen ratkaista kehittämällä uudenlaisia työnjakomalleja. Lääkäreiden koulutusta on lisätty jo vuosina 2001 ja 2002, terveystieteiden ammattikorkeakoulutukseen otettujen määrää lisättiin vuonna 2002 130 opiskelijalla, vuonna 2003 200:lla opiskelijalla ja vuoden 2004 lisäys on 250 opiskelijaa. Lähihoitajakoulutukseen otettujen määrää lisättiin vuosina 2002–2003 370 opiskelijalla ja Kuopion yliopisto käynnisti vuonna 2003 20 uuden terveystieteiden maisterin koulutuksen.

Huoli kohdistuu koko sosiaali- ja terveydenhuollon alalla siihen, miten saadaan uudet sukupolvet kiinnostumaan sosiaali- ja terveydenhuollosta toimialana. Kilpailu uusista alalle hakeutuvista tulee kiristymään, koska ammatteihin etsiytyvien ikäluokkien koko on lievästi pienentynyt. Mielenterveyspalveluissa huolta aiheuttaa kielteinen julkinen keskustelu, joka leimaa imagon liian negatiiviseksi.

Metsämuurosen (1998) mukaan maailmanlaajuiset, kansalliset ja paikalliset muuttuvat tekijät vaikuttavat siihen, että ihminen, työ, työmarkkinat ja yhteiskunta muuttuvat. Sosiaali- ja terveydenhuollossa pitäisi nähdä muutokset ja mukautua uusiin tilanteisiin. Uudenlainen yhteiskunta tuo tullessaan uudenlaiset tarpeet ja uudenlaiset osaamisen vaatimukset. Metsämuuronen ennakoiki tutkimuksensa perusteella, että sosiaali- ja terveydenhuollon työ muuttuu fyysisesti ja psyykkisesti entistä raskaammaksi, työtä kuitenkin alalla tulee riittämään. Yhä enemmän tulee olemaan epätyypillistä suurta joustavuutta vaativaa työtä, jossa korostuu ohjaaminen, tukeminen ja töiden koordinointi. Työn arviointi tulee korostumaan, samoin yhteistoiminnallisuus. Nykyisiä ammatteja saattaa kadota ja uusia tulla tilalle. Tulevaisuuden osaamisessa onkin keskeistä teknologian osaaminen, kansainvälisyysosaaminen ja yrittäjyysosaaminen. Samoilta henkilöiltä tullaan edellyttämään sekä laaja-alaista osaamista että erikoisosaamista, sosiaalisen osaamisen vaatimukset lisääntyvät, samoin ihmisen kohtaamisosaaminen. Peltari (1997) tutki sairaanhoitajien työn tulevaisuuden kvalifikaatioita ja päätyi samansuuntaisiin tuloksiin Metsämuurosen (1998) kanssa. Mielenterveyspalveluiden kannalta on merkittävää, että tulevaisuuden osaamisessa korostuu äänetön ja pehmeä osaaminen eli toisten huomioiminen, motivoituneisuus, ilmapiirin ja tunnelman luomisen taito, innostamisen ja innostamisen taito, intuition käyttö, esteettisyys ja ulospäin suuntautuneisuus (Metsämuuronen 1998).

Mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuudesta

Erityisesti psykiatrit ovat huolissaan nuorten polvien lääkäreiden vähäisestä hakeutumisesta psykiatrian erikoisalalle. Alan houkuttelevuudesta on tarpeen informoida opiskelijoita entistä paremmin. Vääriä olettamuksia tulee oikaista ja tietoa psykiatrian tieteellisestä perustasta lisätä. Psykiatrian houkuttelevuutta voidaan lisätä, jos lääketieteen opinto-ohjelmaa rikastetaan käyttäytymistieteiden ja psykiatrian opetuksella (Weintraub ym 1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla joudutaan entistä kovempaan kilpailuun muiden alojen kanssa, jotta uudet sukupolvet etsiytyvät alalle. Mielenterveyspalveluissa kilpailu kiristyy, koska joudutaan kilpailemaan hakijoista myös sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä. Erityisesti alhaista palkkatasoa ja työn huonoa imagoa pidetään alal-

le etsiytymisen esteenä, joten niihin kysymyksiin on ensisijaisesti puututtava henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi.

On työskenneltävä imagon parantamiseksi, työn imun lisäämiseksi ja työhyvinvoinnin edistämiseksi. Hakanen (2002a,b) tutkii työhyvinvointia, työuupumusta ja työn imua. Hän katsoo, että työhyvinvointia on lähestytty usein kapeasta ja negatiivisesta uupumisen näkökulmasta, vaikka uupumisen kääntöpuolella on myönteinen hyvinvointikonstruktio eli työn imu. Työn imu on käsitteenä kolmiulotteinen ja se koostuu tarmokkuudesta, omistautumisesta ja työhön uppoutumisesta. Hakanen (2002a) päätyy tähänastisten tutkimustensa perusteella siihen käsitykseen, että työntekijät ovat lähtökohtaisesti motivoituneita ja sitoutuneita työhönsä, jossa he ”palavat” ja kokevat työn imua. Työelämän haasteena on, miten ylläpitää tuo ”liekki” niin, ettei kukaan pala roihuten loppuun ja niin, että työn imusta kertova liekki silti palaa elinvoimaisesti läpi työuran.

Aiken’in (2003) mukaan kansainvälisissä sairaaloita koskevissa tutkimuksissa on löydetty piirteitä, joiden mukaan on alettu kehittää ”magneettisairaloita”, on lisätty suunnitellusti vetovoimaisuutta. Niissä henkilöstö on muita sairaaloita vähemmän uupunutta ja henkilöstön vaihtuvuus on muita pienempää, niissä pystytään ratkaisemaan sujuvasti potilaiden ongelmia ja niissä potilaat ovat muita nopeammin valmiita kotiutukseen. Magneettisairaalan ominaisuuksia ovat riittävä henkilöstömäärä, korkea palkkaus, johdon tuki henkilöstölle, urakehityksen mahdollistaminen, jatko-opintojen turvaaminen ja hyvät työolosuhteet. On ilmeistä, että magneettisairaalat pyrkivät pitämään yllä edellä mainittua työn imua.

Työssä jaksamisen ohjelmassa (2000–2003) havaittiin, että työilmapiiri vaikuttaa työnantajakuvaan ja työvoiman saatavuuteen. Osaajista tulee lähivuosina olemaan pulaa, joten panostus työyhteisöjen kehittämiseen parantaa työnantajakuva, varmistaa rekrytointien onnistumisen ja pienentää henkilöstön vaihtuvuutta. Osaajat valitsevat työpaikan, jossa on panostettu työyhteisöjen johtamiseen, jokaisen yhteisön jäsenen vaikuttamismahdollisuuksien lisäämiseen ja tiedonkulun parantamiseen (Filatov 2003) Uhmavaaran ym. (2003) mukaan työpaikkojen hyvää vointia ja vetovoimaisuutta voidaan lisätä joustavien työaikajärjestelyjen ja vastavuoroiseen joustavuuteen perustuvien järjestelyjen avulla. Vastavuoroinen joustavuus tarkoittaa sekä työnantajapuolen että työntekijöiden saamaa hyötyä ja joustoa.

Työryhmän käsityksen sekä pyydettyjen kannanottojen perusteella on tarpeen käynnistää monella tasolla keskustelua mielenterveydestä ja mielenterveyspalveluista. Kansalaisille tulisi järjestää koulutus- ja ”valistustilaisuuksia” ennakkoilmoitusten ja leimautumisen vähentämiseksi. Sekä peruskoulutuksen, ammatillisen koulutuksen että tieteellisen koulutuksen yhteydessä tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota mielenterveysasioiden tuntemiseen, tutkimiseen ja ihmissuhdeosaamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin valmistuvien koulutuksessa on lisättävä mielenterveystyön opetusta, koska väestön tarvitseman palvelun tulee olla asiakkaita kokonaisvaltaisesti auttavaa. Kaikkien lääkäreiden peruskoulutuksessa on vahvistettava mielenterveysosaamista, koska yleislääkäreiden toimenkuvaan kuuluu huolehtia perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Psykiatrian erikoistumisalan vetovoimaisuuden ylläpitäminen ja lisääminen haastaa lääkärinkoulutuksesta vastaavat henkilöt oikaisemaan väärät mittasuhteet saanutta kielteistä imagoa.

7.2 Vetovoimaisuuden lisäämisen kriittiset pisteet mielenterveyspalveluissa

1. Kilpailu alalle hakeutuvista opiskelijoista kiristyy, joten mielenterveyspalveluiden hajanaisuus ja selkiytymättömyys edellyttää ripeätä kokonaisvaltaista kehittämistyötä. Mielenterveyspalveluiden houkuttelevuuden esteet tulee minimoida.
 2. Mielenterveyspalveluissa toimiva henkilöstö katsoo, että heidän palkkaustasonsa on liian vaatimaton työn vaativuuteen ja pitkään ammatilliseen koulutukseen nähden.
 3. Mielenterveyspalveluiden käsittely julkisuudessa on ollut liian usein negatiivista, joten koko toimialue on näyttäytynyt lähes pelkästään kielteisessä valossa. Psykiatrisia häiriöitä kohtaan on edelleen olemassa ennakkoluuloisuutta ja potilaita pidetään häpeällisesti leimautuneina. Kielteinen imago saattaa vähentää alan vetovoimaisuutta.
 4. Mielenterveystyö edellyttää hyvää ammatillista osaamista ja psyykkistä kestävyyttä. Työntekijä saattaa kiireisissä olosuhteissa joutua vastuullisiin tehtäviin valmistautumattomana, ammatillisesti varustautumattomana ja ilman ohjaavaa taustatukea, joten on mahdollista, että koko toimialue leimautuu työntekijän mielessä luotaan työntäväksi.
 5. Aivotutkimuksen edistysaskeleet voivat lisätä alan vetovoimaisuutta, samoin lisääntyvä tietämys psykiatrisen hoidon menetelmien perustumisesta tieteelliseen näyttöön. Biologiaan painottuva suuntaus voi toisaalta vääristää kuvaa koko psykiatrian alasta, samoin psykiatrian sisällä ilmenevä koulukuntaisuus saattaa heikentää alan vetovoimaisuutta.
 6. Muuttunut yhteiskunnallinen kehitysvaihe välittyy mielenterveyspalveluihin ristiriitaisina odotuksina ja velvoitteina, esimerkiksi tehokkuusvaatimuksina ja velvoitteina lyhentää potilaiden hoitoaikoja. Vastaavana aikana työelämä on tullut entistä vaativammaksi ja potilaiden ongelmat entistä monimutkaisemmiksi. Käsiteltävän ongelmakentän moninaisuus ja palveluihin kohdistuvat suuret odotukset pitävät yllä ristiriitaisuutta.
 7. Aggressiivisten ja erityisen haasteellisten asiakkaiden osuus mielenterveyspalveluissa on kasvanut. Lisäksi monimutkaisia kiistoja, kuten perheiden juridisia pulmia ja huoltajuuskysymyksiä ratkotaan juristien kanssa sekä laaditaan potilaiden ja heidän omaistensa kannalta tärkeitä kirjallisia lausuntoja. Työhön on tullut monimutkaisuutta, jopa vaarallisia piirteitä, mikä vähentää työn vetovoimaisuutta.
 8. Päihteiden käyttö on lisääntynyt ja vaikeuttanut erityisesti mielenterveyspotilaiden hoitoa. Asiakkaiden ja potilaiden ongelmat eivät rajoi-
-

tu palveluissa olevien rakenteiden ja osaamisen mukaisesti, joten sujuvien hoitokokonaisuuksien kehittämässä on rakenteellisia ja näkemyksellisiä ristiriitoja

9. Mielen terveystalvaeluiden johtamiseen liittyy monia ongelmia ja epäselvyyksiä: vastentahtoisesti hoidettuja johtajan tehtäviä, kollegojen johtamista, kilpailua ja ristiriitaisia odotuksia.
10. Monet mielen terveystalvaeluissa toimivat työntekijät ovat hankkineet psykoterapeutin pätevyuden. Epäselvyyttä ja ristiriitaisuutta on siinä, missä määrin julkisissa palveluissa voi käyttää taitojaan.

7.3 Ehdotukset vetovoimaisuuden lisäämiseksi mielen terveystalvaeluissa

Työryhmän näkemysten mukaan mielen terveystalvaeluiden vetovoimaisuus paranee työnjakoa selkiyttävien ratkaisujen myötä (luku 5.) sekä työrasituksen lievittämiseen suunnattujen toimenpiteiden myötä (luku 6.). Edellisten lisäksi työryhmä ehdottaa seuraavaa:

I Imagon parantaminen

Mielen terveystalvaeluissa toimivat asiantuntijat herättävät arvokeskusteluja sekä yhteiskuntapoliittisia kansalaiskeskusteluja ja osallistuvat itse keskusteluun välittäen realistista ja positiivista informaatiota mielen terveystalvaeluista.

Mielen terveystalvaeluilla on vielä jäänteitä kielteisestä ja häpeällisestä leimasta, jonka hälventämiseksi on työskenneltävä palveluiden kaikilla tasoilla, opiskelijoiden kanssa ja suuren yleisön kanssa.

Opiskelijoiden opetukseen on lisättävä aineksia, jotka lisäävät tietoa mielen terveystalvaeluista, työn hyvistä puolista ja siitä, missä asioissa onnistutaan. Realistista informaatiota myös työpaikoista tulee lisätä.

II Johtamisen, työn sisällön ja resurssoinnin kehittäminen

Organisoidaan mielen terveystalvaeluiden paikallisia, seudullisia ja sairaanhoitopiirikohtaisia hankkeita, joissa kehitetään ja kokeillaan erilaisia toimintamalleja, esimerkiksi väestövastuuperiaatteella toteutettua aluepsykiatrista toimintamallia, erilaisia työnjakomalleja, entistä tiiviimpää yhteistyötä paikallisten mielen terveystalvaeluun toimijoiden kanssa ja vertaistukitoiminnan sekä muun vapaaehtoistoiminnan integroimista osaksi kansalaistoimintaa ja osaksi palveluita. Hankkeita tulisi sisällyttää ja rahoittaa osana kansallisia kehittämishankkeita.

Johtamiseen sisältyy monia ongelmia, joita on sekä tutkittava että korjattava. Tarvitaan tutkimus- ja kehittämishankkeita, joiden avulla voidaan uudistaa käytäntöjä.

Analysoidaan kriittisesti ja realistisesti, mistä ja miten kohtuuttomiksi paisuvat työmäärät koostuvat, käynnistetään korjaavat toimenpiteet sekä lisätään mahdollisuutta tehdä työssä alan tutkimustyötä.

Muutetaan työnjakoa tarkoituksenmukaiseksi, panostetaan omaisten, vapaaehtoisten ja järjestöjen kanssa tehtävään yhteistyöhön

Vahvistetaan toimenpiteitä työturvallisuuden ja työviihtyvyyden lisäämiseksi.

Kehittämistoiminnan ohella tarkistetaan resurssien kohtuullinen riittävyys erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidossa.

Mielenterveyspalveluissa on käytettävä rohkeasti erilaisia joustavia ja yksilöllisiä työaika- ja lomajärjestelyjä tavoitteena työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen parantaminen.

Henkilöstön palkkausperusteita on kehitettävä sellaisiksi, että niissä on mahdollista ottaa huomioon mielenterveystyön erityisluonne. Siten voidaan palkkauksen avulla lisätä työn houkuttelevuutta sekä työn oikeuden- ja tarkoituksenmukaista kehittymistä. Erilaiset tehtäväsiirtojen aiheuttamat vastuun ja valtuuksien muutokset tulee ottaa huomioon palkkauksessa.

III Opetuksen kehittäminen

Koulutusta on eri tasoilla kehitettävä sellaiseksi, että oppija saa valmiuksia mielenterveyspalveluissa tehtävään työhön: onnistumisen kokemuksi, toinen toistaan tukevaa yhteistyötä, koulutus- ja työnohjaustaitoja ja tiimityön valmiuksia.

Opetuksessa on kiinnitettävä huomio kunkin omien psyykkisten voimavarojen tunnistamiseen ja huoltamiseen sekä psyykkisen ylikuorman käsittelyyn niin, että taidot siirtyvät osaksi työtä.

Mielenterveyspalveluissa tarvittavia valmiuksia on parannettava lisäämällä mielenterveystyötä sisältävää koulutusta kaikkien ammattiryhmien opetukseen koulutuksen kaikilla tasoilla.

Lähihoitajien ja sairaanhoitajien valmiuksia toimia käytännön mielenterveystyössä on lisättävä.

Sekä lääkäreiden peruskoulutuksessa että erikoistumiskoulutuksessa tulee ottaa huomioon ongelmalähtöisen opetusmetodin edut ja kaikilla koulutuksen tasoilla tulee varmistaa mielenterveyspalveluissa tarvittava osaaminen. Yleislääketieteeseen ja työterveyshuoltoon erikoistuvien lääkäreiden erikoistumiskoulutukseen tulee sisällyttää 3-6 kk opiskelua käytännön mielenterveyspalveluissa.

Psykiatriaan erikoistuvien lääkäreiden opintoihin tai psykiatrien myöhempään ammatilliseen uraan tulee sisällyttää mahdollisuus vähintään erityistason psykoterapiaopintoihin niin, että heillä on mahdollisuus omassa työssään julkisissa palveluissa hoitaa psykoterapiaa tarvitsevia potilaita.

8. Päätelmät

Viimeksi kuluneen kymmenvuotiskauden aikainen kansainvälinen ja kansallinen kehitys ja monet yhteiskuntapoliittiset muutokset ovat merkinneet kansalaisille nopeasti toinen toistaan seuraavan muutoksen aikaa. Mielenterveyspalveluissa on koettu lainsäädännön uudistukset, siirtyminen informaatio-ohjaukseen ja sen uusiin painotuksiin, koventuneet arvot, työelämän rakenteiden muutokset ja sosiaalipoliittisten etujen kaventuminen. Muutosten vauhti on ollut niin raju, että sen haittavaikutukset ovat tulleet näkyviksi julkisissa mielenterveyspalveluissa. Siellä on psykiatriapulaa, siellä näkyy kansalaisten henkisen pahoinvoinnin lisääntyminen, kasvanut työrasitus ja vähitellen alkanut mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden hiipuminen. Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittävä työryhmä sai tehtäväkseen “laatia ehdotukset siitä, miten mielenterveyspalveluiden, erityisesti avohoidon, eri toimijoiden tehtäväkenttä ja työnjako tulisi määritellä, jotta eri toimijoiden ja ammattiryhmien välinen työnjako olisi tarkoituksenmukainen ja työkuormituksen kannalta kohtuullinen. Lisäksi työryhmän tehtävänä on laatia ehdotus siitä, mitä muita toimia mielenterveyspalveluiden henkilöstöpulan torjumiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan”.

Työryhmä toimi saamansa kuulemisvelvoitteen mukaisesti ja sai käsiteltäväkseen runsaasti informaatiota ja perusteltuja ehdotuksia, joiden kaikkien yksityiskohtainen esilletuominen ei tässä raportissa ole mahdollista. Työnjakokysymykset, työrasitus ja työn vetovoimaisuuteen liittyvät asiat ovat osittain kehittämiskohteina kansallisessa terveysprojektissa tai sosiaalihuollon projektissa, joten muissa hankkeissa samanaikaisessa käsittelyssä olevia asioita seurataan ja niiden tuloksia hyödynnetään myös mielenterveyspalveluissa.

Työnjako, työrasitus ja työn vetovoimaisuus kietoutuvat asioina toisiinsa. Mielenterveyspalveluiden hajanaisuus aiheuttaa selkiytymättömiä toimintoja ja rasittavia työmuotoja, jotka heikentävät alan vetovoimaisuutta. Selkiytymättömyyttä ja hajanaista toimintakokonaisuutta voi parantaa työnjaon näkökulmasta, työrasituksen näkökulmasta tai vetovoimaisuuden näkökulmasta. Suomen Psykiatriyhdistys ry on ottanut asiakokonaisuuden esiin psykiatrien näkökulmasta, mutta mielenterveyspalveluiden puutteet haittaavat myös väestöä ja alan kaikkia muitakin työntekijöitä ja toimijoita. Työryhmä on etsinyt mielenterveyspalveluiden parantamiseen sellaisia avaintoimintoja, jotka vaikuttavat toteutuessaan yhtäaikaan moniin pulmiin. Tunnistettujen puutteiden korjaamiseksi onkin työskenneltävä sekä paikallisesti, seudullisesti, sairaanhoitopiireittäin, lääneittäin että valtakunnallisesti. Tarvitaan kokonaisvaltaisia yhdessä toteutettavia ja paikallisesti sovellettavia prosesseja.

Mielenterveyspalveluiden puutteisiin on kiinnitetty huomiota myös Kansallisissa terveydenhuollon ja sosiaalialan kehittämishankkeissa, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004-2007 ja valtioneuvoston asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuodelle 2004, jossa 9 §:n 14 §:n mukaan varoja suunnataan "mielenterveyspalvelujen toimivuuden turvaamiseen" sekä "terveyskeskustoiminnan, mielenterveystyön ja päihdehuollon järjestämiseen". Mielenterveyspalveluiden määrätietoinen kehittäminen on käynnistettävä niin, että se koordinoituu järkevästi muihin kansallisiin kehittämishankkeisiin. Työryhmä on tehnyt mielenterveyspalveluiden parantamiseen tähtäviä lukuisia yksityiskohtaisia ehdotuksia, jotka esitetään luvuissa 5, 6 ja 7. Ehdotuksiin sisältyy realistinen vaatimus palveluiden uudistamisesta paikallisella, seudullisella ja sairaanhoitopiirikohtaisella tasolla, joten työnjaon kehittämiseksi, työrasituksen lievittämiseksi ja työn vetovoimaisuuden parantamiseksi ehdotetaan edellä esitettyjen yksityiskohtaisten ehdotusten lisäksi ja pysyvien muutosten aikaansaamiseksi seuraavaa:

1. Sosiaali- ja terveysministeriö tukee yhdessä muiden ministeriöiden kanssa yhtä tai useampaa seudullista ja / tai sairaanhoitopiirikohtaista mielenterveystyön kehittämishanketta. Hankkeissa kokeillaan, kehitetään ja tutkitaan mielenterveyspalveluiden uudistamista perusteellisesti tehtyjen ehdotusten mukaisesti ajankohtaisia ja paikallisia tarpeita vastaavaksi. Menetelmänä tulee käyttää jotakin yhteistoiminnallisen kehittämisen metodia. Hankkeille on luotava ohjaava rakenne, joka varmistaa mielenterveyspalveluiden koordinoitumisen muihin toimintoihin ja joka edistää mielenterveyspalveluiden kehittämistä yhteistyöverkoston avulla myös valtakunnallisesti.
2. Mielenterveyspalveluihin suuntautuu kysyntää, johon ei nykyisillä toimintatavoilla, resursseilla ja osaamisella ole mahdollista vastata tarkoituksenmukaisesti. Työryhmä ehdottaa, että edellä mainitun hankkeen kuluessa kehitetään täysin uudenlaisia etsivän työn ja varhaisen tuen muotoja henkisestä pahoinvoinnista kärsivien kansalaisten tueksi.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää neuvottelut opetusviranomaisten kanssa mielenterveyden, mielenterveystyön ja psykiatrian opintojen varmistamisesta eri ammattialojen koulutusohjelmissa. Työnantajien järjestämiin täydennyskoulutusohjelmiin ehdotetaan sisällytettäväksi samoin mielenterveystyöhön valmentavia aineksia.

Kirjallisuus

- Aaltonen J., Koffert T., Ahonen J., Lehtinen V. (2000) Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Raportteja 257. Stakes, Helsinki.
- Ahlström S., Mustonen H. (2002) Suomalaisten juomatavat ennen ja nyt. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi. Toim. Heikkilä M., Kautto M., 392–407. Stakes, Helsinki.
- Aiken L. (2003) Outcomes of Nursing Care: An International Perspective. Key note presentation. ICN Conference, Geneva 27–29.6.2003. [www.icn.ch/geneva/Aiken presentation](http://www.icn.ch/geneva/Aiken%20presentation).
- Alanen Y. (1993) Skitsofrenia – syyt ja tarpeenmukainen hoito. WSOY, Juva.
- Alanen Y., Räcköläinen V., Laakso J., Rasimus R., Kaljonen A. (1986) Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Alanen Y., Anttinen E., Kokkola A., Lehtinen K., Ojanen M., Pylkkänen K., Räcköläinen V. (1990) Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychosis. The Finnish treatment model. *Nordic Journal of Psychiatry*, 44, (Suppl.22).
- Alanen Y., Lehtinen K., Räcköläinen V., Aaltonen J. (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 83.
- Ala-Nikkola M., Sipilä J. (1996) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Kirjassa Moniammatillisuus ja sosiaalityö, toim. Metteri A, 16–31. Sosiaalityöntekijäin liitto, Helsinki.
- Ala-Nikkola M., Valokivi H. (1997) Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Raportteja 215, Stakes, Helsinki.
- Anttonen A., Sipilä J. (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Tampere.
- Applebaum R., White M. (2000) Case management around the globe. American Society on Ageing. San Fransisco, California.
- Arinen S., Häkkinen U., Klaukka T., Klavus J., Lehtonen R., Aro S. (1998) Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes, Kela, Helsinki.
- Aromaa A., Koskinen S. (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3, Helsinki.
- Asetus yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta. N:o 1208/1996.
- Asetus yksityisestä terveydenhuollosta 24.8.1990/744.
- Bardy M., Salmi M., Heino T. (2001) Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263. Stakes, Helsinki.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
- Feifel D., Moutier C., Swerdlow N. (1999) Attitudes Toward Psychiatry as a prospective Career Among Students Entering Medical School. *Am J Psychiatry* 156:9, 1397–1402.
-

- Filatov T. (2003) Työssä jaksamisen ohjelman päätösseminaarin avauspuheenvuoro 19.11.2003. Työssä jaksamisen ohjelma, seminaariaineisto.
- Haarakangas K. (1997) Hoitokokouksen äänet. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Hakanen J. (2002a) Työn imu ja työuupumus – laajennetun työhyvinvointimallin kehittäminen ja testaaminen. *Psykologia* 4, 291–301.
- Hakanen J. (2002b) Työuupumuksesta työn imuun. -positiivisen työhyvinvointikäsitteen arviointimenetelmän suomalaisen version validointi opetusalan organisaatiossa. *Työ ja ihminen* 1, 42–58.
- Hautamäki A. (1993) Spontaaniin yhteiskuntaan – hyvinvointia ilman valtiota. Kirjassa Hyvinvointivaltio ristiaallokossa. Arvot ja tosiasiat, toim. Andersson J., Hautamäki A., Jallinoja R., Niiniluoto I., Uusitalo H. s. 133–246. WSOY, Juva.
- Heikkinen A. (2003) Tapauskohtainen työryhmätyöskentely hoitokokouksessa. Pro gradu -työ. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Heinonen J. (1999) Hyvinvointimalli murroksessa. Ta-tieto, Helsinki.
- Helne T. (2002) Syrjäytymisen yhteiskunta. Tutkimuksia 123. Stakes, Helsinki.
- Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta (2003) Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 33. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Hyvönen S., Nikkonen M., Tuori T. (2002) Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät, mahdollisuudet ja esteet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, no 39, 208–221.
- Häkkinen U., Asikainen K., Linna M. (1996) Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain sekä sairaaloiden tuottavuus 1990-luvulla. Aiheita 45, Stakes, Helsinki.
- Ihalainen J. (2004) Lääkäri- ja hammaslääkärityövoima julkisessa terveydenhuollossa lokakuussa 2003. Selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Isohanni M., Larivaara P., Winblad I. (1996) Perusterveydenhuollon psykiatria. Duodecim, Helsinki.
- Jaari A. (2004) Itsetunto, elämänhallinta ja arvot. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Jallinoja R. (1993) Arvojen ambivalenssit. Kirjassa Hyvinvointivaltio ristiaallokossa. Arvot ja tosiasiat, toim. Andersson J., Hautamäki A., Jallinoja R., Niiniluoto I., Uusitalo H. s. 17–58. WSOY, Juva.
- Jenkins R., McCulloch A., Friedli L., Parker C. (2002) Developing a national mental health policy. Psychology Press Ltd, East Sussex.
- Julkunen R. (2001) Suunnanmuutos. Vastapaino, Tampere.
- Julkunen R. (2002) Sosiaalipolitiikan linjanmuutokset. Kirjassa Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä, 26–38. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2002:14. Helsinki.
- Julkunen, R. (2003) Hiipivä ja ryömivä – pääoma valtaamassa hyvinvointivaltiota? Teoksessa Melin, H. & Nikula, J. Yhteiskunnallinen muutos. Vastapaino. Tampere.

- Jääskeläinen I., Mäntynen M., Haavisto M., Kurki M., Peltola E., Røyks R. (2001) Case management -toiminnan integrointi osaksi Jorvin psykiatrista kuntoutusta. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Kahiluoto T., Ilmonen K. (2001) Päivähoidon ohjauksesta. Kirjassa Työkaluja päivähoidon erityiskasvatukseen. Toim. Pihlaja P., Kontu E. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:14, Helsinki.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. 9.4.2002, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Työryhmämuistioita 2003:11. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kantola A. (2002) Markkinakuri ja managerivalta. Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä. Pallas, Loki-kirjat, Helsinki.
- Kauppinen S., Niskanen T. (2003) Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raportteja 274. Stakes, Helsinki.
- Kokkola A., Kiikkala I., Immonen T., Sorsa M. (2002) Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto & Stakes, Helsinki.
- Korkeila J. (1996) Julkiset mielenterveyspalvelut. – Luottamus kriisissä? Aiheita 17. Stakes, Helsinki.
- Korkeila J., Tuori T. (1996) Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos 1988–1994. Kirjassa Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Toim. Viialainen R., Lehto J., 61–76, Raportteja 192, Stakes, Helsinki.
- Korkeila J., Ostamo J., Joukamaa M., Salokangas R. (2003) Missä psykiatrit ovat? *Psychiatrica Fennica*, suppl. 1.
- Korkeila J., Töyry S., Kumpulainen K., Toivola J.M., Räsänen K., Kalimo R. (2003) Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists: a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 31, 85–91.
- Kuntalaki 17.3.1995/365.
- Käypä hoito -suositus, Skitsofrenia. (2001). Suomen Psykiatriyhdistys ry. *Duodecim* 2001;117(24):2640–57.
- Laine M. (2003) NEXT-tutkimuksen alustavia tuloksia. Suullinen tiedonanto. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003/497.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733.
- Laki lasten päivähoidosta 19.1.1973/36.
- Laki potilaan asemasta oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380
- Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 9.8.1996/603.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.
- Lassila A. (1998) Psykiatrinen hoidontarve ja tarpeenmukainen hoito. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis*, D 446, Oulun yliopisto, Oulu.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683.
- Lehtinen V. (2002) Mielenterveyspalvelut. Kirjassa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Toim. Heikkilä M., Parpo A., 106–128. Raportteja 268. Stakes, Helsinki.

- Lehtinen V., Taipale V. (2000) Mielenterveyspalvelut. Kirjassa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Toim. Uusitalo H., Parpo A., Hakkarainen A., 99–119. Raportteja 250, Stakes, Helsinki.
- Lehtinen V., Aaltonen J., Koffert T., Räcköläinen V., Syvälahti E. (2000) Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry* Aug:15 (5) :312–320.
- Lehto J., Kokko S. (1996) Palvelujen rakennemuutos: kokemuksia lähihistoriasta ja muista maista. Kirjassa Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Toim. Viialainen R., Lehto J., 17–38, Raportteja 192, Stakes, Helsinki.
- Lehtonen J., Hintikka J., Saarinen P., Honkalampi K., Viinamäki H., Gröhn T. (2003) Terveys ja mielenterveys – ajattelemisen aihetta. *Suomen Lääkärilehti* 8, 947–949.
- Leppo K. (1996) Palvelujen rakenneuudistus – tausta, lähtökohdat ja prosessi. Kirjassa Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Toim. Viialainen R., Lehto J., 9–16, Raportteja 192, Stakes, Helsinki.
- Liikanen H., Virtanen K. (2002) Tietotekniikasta välineitä parempien palvelujen tuottamiseen ja työn hallintaan. Kirjassa Satakunnan Makropilotti: Tulosten arviointi, 73–97. Toim. Ohtonen J. FinOhtan raportti 21, Stakes, Helsinki.
- Luomahaara J., Vuorinen M., Naarala M. (2000) Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Aiheita 7/2000. Stakes, Helsinki.
- Lääkäri 98 (2000) Julkaisuja 10. Toim. Hyppölä H. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Lääkärikysely 2002 (2002) Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Malhi G., Parker G., Parker K., K., Boyce P., Yellowlees P., Hornabrook C., Jones K. (2002) Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interests in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 416–423.
- Malhi G., Parker G., Parker K., Carr V., Kirkby K., Yellowlees P., Boyce P., Tonge B. (2003) Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107, 424–429.
- Marshall M., Lackwood A., Gath D. (1995) Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *Lancet* 345(8947): 409–412.
- Marshall M., Gray A., Lockwood A., Green R. (2003) Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Library*, Issue 4. Wiley, Chichester.
- Mental Health: A Report of the Surgeon General (1999) U.S: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Superintendent of Documents, Pittsburgh.
- Metsämuuronen J. (1998) Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? ESR- julkaisu, Työministeriö, Helsinki.
- Mielekäs elämä! -ohjelman loppuraportti (2003) Julkaisuja 2003:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2001:9, Helsinki.
- Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositukset. Mielekäs Elämä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2000:4, Helsinki.
- Mielenterveystyö kunnan asialistalle! (1994) Oppaita 19. Stakes, Helsinki.
- Mielenterveystyön komitean mietintö (1984) Komiteamietintö 1984:117. I–II. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Mielonen M-L. (2000) Psykiatrinen hoito: Mistä ja mihin suuntaan? Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D 618, Psykiatrian klinikka, Oulun yliopisto, Oulu.
- Miettinen S., Lehtonen J. (2000) Psykiatrian supistukset kuluttavat henkilökuntaa. Suomen Lääkärilehti 8, 859–862.
- Nakari R. & Valtee P. (1995) Menestyvä työyhteisö. Helsingin kaupunki/Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Niiniluoto I. (1993) oikeudenmukaisuus yhteiskunnallisena arvona. Kirjassa Hyvinvointivaltio ristiaallokossa. Arvot ja tosiasiat, toim. Andersson J., Hautamäki A., Jallinoja R., Niiniluoto I., Uusitalo H., s. 97–132. WSOY, Juva.
- Nenonen M., Tuori T., Pelanteri S., Kautiainen H. (2001) Psykiatrian erikoisalan kolme vuosikymmentä 1970–1999. Suomen Lääkärilehti 33, vsk. 56, 3227–3233.
- Pasternack A. (2003) Ratkaiseeko ongelmalähtöinen oppiminen lääketieteen opetuksen ongelmat? Pääkirjoitus. Duodecim 2003;119:2017–9.
- Pelttari P. (1997) Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Väitöskirja. Tutkimuksia 80, Stakes, Helsinki.
- Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista (2001). Työryhmämuistioita 33. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41
- Päihdepalvelujen laatusuositukset (2002). Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Valtioneuvoston kanslia.
- Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:23, Helsinki.
- Saari M. (2002) Psykoosityöryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992–1996. Väitöskirja. Acta Univesitatis Ouluensis, D 665. Oulun yliopisto, Oulu.
- Salmi M., Huttunen J., Yli-Pietilä P. (1996) Lapset ja lama. Raportteja 195, Stakes, Helsinki.
- Sauli H., Bardy M., Salmi M. (2002) Elinolojen koventuminen pikkulapsiperheissä. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi. Toim. Heikkilä M., Kautto M., 32–61. Stakes, Helsinki.
- Siitonen J., Repola H., Robinson H. (2002) Havahtuminen työhyvinvoinnin mahdollistamiseen. Empowerment – kulttuuuri työhyvinvoinnin edistämiseksi – tutkimushankkeen tulosten esittelyä. Työtieteen laboratorion hankeraportteja no 16. Oulun yliopisto, Oulu.

- Sohlman B., Kiikkala I., Immonen T., Ahonen J., Saalasti-Koskinen U. (2003) Mielenterveystyö kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68:4, 379–386.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/10.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003. Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (2001). Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon Työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Stakes Tieto (2003) Asukkaita yhtä työkäistä psykiatrian erikoislääkärin pätevyyttä kohti 31.12.2002 erityisvastuualueittain ja sairaanhoitopiireittäin, Eläkeikää lähestymässä olevat psykiatrian erikoislääkärit 1-vuotisikäryhmittäin 31.12.2002, Psykiatrian erikoislääkärin oikeudet: vuodesta 1960–1982 kaikki elossa ja ulkomailla olevat mukaan lukien, vuodesta 1983 alkaen vain työkäiset –62 v Suomessa asuvat, Psykiatrian erikoislääkärit 5-vuotisikäryhmittäin Suomessa 31.12.2002, Vuosittain myönnetty uudet erikoislääkärin pätevyydet alkaen vuodesta 1950.
- Suomen perustuslaki 2000.
- Sundström R., Kilkku N. (2003) Palveluohjaus yhteistyömenetelmänä. Toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja mielenterveyspalvelujen yhteistyönä. Alustava tutkimussuunnitelma, Tampere.
- Suonsivu K. (2003) Kun mikään ei riitä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 926. Tampere.
- Syvänen S. (2003) Työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 942. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Temmes, M (2003) Suomen julkishallinnon rakenteet. <http://www.valt.helsinki.fi/vol/spj/electures/temmes.htm>.
- Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti I ja II. Terveydenhuollon toimivuus (1998) Työryhmämuistioita 1998;2. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1996:16, Helsinki.
- Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5. Edita Ab, Helsinki.
- Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. (2002) Kansanterveyslaitos. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraaportti/15.2.html>.
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4, Helsinki.
- Tienviittoa kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen (2000). Toim. Mari Koivunen. Mielekäs Elämä! -ohjelma. K-Print Oy, Vantaa.
- Tuori T. (1991) Uuden skitsofreniapotilaan hoitoprosessi. Raportti Hattelmalan sairaalan psykoosiryhmän toiminnasta. Raportteja 35. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.

- Tuori T., Kiikkala I. Lehtinen V. (2000) Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen Lääkärilehti 44, 45333– 4538.
- Turun psykiatrian ja perusterveydenhuollon sopimus 2000.
- Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelma 2000–2003. Päätös- ja arviointiraportti. Työministeriö, Helsinki.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.
- Töyry S., Räsänen K., Hirvonen M. (2000) Lääkärien työolot ja kuormittuneisuus -taulukkoraportti. Työterveyslaitos ja Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Uhmavaara H., Jokivuori P., Ilmonen K., Kairinen M. (2003) Vastavuoroisuus on valttia. –Tutkimus työaikojen joustojärjestelyistä. Työssä jaksamisen ohjelma, Työministeriö, Helsinki.
- Upanne M. (2001) Professional Paradigms of Suicide Prevention. Evolving a Conceptual Model. Research Reports 121, Stakes, Helsinki.
- Vehkasaari M. (2002) Päätoimisten yksityislääkärien määrä kasvanut 100:lla vuodessa. Raportti Lääkärikysely 2002:n tuloksista valmistunut. Suomen Lääkärilehti 49–50/2002, vsk 57.
- Viisainen K., Saalasti-Koskinen U., Perälä M-L., Kinnunen J., Teperi J. (2002) Terveystenhoito 2000-luvulle -hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:8. Helsinki.
- WHO (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization. The World Health Report 2001.
- Weintraub W., Plaut S., Weintraub E. (1999) Recruitment into psychiatry: increasing the pool of applicants. Can J Psychiatry 44(5), 473–477.
- Wickström G., Laine M., Pentti J., Elovainio M., Lindström K. (2000) Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Virtanen M. (2000) Normit ja informaatio-ohjaus. Yhteiskuntapolitiikka Vol.65 5/2000,1–3.
- Äärelä E. (2000) Mikä lääkärin työssä uuvuttaa? Suomen Lääkärilehti 18, 1989–1991.
-

TOIMEKSIANTO

Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittelevä työryhmä

Asettaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on tänään tekemällään päätöksellä asettanut työryhmän selvittämään mielenterveyspalvelujen eli eri toimijoiden ja toimijatahojen välistä työnjakoa ja työrasitusta.

Toimikausi

1.5.2003 - 31.12.2003

Tausta

Suomeen on rakennettu kattava psykiatrinen hoitojärjestelmä. Järjestelmässä on määrätietoisesti pyritty painottamaan ja kehittämään avohoitoa. Hoitopalveluiden saatavuus on kuitenkin heikentynyt viime vuosina. Suurelta osalta tämä johtuu vaikeudesta rekrytoida henkilökuntaa avohoidon tehtäviin. Erityisesti psykiatripula julkisessa avohoidossa on pahentunut viime vuosina.

Suomen Psykiatriyhdistys teetti tammikuussa 2002 jäsenkyselyn, jonka tarkoituksena oli tutkia alan lääkärin sijoittumista työelämään ja millä alalla he toimivat, ovatko he aiemmin vaihtaneet työpaikkaa, miksi he ovat vaihtaneet työpaikkaa ja millaisia työhön liittyviä tulevaisuuden suunnitelmia heillä on.

Nyt valmistumassa olevassa selvityksessä todettiin, että työn kuormittavuus oli tärkein tekijä sekä edellisessä että vasta suunnitteilla olevassa työpaikan vaihdossa. Työ psykiatrisessa julkisessa avohoidossa koettiin kuormittavammaksi kuin muualla psykiatrian kentällä toimiminen.

Tavoitteet

Tavoitteena on kehittää julkisen sektorin mielenterveyspalveluita siten, että julkisen sektorin tehtävien kiinnostavuus ja vetovoimaisuus terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta lisääntyy ja että työnjako eri mielenterveyspalveluiden toimijoiden kesken selkeytyy ja työrasitus eri toimijoiden kesken tasoittuu.

Tehtävä

Työryhmän tehtävänä on laatia ehdotukset siitä, miten mielenterveyspalveluiden, erityisesti avohoidon, eri toimijoiden tehtäväkenttä ja työnjako tulisi määritellä, jotta eri toimijoiden ja ammattiryhmien välinen työnjako olisi tarkoituksenmukainen ja työkuormituksen kannalta kohtuullinen.

Lisäksi työryhmän tehtävänä on laatia ehdotus siitä, mitä muita toimia mielenterveyspalveluiden henkilöstöpulan torjumiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan.

Organisointi

Puheenjohtaja Sakari Lankinen, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Varapuheenjohtaja Riitta Viitala, apulaisosastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet:

Kristian Wahlbeck, tutkimusprofessori, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Gustav Wickström, aluetyöterveyslaitoksen johtaja, Työterveyslaitos

Jukka Kärkkäinen, lääninlääkäri, Länsi-Suomen lääninhallitus

Marja-Leena Kiiwanen, työmarkkinalakimies, Kunnallinen työmarkkinalaitos

Antero Lassila, tuloksikköjohtaja, ylilääkäri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kl

Martti Kuokkanen, mielenterveystyön ylilääkäri, Helsingin kaupunki

Irmeli Vainio, psykologi, Helsingin kaupunki

Hanna Salmenpohja, terveyskeskuslääkäri, Lohjan kaupunki (ero myönnetty 8.7.2003)

Tuula Arvonon, apulaisylilääkäri, Espoon kaupunki (työryhmän jäsen 8.7.2003 alkaen)

Ritva Alkio, johtava sosiaalityöntekijä, Uusikaupunki

Christina Rouvala, ylihoitaja, Peijaksen sairaala

Timo Peltovuori, toiminnanjohtaja, Mielenterveyden keskusliitto

Sihteeri:

Irma Kiikkala, kehittämispäällikkö, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Työryhmän tulee työnsä aikana kuulla riittävässä määrin työn kannalta keskeisten tahojen edustajia, erityisesti alan ammattijärjestöjen edustajia.

Kustannukset ja rahoitus

Työryhmän tulee työskennellä virka-aikana ilman eri korvausta. Työryhmän menot maksetaan valtion talousarviomomentilta 33.01.21.14.

Peruspalveluministeri

Eva Biaudet

Hallitussihteeri

Bettina Kermann

JAKELU

Päätöksessä mainitut

TIEDOKSI

Sosiaali- ja terveysministeri Perho
Erityisavustaja Hiitiö
Erityisavustaja Stenman
Erityisavustaja Ahlberg
Kansliapäällikkö Lehto
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
Työterveyslaitos
Suomen Kuntaliitto
Lääninhallitukset
Suomen Lääkäriliitto
Suomen Psykiatriyhdistys
Suomen Psykologiliitto
TEHY
KTV
STM/HAO
STM/TRO
STM/PSO
STM/TAO
STM/HARE
STM/Kirjaamo
STM/VIE

TYÖNJAKOA JA TYÖRASITUSTA MIELENTERVEYSPALVELUISSA SELVITTELEVÄN TYÖRYHMÄN PERUSTAMINEN

Suomessa on kattava mutta osin hajanainen julkinen mielenterveyspalveluiden järjestelmä. Järjestelmän rakentaminen alkoi määrätietoisesti 1980-luvun lopulla. Tällöin asetettiin päämääräksi silloisen laitosvaltaisen järjestelmän muuttaminen hallitusti avohoito painotteiseksi. Sairaansijojen vähentäminen onnistuikin suunniteltua nopeammin. 1990-luvun alun lama ja erikoissairaanhoidon muutokset osaltaan vaikeuttivat avohoitajärjestelmän rakentamista. Psykiatria ei selvinnyt sairaanhoitopiireissä kilpailussa resursseista ja avohoitohenkilöstön määrä on edelleen jonkin verran pienempi kuin 1990-luvun alussa. Pientä lisäystä on viime vuosina tapahtunut henkilöstössä lasten ja nuorten psykiatrian osalta.

Mielenterveyspalveluissa on jo vuosia ollut merkittävä lääkäri vajaus ja nyt on näkyvissä myöskin vajausta hoitohenkilökunnassa. Psykiatrivaje on suurin kaikista erikoisaloista. Psykiatristen erikoislääkäreiden osuus kaikesta erikoislääkäri vajauksesta on Kuntaliiton vuoden 2001 kyselyn mukaan 32 %. Tällöin vaje psykiatriassa oli 50 % suhteutettuna työssä oleviin erikoislääkäreihin ja 33 % suhteutettuna virkoihin. Pysyvästi olisi palkattu heti 179 ja tilapäisiin työsuhteisiin 44 psykiatria. Tiedot vuoden 2002 vastaavasta kyselystä kertovat, että psykiatrivaje oli vähentynyt vuodesta 2001 vuoteen 2002 ainoastaan neljällä erikoislääkärillä. Lastenpsykiatrian vaje oli lisääntynyt edelleen. Psykiatreja valmistuu vuosittain noin 50.

Suomen Lääkäriliitto on vuosittain kartoittanut lääkäreiden sijoittumista. Näiden selvityksien mukaan avohoidon psykiatrien määrä kasvoi aluksi 1990-luvulla, mutta kääntyi selvään laskuun vuoden 1997 jälkeen. Psykiatrien väheneminen koski nimenomaan mielenterveystoimistoja.

Yksityispraktiikkaa harjoittavien psykiatrien määrä on viime vuosina kasvanut, mutta heidän osuutensa psykiatrikunnasta on pysynyt käytännössä samana. Suomen Lääkäriliiton lääkärikyselyn mukaan vuonna 2002 päätoimisesti yksityispraktiikkaa harjoitti 153 psykiatria.

Suomen Psykiatriyhdistys päätti marraskuussa 2001 tutkia psykiatrian alan lääkäreiden sijoittumista työelämään teettämällä kyselytutkimuksen jäsenkunnalleen. Kyselyn tavoitteena oli selvittää, mihin psykiatrian alan lääkärit ovat sijoittuneet, ovatko he aiemmin vaihtaneet työpaikkaa, miksi he ovat vaihtaneet työpaikkaa sekä millaisia työhön liittyviä tulevaisuudensuunnitelmia heillä on. Alustavan valmistumassa olevan selvityksen tietojen pohjalta näyttää, että psykiatrivajeen ja sen kärjistymisen taustalla perimmäisenä on useita tekijöitä. Työmäärä ja työtahti julkisella sektorilla on kiristynyt samalla kun alan naisvaltaisuus on lisääntynyt. Työpaikoille ei ole syntynyt riittävästi hyväksi koettuja työolosuhteita.

Psykiatriyhdistys toteaa, että vajeen korjaamiseksi tarvitaan kokonaisvaltaisia toimenpiteitä. Yhdistys esittää toimenpideohjelman, muun muassa perustettavaksi työryhmää, jonka tavoitteena on etsiä keinoja työkuormituksen keventämiseksi ja työnjaon ja tehtäväkentän ja roolin selventämiseksi avohoidossa.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on ollut suunnitteilla aihealueen selvityttämisen selvityshenkilöiden työnä. Psykiatriyhdistyksen tekemä alustava selvitys tarjoaa pohjan ehdotetun työryhmän työlle. Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittelevän työryhmän työ tukee myöskin Kansallisen terveysthankkeen päämääriä ja tavoitteita.

Liite 2.

TYÖRYHMÄN KOKOUKSET JA KÄSITELTÄVÄT AIHEET TOIMIKAUDEN AIKANA

- | | |
|---|---|
| 1. Tiistai 10.6.2003 | Järjestäytyminen |
| 2. Tiistai 19.8.2003 klo 9.00 – 14.00 | Mielenterveyspalvelut vuonna 2003
Työrasitus – tutkimustuloksia
Kysymyksiä kuulemistilaisuuden osanottajille, valmistelua |
| 3. Torstai 11.9.2003 klo 9.00 – 12.00 | Organisaatiotason yhteistyö ja työnjako |
| 4. Tiistai 23.9.2003 klo 9.00 – 12.00 | Eri ammattiryhmien / toimijoiden välinen yhteistyö ja työnjako |
| 5. Perjantai 10.10.2003 klo 9.00 – 12.00 | Ehdotuksia henkilöstöpulan torjumiseksi, mielenterveyspalvelujen vetovoimaisuuden ja kiinnostavuuden lisääntymiseksi |
| 6. Perjantai 24.10.2003 klo 9.00 – 12.00 | Kuulemistilaisuuden valmistelua, asioiden jäsentelyä, kokoamista |
| 4.11.2003 KUULEMISTILAISUUS, Stakes, auditorio, Lintulahdenkuja 4 | |
| Tiistai 04.21.2003 Klo 9.00 – 13.00 | Saatekeskustelua työryhmän muistion valmisteluun |
| Maanantai 8.12.2003 klo 9.00 – 12.00 | Saatekeskustelu työryhmämuistion valmisteluun |
| Keskiviikko 17.12.2003 klo 9-12.00 | Työryhmämuistion valmistelua |
| Kokoukset myönnetyn jatkoajan kuluessa: | |
| Torstai 22.1.2004 klo 9.30 - 12.30 | Työryhmämuistion valmistelua |
| Torstai 5.2.2004 klo 9.30 - 12.30 | Työryhmämuistion valmistelua |
| Keskiviikko 25.2. klo 9.00-12.00 | Työryhmämuistion valmistelua |

Sosiaali- ja terveysministeriön
Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittävän työryhmän organisoima
kuulemis- ja keskustelutilaisuus 4.11.2003 klo 9-16.15 Stakesin auditoriossa, osoite
Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki

Ohjelma:

- | | |
|-------------------|--|
| Klo 9.00-9.15 | Avaus ja johdatus päivän työskentelyyn
Lääkintöneuvos Sakari Lankinen, STM |
| klo 9.15 - 10.00 | Palveluja tarvitsevan <u>kansalaisen puheenvuoro</u> ja keskustelu
Puheenjohtaja Raimo Matikainen, Mielenterveyden keskusliitto |
| Klo 10.00-10.45 | Työnjako, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden
vetovoimaisuus; kannanottoja ja parannusehdotuksia <u>peruspalveluiden</u>
näkökulmasta ja keskustelu
Ylilääkäri Hilikka Virtanen ja terveyskeskuksen edustaja, Turun
terveysvirasto |
| | Tauko |
| 11.00-11.45 | Työnjako, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden
vetovoimaisuus; kannanottoja ja parannusehdotuksia
<u>erikoissairaanhoidon</u> näkökulmasta ja keskustelu
Tulosalueen johtaja, ylilääkäri Pentti Sorri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri |
| | Lounastauko |
| Klo 12.30 -13.15 | Työnjako, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden
vetovoimaisuus; kannanottoja ja parannusehdotuksia <u>kuntien</u>
näkökulmasta ja keskustelu
Kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Suomen Kuntaliitto |
| Klo 13.15-14.00 | Työnjako, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden
vetovoimaisuus; kannanottoja ja parannusehdotuksia Suomen
<u>Psykiatriyhdistyksen</u> näkökulmasta ja keskustelu
Professori Raimo Salokangas, Suomen Psykiatriyhdistys |
| | Tauko |
| Klo 14.15 - 15.00 | Työnjako, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden
vetovoimaisuus; kannanottoja ja parannusehdotuksia Suomen
<u>Psykologiliiton</u> näkökulmasta ja keskustelu
Ammattiasiain sihteeri Vesa Nevalainen, Suomen Psykologiliitto |
| Klo 15.00-15.45 | Työnjako, työrasituksen lievittäminen ja mielenterveyspalveluiden
vetovoimaisuus; kannanottoja ja parannusehdotuksia <u>Tehy:n</u>
näkökulmasta ja keskustelu
Puheenjohtaja Jaana Laitinen -Pesola, Tehy |
| Klo 15.45-16.15 | Loppukeskustelu |
- Puheenjohtajana toimii lääkintöneuvos Sakari Lankinen

Kannanottopyyntö aiheesta Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa

Organisaatio / järjestö: _____

Yhteyshenkilö / puh.nro: _____

I Työnjaon parantaminen

Mielenterveyspalveluissa on puutteita organisaatioiden ja eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä sekä potilaille tarkoitetun välittömän palvelun organisoinnissa ja porrastuksessa.

- A. Organisaatioiden väliset puutteet ilmenevät sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden hallinnonalojen välisessä yhteistyössä, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välisessä yhteistyössä, peruspalveluiden ja erityispalveluiden välisessä yhteistyössä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä, avohoidon ja laitoshoidon välisessä yhteistyössä tai joissakin muissa yhteistyösuhteissa.

Työryhmä pyytää kannanottoja ja parannusehdotuksia eri organisaatioiden välisen yhteistyön parantamiseksi:

- 1) Missä organisaatioiden välisessä yhteistyössä ovat eniten mielenterveyspalveluita haittaavat puutteet?

- 2) Tee ehdotuksia puutteiden korjaamiseksi:

- 3) Tee muita ehdotuksia organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämiseksi:

B. Mielenterveyspalveluiden ongelmat johtuvat eri ammattiryhmien välisen yhteistyön puutteista. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia eri ammattiryhmien välisen yhteistyön parantamiseksi:

- 1) Minkä ammattiryhmien välisessä yhteistyössä olevat ongelmat haittaavat eniten mielenterveyspalveluita?

- 2) Tee ehdotuksia eri ammattiryhmien välisen yhteistyön parantamiseksi ja työnjaon kehittämiseksi

- 3) Tee muita eri ammattiryhmien työtä ja yhteistyösuhteita koskevia ehdotuksia

C. Mielenterveyspalveluiden välittömässä potilaskohtaisessa toteutuksessa (esim. saumattomissa hoito- ja palvelukokonaisuuksissa) on puutteita. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia välittömien mielenterveyspalveluiden parantamiseksi:

- 1) Millaisia puutteita välittömissä potilaskohtaisissa mielenterveyspalveluissa on?

- 2) Tee ehdotuksia potilaiden välittömien mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi.

- 3) Tee muita palveluiden organisointia koskevia ehdotuksia.

D. Mielenterveyspalveluiden porrastuksessa (esim. ei- lääketieteeseen perustuva mielenterveystyö, terveyskeskustasoiset mielenterveyspalvelut, psykiatrinen erikoissairaanhoido) on puutteita. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia mielenterveyspalveluiden porrastuksesta:

- 4) Millaisia puutteita mielenterveyspalveluiden porrastuksessa on?

- 5) Tee ehdotuksia mielenterveyspalveluiden porrastuksen kehittämiseksi.

6) Tee muita palveluiden porrasteisuutta koskevia ehdotuksia.

E. Psykiatrinen erikoissairaanhoito jakautuu sekä kuntien vastuulle että sairaanhoitopiirien vastuulle. Hallinnollisesti osa psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta on siirretty terveyskeskusten vastuulle, osa kuuluu edelleen sairaanhoitopiirien hallinnolliseen vastuuseen. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon alueellinen vastuu on purkautunut 1990 - luvun kehityksen myötä. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia psykiatrisen erikoissairaanhoidon alueellisesta toteutustavasta:

7) Psykiatrinen erikoissairaanhoito pitäisi järjestää seuraavasti:

8) Mikäli psykiatrinen erikoissairaanhoito organisoidaan alueellisen vastuumallin mukaisesti, on yhtä psykiatria kohti tulevan väestömäärän oltava _____ henkilöä.

II Mielenterveyspalveluiden johtaminen

A. Mielenterveyspalveluiden johtamisessa on puutteita, jotka ilmenevät a) luottamushenkilöiden (poliittiset päättäjät) johtamiskäytännöissä, b) ylimmän virkamiesjohdon (esim. johtavat ylilääkärit, hallintojohtajat, hallintoylihoitajat) johtamiskäytännöissä, c) keskijohdon (esim. ylilääkärit, ylihoitajat) johtamiskäytännöissä, d) välittömien esimiesten (esim. osastonlääkärit, osastonhoitajat) johtamiskäytännöissä. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia johtamisen parantamiseksi mielenterveyspalveluissa:

- 1) Missä ja millaisia ovat suurimmat mielenterveyspalveluita haittaavat johtamisen puutteet?

- 2) Tee ehdotuksia johtamisen parantamiseksi.

- 3) Tee muita ehdotuksia johtamis- ja valtasuhteiden parantamiseksi.

III Työrasituksen lievittäminen

A. Mielenterveyspalveluissa toimivan henkilöstön työrasitus perustuu a) jokaisen yksilöllisiin ominaisuuksiin, elämäntilanteeseen ja työtapoihin, b) työryhmän toimintatapoihin, c) organisaatioiden toimintatapoihin, ominaisuuksiin ja kulttuuriin ja d) johtamisen puutteisiin. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia työrasituksen lievittämiseksi:

1) Mitä ja missä ovat työrasituksen suurimmat aiheuttajat?

2) Tee ehdotuksia työrasituksen lievittämiseksi.

3) Tee muita ehdotuksia työrasituksen lievittämiseksi mielenterveyspalveluissa

IV Henkilöstöpulan torjuminen ja mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden varmistaminen

A. Suurten ikäluokkien eläkeiän lähestymisen ja henkilöstön uupumisen vuoksi on kiire panostaa siihen, että uudet sukupolvet etsiytyvät mielenterveyspalveluissa tarvittaviin ammatteihin ja mielenterveyspalveluihin työhön. Työryhmä pyytää kannanottoja ja ehdotuksia henkilöstöpulan torjumiseksi ja mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden varmistamiseksi:

1) Mitkä ovat mielenterveyspalveluihin etsiytymisen suurimmat esteet?

2) Tee ehdotuksia mielenterveyspalveluiden vetovoimaisuuden lisääntymiseksi ja henkilöstöpulan torjumiseksi

3) Tee muita aihetta koskevia ehdotuksia

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TYÖRYHMÄMUISTIOITA
ISSN 1237-0606

- 2004: 1 Jarkko Ihalainen. Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoima lokakuussa 2003.
ISBN 952-00-1481-0
- 2 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti
sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2003 toiminnasta.
ISBN 952-00-1497-7
- 3 Elli Aaltonen. Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen.
Selvityshenkilön raportti.
ISBN 952-00-1501-9
- 4 Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimialan laajentamista
selvittäneen työryhmän muistio.
ISBN 952-00-1509-4
- 5 Työnjakoa ja työrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen
työryhmän muistio.
ISBN 952-00-1510-8