

Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty?

Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset

NINA KARLSSON & KRISTIAN WAHLBECK

Tässä katsauksessa tarkastelemme mielenterveys-työhön kohdistuneita muutoksia Pohjoismaissa. Lähestymme aihetta viidestä keskeisestä näkökulmasta, joita ovat hallinnollinen päätöksenteko, kohderyhmät, palvelujärjestelmä, ohjaustoimet ja lainsäädäntö sekä asiakasosallisuus. Katsaus perustuu vuonna 2011 julkaistuu raporttiin (Lindqvist & al. 2011), jossa kartoitettiin maa-kohtaisesti neljän Pohjoismaan (Ruotsi, Suomi, Norja, Tanska) mielenterveyspalvelujärjestelmiä ja keskityttiin etenkin palvelujärjestelmissä tapahtuneisiin muutoksiin. Pohjoismaista puhuttaessa tarkoitetaan jatkossa kaikkia Pohjoismaita lukuun ottamatta Islantia ja itsehallintoalueita (Färsaaret, Grönlanti ja Ahvenanmaa). Kartoitus- ja raportointihanke oli osa Pohjoismaisen ministerineuvoston rahoittamaa mielenterveyden toimintasuunnitelmaa, joka edelsi Suomen Pohjoismaisen ministerineuvoston puheenjohtajuutta vuonna 2011. Tämä katsaus on suomenkielinen tiivistelmä pohjoismaisilla kielillä julkaistusta raportista.

Mielenterveystyön hallinnolliset muutokset

Pohjoismaisten mielenterveyspalvelujärjestelmien nykyiset muutokset juontavat 1970-luvulle asti. Uudistusten ajankohdissa ja huipentumis- esiintyy kuitenkin varsin suurta vaihtelua Pohjoismaiden välillä. Tanskassa mittavien palvelujärjestelmään kohdistuvien uudistusten alku, kuten laitos- ja pakkohoidon vähentäminen, voidaan paikantaa 1970-luvulle, kun taas Suomessa muutos- ja uudistustyöt alkoivat laajemmissa

määrin vasta 1980-luvun lopussa ja 1990-luvulla.

Kaikissa Pohjoismaissa on pyritty vähentämään laitoshoittoa ja psykiatrasta pakkohoitoa sekä lisäämään mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja moninaisuutta. On myös pyritty luomaan asiakaslähtöisiä matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja ja vähentämään mielenterveysongelmista kärsiviin kohdistuvaa leimaamista (stigmatisoimista) yhteiskunnan eri alueilla. Pohjoismaiden mielenterveystyössä voidaan kuitenkin havaita selviä lähtökohtaisia eroja, joiden vuoksi edellytykset tavoitteiden toteuttamiselle olivat muutoshankkeiden alkaessa varsin vaihtelevat.

Suomessa ja Tanskassa mielenterveystyön muutokset ja uudistukset jakautuvat pidemmälle ajanjaksolle ja koostuvat useista muutosrupeamista (Lindqvist & al. 2011, 12). Suomessa uudistukset keskittyvät etenkin laitoshoidon purkamiseen ja siirtymään avohoidon palveluihin 1980–1990-luvun taitteesta lähtien. Avohoidon palvelujärjestelmän kehittämistä hidastutti huomattavasti Suomea 1990-luvun alussa koetellut taloudellinen kriisi. Palvelujärjestelmän hallinnollista uudistusta on ohjannut etenkin vuonna 1991 voimaan tullut mielenterveyslaki (L1116/1991) sekä vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen siirto valtiolta kunnille. Suomessa mielenterveyspolitiikka liittyi terveyden edistämisen ajatusmalliin. Mielenterveys on pyritty sisältämään osaksi yleistä terveydenedistämistyötä (Eskola & Taipale 2011).

Mielenterveyspalvelujen siirtäminen kuntien vastuulle on jo 1970-luvulta lähtien ollut keskeinen tavoite Tanskassa. Kuten Suomessa avohoittoon siirtymistä on myös Tanskassa viivytännyt puutteellinen varojen kohdistaminen avohoi-

topalvelua kehittävään työhön. Laitoshoitopaikat ovat vähentyneet huomattavasti 1970-luvulta lähtien, mutta avohoitajärjestelmän kehittäminen paikallistasolla käynnistyi laajamittaisesti vasta 1990-luvulla, jolloin mielenterveystyölle ryhdyttiin ohjaamaan valtiollisia korvamerkittyjä varoja (*satspuljemedel*) 3–4-vuotisten nk. psykiatrisopimusten (*psykiatrafialer*) kautta. Psykiatrian pakkohoitoa on vähennetty Tanskassa systemaattisesti 1980-luvulta lähtien. (Sundhedsstyrelsen 2009.)

Ruotsin ja Norjan kohdalla voidaan erottaa sekä ajallisesti että sisällöllisesti selvempi palvelujärjestelmän uudistamisrupeama. **Norjassa** uudistustyötä ohjasi 2000-luvun vaihteen mielenterveyden uudistussuunnitelma (*Opptrappingsplan for psykisk helse, 1999–2008*), jonka avulla panostettiin palvelujärjestelmän maantieteelliseen hajauttamiseen, mielenterveyden edistämiseen ja asiakaslähtöisen toiminnan kehittämiseen (Lindqvist & al. 2011, 102). Norjan uudistussuunnitelma erosi muista Pohjoismaissa tapahtuvista muutoksista etenkin sille asetettujen määrällisten tavoitteiden osalta; suunnitelma sisälsi muun muassa tavoitelukuja psykiatrisille vuodepaikoille, avohoitokäynneille, viroille ja henkilökunnalle (Norges forskningsråd 2009).

Ruotsissa keskeinen hallinnollisen tason uudistus oli vuonna 1995 voimaan astunut psykiatrian uudistus (*psykiatrireformen*), jonka pääpainoalueita olivat hoidollinen itsemääräämisoikeus ja mielenterveyspotilaiden osallisuus (Lindqvist & al. 2011, 132). Mielenterveyskuntoutujien liittäminen vammaisetuksien piiriin on ollut Ruotsin mielenterveystyön uudistuksessa keskeistä. Mielenterveyskuntoutujille osoitettujen sosiaalipalvelujen, kuten eri asumispalvelujen, työtoiminnan ja vapaa-ajan toiminnan, kehittäminen on ollut tärkeä tavoite. Mielenterveydellisistä syistä myönnettujen varhaiseläkkeiden kasvavaan määrään on pyritty puuttamaan mielenterveyskuntoutujia työhön motivoivin keinoin, osittain myös heikentäen mielenterveysongelmista kärsivien sosiaaliturvaa. (Johansson 2006; Junestav 2009.)

Uudistustyön kohderyhmät

Mielenterveystyön ja -palvelujen uudistustyöllä ei ole eri Pohjoismaissa selvästi erotettavaa yhteistä kohderyhmää. Selvimmin uudistustoimintapiteiden kohderyhmä voidaan määrittää Ruotsin tavoiteasiakirjoissa, joissa kohderyhmäksi määritellään varhaisemmissa asiakirjoissa psyykkisesti

häiriintyneet henkilöt ja myöhemmissä asiakirjoissa mielenterveysperusteisista toimintarajoitteista kärsivät. Tanskan ja Norjan kohdalla voidaan todeta, että vaikkei kohderyhmää ole kovinkaan selvästi määritelty, sisältyy siihen ensisijaisesti vakavista mielenterveysongelmista, kuten psykooseista tai skitsofreniasta, kärsivät. Myöhemmin molemmissa maissa on kohderyhmään myös jossain määrin liitetty nk. uudemmat mielenterveysongelmat, kuten ahdistus- ja paniikkihäiriöt, ADHD ja persoonallisuushäiriöt. Suomen kohdalla on vaikeinta erottaa diagnoosiperusteista kohderyhmää. Päätaavoitteet muutostyössä ovat kansanterveyden edistäminen ja kroonisen sairauden ehkäisy; toisin sanoen mielenterveys on Suomessa nähty tiiviimmin osana yleistä kansanterveyttä.

Ehkäisevä, etenkin lapsiin ja nuoriin kohdistuva työ on nykyään Pohjoismaiden yhteinen tavoite. Ehkäisevälle mielenterveystyölle annettu painoarvo maiden politiikkatavoitteissa vaihtelee, mutta ehkäisevä työ mainitaan jokaisen maan tavoitedokumenteissa. **Tanskassa** mielenterveystyön kehittämisen tavoitteissa on perinteisesti huomioitu ennen kaikkea palvelujen saatavuus ja laatu, mutta myös ehkäisevä mielenterveystyö on sisälletty vuoden 2009 kansalliseen toimintasuunnitelmaan (Danmarks regering 2009). **Suomessa** ehkäisevään mielenterveystyöhön on panostettu 1980-luvulta lähtien. 1980-luvulla alkaneen itsemurhien ehkäisyhankkeen jälkeen ehkäisevän työn tarvetta ja arvoa on motivoitu taloudellisin argumentein: ehkäisevällä työllä voidaan vähentää hoito- ja palvelukustannuksia sekä edistää väestön työkykyä. Vuoden 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa ehkäisevä mielenterveystyö on keskeisessä asemassa (STM 2009).

Ruotsin psykiatria-uudistuksen päätavoitteeksi nousi mielenterveysongelmien osittainen siirtäminen terveydenhuollon piiristä toimintarajoitteiden piiriin sekä esteettömän sosiaalisen osallistumisen ja työtoiminnan mahdollisuuksien luonti mielenterveysongelmista kärsiville. Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tavoite rajoitettiin sellaisiin lapsiin ja nuoriin, joiden todennäköisyys myöhemmällä iällä kärsiä vakavista mielenterveysongelmista on suuri. (SOU 2006.) **Norjan** mielenterveyden uudistussuunnitelmassa mielenterveyden edistäminen oli keskeistä; hoidollisiin seikkoihin keskityttiin suunnitelmassa vähemmissä määrin. Myös Norjassa korostettiin lasten ja nuorten ehkäisevän mielenterveystyön tärkeyttä. (Norges regering 1998.)

Uudistuksien ohjausmuodot

Mielenterveyspalvelujärjestelmän ja mielenterveystyön uudistusta on pyritty ohjaamaan Pohjoismaissa erilaisin keinoin. Lainsäädännön lisäksi keskeisiä ohjauskeinoja ovat muun muassa palvelujärjestelmien rakennemuutokset, taloudelliset ohjauskeinot (esim. korvamerkitty rahoitus), normiohjaus (esim. mielenterveystyön laatuksiterit, STM 2001), palveluiden yhteistoiminnalle asetetut vaatimukset ja hoitosuosituksukset. Suomessa vuoden 1991 mielenterveyslaki oli keskeinen osa palvelujärjestelmän uudistustyötä. Norjassa ja Tanskassa lainsäädännön eriosia on tarkistettu mielenterveystyön uudistuksien yhteydessä niin, että ne paremmin edistävät muutos- ja uudistustyön tavoitteita. Norjassa mielenterveyslakia on muutettu etenkin koskien potilaiden itsemääräämisoikeuksia ja pakkohoitoa (Norges regjering 1999). Useissa Pohjoismaissa laitoshoidosta luopumista on edistetty kohdistamalla sakkouhka kunnille, joissa kotiutusvalmiita asukkaita pidetään vuodeosastoilla puutteellisen kunnallisen avohoidon tai resurssipulan takia. Palvelujärjestelmien lainmukaisuutta valvoo kaikissa Pohjoismaissa valtiollinen valvontaviranomainen.

Norjassa mielenterveyspalvelujen ja mielenterveystyön uudistusta on ohjattu pääasiallisesti rakenneuudistuksin, taloudellisin keinoin ja määrällisin tavoittein. Koko terveydenhuoltoa koskeva keskeinen hallinnollinen uudistus oli erikoissairaanhoidon siirtäminen läänien (*fylkeskommuner*) vastuulta valtion vastuulle 2002. Erikoissairaanhoidon keskitettiin viiteen (vuodesta 2009 neljään) nk. alueelliseen terveysrytykseen, jotka vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Muun muassa erikoissairaanhoidolakea, kuntien sosiaalipalvelutoimintaa ja valtiollisia terveysrytyksiä säätelevää lainsäädäntöä on muokattu mielenterveystyön uudistussuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Etenkin keskitetty hallintohierarkia on luonut mahdollisuudet tiukennettuun taloushallintoon, minkä voidaan todeta tukeneen mielenterveystyön uudistusta. Kuntatasolla pyrkimyksenä on ollut mielenterveyspalvelujen valtavirtaistaminen osaksi kuntien muuta palvelutoimintaa. (Lindqvist & al. 2011, 104)

Tanskan mielenterveystyön uudistustyötä on ohjattu pääasiallisesti taloudellisin keinoin. Keskeinen hallinnollinen käännekohta oli vuoden 1976 sosiaalilaki, joka käynnisti valtiollisen sai-

raalatoiminnan siirron paikallistasolle. Hallitus rahoittaa paikallistason kehittämistoimintaa hallituskausikohtaisilla rahoitussopimuksilla. Rahoitussopimuksien tarkoitus on muun muassa edistää innovaatiohankkeita sekä ohjata varoja tietyille kohderyhmille. Rahoitussopimusten kautta ohjataan huomattavia summia mielenterveystyön eri alueille. (Indenrigs- och Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2005.)

Ruotsissa mielenterveystyötä on ohjattu taloudellisin ja hallinnollisin keinoin sekä vähemmissä määrin myös ideologisin keinoin. Mielenterveystyön uudistusta ohjattiin muun muassa myöntämällä projektiluontoisia valtionavustuksia palvelujärjestelmän uudistushankkeille. Tiedon keruu ja välittämien sekä uudistustyön monitorointi keskitettiin sosiaalihuollukseen (Socialstyrelsen). Lukuun ottamatta nk. avoimen psykiatrisen pakkohoidon lainsäädäntöä paikallistason toiminnan sisältöön ei ole pyritty vaikuttamaan ohjauskeinoin. (Lindqvist 2011, 17.)

Suomessa vuoden 1991 mielenterveyslain lisäksi keskeisiä valtiollisia kehityshankkeita ovat 2000-luvulla toteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmat (TATO) sekä sittemmin sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset kehittämissuunnitelmat (Kaste) vuodesta 2008 alkaen. Ohjelmatoiminta muistuttaa jokseenkin Tanskan satsupulje-rahoitusta. Erityisiä valtiollisia mielenterveystyön hankkeita ei ole, mutta sekä TATO- että Kaste-ohjelmat ovat sisältäneet mielenterveystyön hankkeita; muun muassa mielenterveyden kansalliset laatuksiterit (STM 2001) toteutettiin TATOn puitteissa. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja ja kuntouttamista on vuodesta 2000 lähtien tuettu vuosittain hallituksen budjetin ulkopuolisen lisärahoituksen kautta (Wahlbeck 2007). Informaatio-ohjausta on tehty etenkin mielenterveystyön laatu- ja kehittämissuosituksin.

Palvelujärjestelmä

Mielenterveyspalvelujärjestelmän uudistukset ovat kaikissa Pohjoismaissa vahvistaneet kuntien mielenterveyspalveluja. Suomessa ja Norjassa kunnat vastaavat mielenterveystyöstä sekä sosiaalil- että terveyssektorilla. Ruotsissa terveyspalvelut ovat maakärjäkuntien (*landsting*) vastuulla ja kunnat vastaavat sosiaalihuollon palveluista, kuten mielenterveyskuntoutujien asumis- ja palvelu-

ta ja työllistävästä toiminnasta. Tanskassa kuntien velvollisuus on jaettu niin, että kunnat vastaavat sosiaalisektorin palveluista (*socialpsykiatri*), kun taas terveyssektorin mielenterveyspalvelujen järjestämistä vastuu on keskitetty alueelliselle tasolle (*behandlingspsykiatri*). Norjassa ja Tanskassa mielenterveyspalveluja täydentävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille asetuvat yksiköt, jotka tarjoavat perusterveydenhuoltoa kattavammat palvelut ja toimivat myös erikoissairaanhoidon seulana.

Suomessa ja Ruotsissa mielenterveyspalvelujen siirto laitoshoidosta avohoidon piiriin on johtanut tuettujen asumispalvelujen voimakkaaseen kehitykseen ja kasvuun. Molemmissa maissa mielenterveyskuntoutujien tuettujen asumispalvelujen järjestäminen kuuluu kuntien tehtäviin. Molempien maiden kunnat ovat vastanneet tuettujen asumismuotojen kasvavaan tarpeeseen ostamalla palveluja lähinnä yksityis- ja kolmannelta sektorilta. Tuetuilla asumispalveluilla tavoitellaan palvelujärjestelmien uudistuksien linjausten mukaista kuntouttavaa ja itsenäiseen pärjäämiseen kannustavaa toimintaa. Käytännössä tuetut asumispalvelut ovat usein kuitenkin johtaneet nk. transinstitutionalisaatioon; avohoidon tuetut asumismuodot eivät tavoitteistaan huolimatta toteuta asiakkaiden kuntouttamista itsenäiseen asumiseen. (Salo & Kallinen 2007.) Vaikeista mielenterveysongelmista kärsiville tuetuista asumispalveluista onkin monesti tullut käytännössä vakituinen asumismuoto (mm. STM 2007). Yksityisille palveluntuottajille ei ole rakennettu asukkaiden kuntoutumista tukevia taloudellisia kannustimia, ja yksityiset asumispalvelut ovat enenevässä määrin ketjuuntumassa ja siirtymässä kansainvälisten hoiva-alan yritysten omistukseen.

Norjan alueelliset terveysyritykset ovat vuodesta 2002 alkaen järjestäneet pitkälti autonomisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja (Lindqvist & al. 2011, 108). Kuntien perusterveydenhuolto toimii sisäankäyntinä mielenterveyspalvelujärjestelmään. Erikoissairaanhoidon tukee kuntien toimintaa alueellisilla psykiatrisilla keskuksilla (*distriktpsykiatrisk senter, DPS*). DPS-keskukset ovat avohoidon ja laitoshoidon välille sijoittuva palvelumuoto, jonka kehittäminen on ollut merkittävä osa mielenterveystyön uudistusta. DPS-keskusten toimintamuotoihin kuuluvat avohoito, psykiatriset vuodeosastot, päiväosastot sekä liikkuvat yksiköt. DPS-kes-

kusten lisäksi Norjassa toimii lasten- ja nuortenpsykiatrian keskuksia (*barn- och ungdomspsykiatri, BUP*). DPS- ja BUP-yksiköillä pyritään tukemaan kuntien mielenterveystyötä. Yksiköt tarjoavat lyhytaikaisia intensiivisempiä hoitajaksoja, kun taas psykiatriseen laitoshoidon keskitetään vaikeimmista mielenterveysongelmista kärsivien hoito. (Lindqvist & al. 2011, 106–108.) Norjassa yksityisen sektorin mielenterveyspalveluja ei juuri esiinny. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitomuodot edustavat pääasiallisesti biopsykososiaalista hoitomallia, mutta myös kognitiiviset terapiat ovat yleistyneet (mt., 29).

Sosiaalihuollon, työvoimatoiminnan ja kuntouttavan työtoiminnan yhdistäminen samaan hallintoyksikköön muutti huomattavasti sosiaalihuollona toteuttavan mielenterveystyön rakennetta 2000-luvulla. Uusien työ- ja hyvinvointihallinnon yksikköjen (NAV) tarkoituksena oli löytää kattavia yksilöllisiä ratkaisuja moniongelmaisille asiakkaille ja tarjota matalan kynnyksen keskitettyjä palveluja. NAV-yksikköjen sisältöä ja kattavuutta säätelevät valtakunnalliset vähimmäisvaatimukset, joiden lisäksi kunnat voivat sopia valtion kanssa NAV-keskuksiin lisättävistä muista palveluista. Yhdeksänkymmentä prosenttia kunnista on liittänyt NAV-toimintaan minimivaatimuksen lisäksi myös muita toiminnan alueita, muun muassa mielenterveyspalveluja. (Lindqvist & al. 2011, 110)

Suomessa mielenterveyspalveluista vastaavat kunnat. Kunnissa mielenterveyspalvelut ovat osa yleistä kansanterveystyötä. Vuoden 1993 valtionosuuuudistuksen jälkeen kunnilla on ollut vapaus päättää itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä: kunnalliselle mielenterveystyölle ei myönnetä valtiolliselta tasolta korvamerkittyjä varoja. (STM 2004.)

Mielenterveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välille. Perusterveydenhuollon on suunniteltu toimivan ensisijaisena reitinä mielenterveyspalveluihin, josta hoitoa jatketaan tarvittaessa perusterveydenhuollon läheteellä erikoissairaanhoidossa. Lisäksi mielenterveystyötä tehdään työterveyshuollossa, kouluterveydenhuollossa ja lastenneuvoloissa. Kunnat eivät tuota kaikkia palveluja itse, vaan ostavat etenkin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut lähes kokonaan yksityis- ja kolmannelta sektorilta (Salo & Kallinen 2007).

Sosiaalihuollon piiriin kuuluvia tukitoimia on

siirretty 2000-luvulla myös työvoiman palvelukeskuksiin, joiden palveluissa yhdistyvät sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työvoimatoimiston palvelut. Työvoiman palvelukeskukset edesauttavat etenkin moniongelmaisten tukemista ja ehkäisevät rakenteellisen työttömyyden kehittymistä (Arnkil & al. 2007).

Pakkohoidon vähentäminen psykiatrisessa laitoshoidossa on ollut uudistusprosessien keskeinen tavoite, mutta pakkohoitoa esiintyy Suomessa psykiatrian piirissä verrattain usein verrattuna muihin Pohjoismaihin.

Siirtymä laitoshoidosta mielenterveyden avohoidon palveluihin on johtanut varsin laajan ja hajautetun palvelujärjestelmän syntyyn. Valtakunnallisessa Mieli 2009 -suunnitelmassa tavoitellaan selvempää rakennetta palvelujärjestelmälle sekä selvempää käsitystä eri toimijoiden vastuusta palveluntarjoajina. Kiireettömän hoidon järjestämistä selkeytettiin vuonna 2005 kansanterveyslakiin tehdyllä nk. hoitotakuulla eli valtakunnallisilla säännöksillä kiireettömän hoidon järjestämisestä. Mielenterveyspalvelujen osalta hoitotakuu tukee hoitoon pääsyä, muttei käytännössä takaa hoidon saantia. (STM 2005.)

Kuntouttavia mielenterveyspalveluja järjestetään Suomessa pääasiallisesti mielenterveyskuntoutujien työkyvyn palauttamiseksi ja tukemiseksi. Kuntouttamisjärjestelmän rahoitus on monikanavainen ja toimijoita on useita niin yksityisellä kuin julkisella sektorillakin. Kuntoutusjärjestelmän hajanaisuus vaikeuttaa kuntoutukseen pääsyä ja heikentää etenkin kuntoutukseen pääsyn oikea-aikaisuutta (Wahlbeck 2011). Mielenterveyskuntoutujien työllistymistä on 1990-luvulta lähtien pyritty tukemaan kuntouttavan työtoiminnan ja aktivoiminnan kautta. Mielenterveyskuntoutujien työllistymistä ei ole kuitenkaan onnistuttu edistämään työmarkkinoilla riittävästi. (Arnkil & al. 2007.)

Ruotsissa mielenterveyspalvelujen uudistus on ajan myötä tuonut selkeyttä kuntien ja maakäräjäkuntien väliseen mielenterveystyön vastuunjakoon sosiaali- ja terveyssektoreilla. Sosiaalihuollon lainsäädäntö velvoittaa kuntia edistämään fyysisesti tai psyykkisesti toimintarajoitteisten itsenäistä toimintakykyä, osallistumista yhteiskunnan kaikilla alueilla ja tuettua asumista. Kunnille siirtyi vuoden 1995 uudistuksessa suurempi järjestämisvastuu mielenterveyskuntoutujien palveluista. Koska kuntien palveluiden saatavuudessa esiintyi puutteita, käynnistettiin vuonna 2006

kansallinen psykiatrian kehittämissuunnitelma (Socialdepartementet 2006).

Siirtymä laitoshoidosta avohoidon palveluihin on johtanut pyrkimykseen käyttää laitoshoidoa mahdollisimman vähän. Laitoshoidoa käytetään nykyään lähes yksinomaan viimeisenä mahdollisena hoitokeinona vaikeissa tapauksissa eikä niinkään osana harkittua hoitosuunnitelmaa. Perusterveydenhuollon asemaa ensisijaisena hoitopaikkana on vahvistettu mielenterveystyön uudistuksessa. Sosiaalihuolto tukee alueellista mielenterveystyötä lähinnä informaatio-ohjauksen kautta; valtiolla ei ole valtuuksia ohjata maakäräjäkunnissa ja kunnissa tehtävää mielenterveystyötä. Ruotsissa ei ole Tanskan ja Norjan kaltaisia psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille asettuvia yksikköjä. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmia hoidetaan erityisissä lasten ja nuorten mielenterveyteen erikoistuneissa yksiköissä (BUP). Lasten- ja nuortenpsykiatrian palveluissa ja rakenteessa on kuitenkin suurta alueellista vaihtelua. (Socialstyrelsen 2009.)

Työllistävän toiminnan järjestäminen on osa kuntien lakisääteistä velvollisuutta. Toiminnan laadusta ja sisällöstä ei kuitenkaan ole säädetty erikseen laissa, ja toiminnassa esiintyykin suurta paikallista variaatiota. (Lindqvist & al. 2011, 139.) Sekä kunta että työnvälitys tukevat mielenterveyskuntoutujien työllistymistä. Etenkin moniongelmaisia on tuettu henkilökohtaisin palveluohjaajin (*personligt ombud*). Palveluohjauksessa keskeistä on ohjaajan riippumattomuus palvelujärjestelmästä, asiakkaan tukeminen ja palvelujärjestelmän epäkohtiin puuttuminen (Socialstyrelsen 2000). Työnantajia on kannustettu työllistämään mielenterveyskuntoutujia muun muassa erilaisin tuin. Työnvälityksen erityistuki toimintarajoitteisten työllistämiseksi (SIUS) sisältää tukitoimia, joilla tuetaan toimintarajoitteisten työntekijöiden erityistarpeita. Kuntien tarjoama työllistävä toiminta näyttäisi tähtäävän myös moniongelmaisten ja vaikeasti toimintarajoitteisten aktivointiin. Lähes kaikissa kunnissa järjestetään työtoimintaa mielenterveyskuntoutujille, mutta riittävä työllistymiseen tähtäävää tukea tarjotaan ainoastaan muutamissa kunnissa. (Socialstyrelsen 2005.) Kuntien roolia painottava uudistus ei huomioinut riittävästi viranomaisien, kuten sosiaalivakuutuskassan ja työnvälityksen, roolia, eikä mielenterveyskuntoutujien työllistäviä tavoitteita ole riittävässä määrin saavutettu (Lindqvist &

al. 2011, 135). Työllistymiseen tähtäävä toiminta johtaa harvoin kuntoutujien siirtymiseen yleisille työmarkkinoille.

Tanskan mielenterveystyön rakennetta on muuttanut huomattavasti 1990-luvulla tapahtunut mielenterveystyön jako alue- ja sosiaalipsykiatriaan (*distrikt- och socialpsykiatri*) sekä psykiatriseen sairaalahoitoon. Lainsäädännössä ei määritellä mielenterveyspalvelujen sisältöä tai laajuutta. Esimerkiksi kuntien vastuulla olevien sosiaalipsykiatrian piiriin kuuluvien asumis- ja työllistymispalvelujen laajuus on kasvanut palvelujen painopisteen siirryttyä avohoidon palveluihin. Aluepsykiatrian ja laitoshoidon välistä yhteistoimintaa säädellään pakottavin toimin siten, että aluepsykiatrian on tarjottava laitoshoidosta kotiutetuille potilaille hoitoa ja palveluita aluepsykiatrian piirissä. (Lindqvist & al. 2011, 42.)

Aluepsykiatria täydentää sosiaalipsykiatriaa terveydenhuollollisin toimin ja toimii välihoitomuotona sosiaalipsykiatrian ja laitoshoidon välillä. Palveluohjaus ja etsivät tiimit kuuluvat aluepsykiatrian toimintaan. Kehittämistoimintaa tuetaan valtion korvamerkityin satspulje-varoin. (Lindqvist & al. 2011, 43)

Valtaosa mielenterveystyöhön suunnatuista varoista ohjataan yhä aluepsykiatrian hoidollisiin palveluihin eikä niinkään sosiaalihuollon palveluihin, mutta sosiaalipsykiatrian asettaminen osaksi kuntien toimintaa on edistänyt mielenterveystyön kehittämistä paikallistasolla. Muun muassa etsivien tiimien työ ja tukihenkilöt ovat edesauttaneet varhaista puuttumista mielenterveysongelmiin. Tanskassa toimii psykiatrian päivystysyksikköjä (*psykiatriska skadestuer*), jotka toimivat siltana kuntien sosiaalipsykiatrian, aluepsykiatrian ja laitoshoidon välillä. Sosiaalipsykiatrian kasvanut merkitys kunnallis- ja paikallistasolla on myös edistänyt mielenterveysongelmiin ja mielenterveyspalvelujen käyttöön liittyvien ennakkoluulojen ja häpeäleiman ehkäisyä. Yksityisesti tuotettuja palveluja esiintyy varsinkin sosiaalipsykiatrian sektorilla, mutta myös hoidollisia palveluja, kuten vaikeiden mielenterveysongelmien hoitoa, tuotetaan yksityisellä sektorilla. Kunnat ovat pääasiallinen yksityisten palvelujen ostaja. (Lindqvist & al. 2011, 44.)

Hoitojärjestelmän rakenteelliset liitoskohdat ja asiakkaiden siirtyminen hoitojärjestelmässä ovat osoittautuneet palvelujärjestelmän ongelmakohdiksi. Laitoshoidon piirissä aluepsykiatrian resurssit ja toiminta koetaan laitoshoidosta alue-

psykiatriaan siirtyville potilaille riittämättömiksi. Kunnat katsovat, että laitoshoidosta tulevia potilaita on usein siirretty kunnalliseen hoitoon liian varhain, eivätkä kunnat koe saavansa riittävää tukea aluepsykiatrialta. (Lindqvist & al. 2011, 52.)

Asiakasosallisuus

Mielenterveyspalvelujen asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua hoidon ja palvelujen suunnitteluun ja sisältöön on pyritty edistämään kaikissa Pohjoismaissa.

Tanskassa asiakasosallisuutta edistävät useat potilasyhdistykset ja toimikunnat. Asiakasosallisuuden muotoja ovat fokusryhmähaastattelut, palvelujen arviointi ja palvelukäyttäjätöimikunnat (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2003). Mielenterveyspotilaat voivat myös vaikuttaa hoitoonsa lakisäateisen psykiatrisen potilaslautakunnan (*psykiatriske patientklagenævnet*) kautta. Toimikunnasta säädetään pakko-hoitoa säätelevässä laissa, ja sen toimintavaltuuksia on laajennettu vuonna 1998. Toimikunta käsittelee ensisijaisesti pakkohoitopäätöksiä koskevia valituksia. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 1999)

Suomen Mieli 2009 -suunnitelmassa korostetaan asiakasosallisuuden ja vertaistuen merkitystä mielenterveystyössä. Suunnitelman mukaan asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin tulisi vahvistaa (STM 2009). Asiakasosallisuutta ja vertaistukea tarjotaan erilaisten mielenterveysseurojen, työpajojen ja klubitalojen kautta. Asiakasosallisuuden keskeinen toimija on Mielenterveyden keskusliitto.

Norjan mielenterveystyön uudistus suunnitelmassa asiakasosallisuuden edistäminen oli keskeistä. Tavoitteena oli edistää asiakkaiden osallistumista sekä henkilökohtaisten mielenterveyden hoitosuunnitelmien laatimiseen että palvelujen sisältöön. Maassa toimii useita mielenterveyspotilaiden asioita edistäviä järjestöjä, joista Mental Helse Norge, Landsforeningen for parørende innen psykiatri ja Voksne for barn ovat suurimmat. Asiakasosallisuutta on edistetty kuntien päiväkeskuksissa ja erikoissairaanhoidon piirissä. Tavoitteena on perustaa palvelujenkäyttäjien vaikutusmahdollisuuksia edistävä käyttäjätöimikunta jokaiseen terveysrytitykseen. (Lindqvist & al. 2011, 111)

Myös **Ruotsissa** asiakasosallisuuden tarvetta on korostettu viime vuosina. Mielenterveysjärjestöt ovat 1980-luvulta lähtien voineet vaikuttaa valtion päätöksentekoon lausunnoilla ja muilla kannanotoilla. Viime vuosina on ryhdytty myös kehittämään käytännön strategioita asiakasosallisuuden lisäämiseksi. Muun muassa palveluiden käyttäjäneuvostot ja palvelujen evaluointi ovat yleistyneet paikallistasolla. (Ersta Diakoni 2008.) Kansallisen psykiatriakoordinoinnin (*psykiatrisamordning*) tavoitteena on muun muassa asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksien lisääminen (SOU 2006).

Mielenterveyden ammattihenkilöstö

Mielenterveystyön ammattihenkilöstön lukumäärä ja kirjo on kasvanut kaikissa Pohjoismaissa mielenterveyspalvelujen painopisteen siirryttyä laitoshoidosta avohoidon palveluihin. Sekä Suomessa että Tanskassa on havaittavissa epäselvyyksiä mielenterveyspalvelujen työnjaossa sosiaalialan ja terveysalan välillä. Suomessa sosiaalihuollon vastuu mielenterveystyöstä on epäselvä ja eri alojen työntekijöiden väliset konfliktit kuvastavat osittain myös mielenterveysalueen yleistä hallinnollista ja poliittista epäselvyyttä (STM 2004). Tanskassa vastaavia ongelmia on kohdattu mielenterveyspalvelujen sosiaalipsykiatrian ja terveydenhoidolliseen aluepsykiatrian välillä.

Pakkohoido

Pakkohoidon vähentäminen on ollut mielenterveyspalvelujen uudistuksien tavoite kaikissa Pohjoismaissa. Käytännössä pakkohoidosta on luovuttu eri maissa vaihtelevissa määrin. **Suomessa** pakkohoidoita käytetään edelleen verrattain paljon: joka kolmas laitoshoidon hoitajakso aloitetaan potilaan tahdosta riippumatta. Lasten- ja nuorten psykiatrisen pakkohoidon esiintyvyys on Suomessa jopa kasvanut 2000-luvulla (Tuori & al. 2006). Potilaan tahdosta riippumattoman psykiatrisen laitoshoidon esiintyvyys ja yleisyys vaihtelee suuresti alueittain ja laitoksittain (Tuori & Kiikkala 2004).

Tanskassa tahdosta riippumattomaan hoitoon lähetettyjen osuus on noin 6 prosenttia potilaisista. Avohoidossa ei käytetä tahdosta riippumattomia hoitokeinoja. (Dansk Psykiatrisk Selskab

2005.) Aluepsykiatria ei kuulu pakkotoimenpiteitä, eikä aluepsykiatrian piirissä toimivilla lääkäreillä ole valtuuksia lähettää potilaitaan pakkohoidoon. Aluepsykiatrian mielenterveystyöntekijöillä on kuitenkin mahdollisuus raportoida mahdollisesta tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta potilaan omalääkärille. (Lindqvist & al. 2011, 50.)

Ruotsissa potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään myös avohoidossa (Sjöström & al. 2011). Tahdosta riippumatonta avohoidoita käytetään lähinnä suljetusta pakkohoidosta kotiutettujen potilaiden lääkityksen sekä avohoitokontaktien ja päihdeongelmien hallintaan. Potilaan tahdonvastaisen avohoidon tarkoitus on edistää potilaan sopeutumista yhteiskunnan normaalioloihin, mutta myös valvoa ympäristölleen mahdollisesti vaaraksi olevan potilaan kuntoutumista laitoshoidon ulkopuolella. (Sveriges regering 2007.)

Uudistusten tulokset

Pohjoismaiden historialliset, rakenteelliset ja kulttuuriset yhtenäisyydet ovat luoneet myös mielenterveyspalvelujen uudistuksille samankaltaiset tavoitteet. Laitos- ja pakkohoidoita on vähennetty siirrettäessä mielenterveyspalveluja osaksi yleistä kansanterveyttä edistävää paikallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Avohoidon palveluja on kasvatettu ja kehitetty. Kaikkien maiden tavoitteena on ollut asiakasosallisuuden lisääminen palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla.

Mielenterveyshoidon laitoshoitopaikkojen lukumäärä on laskenut kaikissa neljässä maissa (eniten Norjassa ja Ruotsissa). Sosiaalisten tukitoimien, kuten tuettujen asumismuotojen, tarjonta on kasvanut, samaten mielialalääkityksen käyttö. Laitoshoidosta kotiutettujen mielenterveyspotilaiden kuolleisuus on vähentynyt Suomessa (Pirkola & al. 2007). Pitkäaikaisista laitoshoidojaksoista luopuminen voidaan yhdistää mielenterveyskuntoutujien elinajanodotteen kasvuun Pohjoismaissa (Wahlbeck & al. 2011). Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa voidaan kuitenkin puhua usean Pohjoismaan kohdalla pitkäaikaisen laitoshoidon transinstitutionalisoinnista; tuetut asumispalvelut eivät käytännössä johda mielenterveyskuntoutujien itsenäiseen asumiseen.

Mielenterveyspalvelujen uudistusta on tuettu varsin vaihtelevissa määrin työmarkkinatoimin ja sosiaalivakuutuksen rakenteissa. Useimmissa Pohjoismaissa mielenterveyskuntoutujien työllistymistä ei tueta riittävästi työmarkkinapoliittisella tasolla. Huomattava osuus työkyvyttömyyseläkkeistä on myönnetty mielenterveysongelmien takia (Suomessa vuonna 2010 noin 45 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä) (Eläketurvakeskus 2011).

Työkyvyttömyyseläköitymistä mielenterveydellisin perustein on pyritty ehkäisemään erilaisin työelämään kuntoutumista edistävin tukitoimin. Etenkin Ruotsissa varhaiseläkkeen myöntämiselle mielenterveydellisin perustein on asetettu entistä tiukemmat ehdot; ensisijainen tavoite on löytää mielenterveyskuntoutujalle soveltuvaa työtä. Tiettyjen ryhmien osalta tiukentuneet ehdot ovat heikentäneet mielenterveysongelmista kärsivien sosiaaliturvaa.

Palvelujärjestelmien lähtökohtaisissa aatteellisissa uudistustavoitteissa oli havaittavissa yhteisiä linjauksia. Uudistusten käytännön toteutus paikallisissa palvelujärjestelmien rakenteissa on kuitenkin johtanut varsin vaihteleviin lopputuloksiin eri Pohjoismaissa. Ensisijainen käynti mielenterveyspalveluihin on monessa maassa keskitetty perusterveydenhuoltoon. Kuntien palvelujen sisällöissä on suurta vaihtelua sekä eri Pohjoismaiden välillä että yksittäisissä maissa. Tanskassa ja Norjassa aikuisväestön mielenterveyspalvelujärjestelmän liitoskohtia kunnallisen- ja laitoshoidon välillä tuetaan erilaisin välihoitomuodoin (*psykiatriska skadestuer, DPS*). Ruotsissa ja Suomessa ei esiinny vastaavaa toimintaa.

Asiakasosallisuuden edistäminen ja kehittäminen oli uudistuksien keskeinen osa kaikissa maissa. Kuitenkin Suomessa asiakaslähtöisyys nostettiin keskiöön vasta vuonna 2009 kansallisessa Mieli-suunnitelmassa (STM 2009). Asiakkaita mielenterveystyöhön ja palvelujärjestelmän kehittämiseen osallistavaa toimintaa löytyi jokaisesta maasta, mutta uudistuksen myötä asiakasosallisuus on pyritty tuomaan pysyvämmäksi osaksi mielenterveystyötä. Asiakasosallisuutta on vakinaistettu muun muassa lainsäädännöllisin ja hallinnollisin keinoin. Uudistuksista huolimatta voidaan todeta, että asiakasosallisuuden lisäämistä osana mielenterveystyötä on jatkettava kaikissa Pohjoismaissa.

Loppusanat

Mielenterveyden häiriöiden diagnoosijärjestelmän laajentuminen ja hoidon kehittyminen on johtanut kaikissa Pohjoismaissa mielenterveysongelmien medikalisaatioon. Toisaalta uudet lääkehoitomahdollisuudet ovat myös edistäneet mielenterveyspalvelujen siirtämistä laitoshoidosta avohoidon palvelujen piiriin. Voidaan todeta, että avohoidossa lääkehoito on saanut varsin suuren merkityksen, eikä lääkehoitoa aina yhdistetä riittävässä määrin muihin hoitomuotoihin. Mielenterveysongelmien medikalisaatio ilmenee Pohjoismaissa myös erilaisten normaali-ilmiöiden, kuten menetyksen aiheuttaman surun, alakuloisuuden ja kriisireaktioiden, lääkitsemisenä kasvavassa määrin. Mielenterveyspalvelujen toimintakenttä on laajentunut kaikissa Pohjoismaissa kasvattaen mielenterveyspalvelujen yhteyksiä muihin yhteiskunnallisiin palveluihin, kuten sosiaalihuoltoon, kouluihin ja työvoimaviranomaisiin.

Pohjoismaiden mielenterveyspalvelujärjestelmien uudistusten voidaan nähdä kuvastavan niitä aatteellisia ja käytännöllisiä seikkoja, jotka ovat kuluneiden vuosikymmenten saatossa muuttaneet kauttaaltaan pohjoismaista hyvinvointimalia. Uudistusten lähtökohtana ja pitkälti saavutettuna tavoitteena on ollut mielenterveyden laitoshoidosta luopuminen ja sen tuntuva vähentäminen. Tämä kuvastaa uutta avohoitopohjaista mielenterveysajattelua, mutta myös taloudelliseen tehokkuuteen pyrkivää sosiaalipoliittikkaa. Jokseenkin kärjistäen voidaan kysyä, missä määrin aatteelliset uudistukset loppujen lopuksi motivoivat laitoshoidosta luopumista ja missä määrin sitä motivoivat pyrkimykset kustannustehokkaampiin sosiaali- ja terveydenhoitoratkaisuihin. Uusliberaalia New Public Management (NPM) -ajattelua edustaa kunnissa kilpailutettujen yksityisen ja kolmannen sektorin palvelujen ostaminen, jota on epäilemättä motivoitu palvelujen kattavuuden kasvattamisen lisäksi myös taloudellisiin säästötavoittein. Asumispalveluiden ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille on johtanut mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden määrän voimakkaaseen kasvuun. Taloudellisten ohjausmekanismien ja laadunvarmistuksen puuttuessa on uhkana, että asumispalvelut muodostuvat uudeksi laitostoiminnaksi. Itsenäiseen asumiseen valmentavan toiminnan puuttuessa asumisajat pitenevät ja palveluntuottajien an-

siot kasvavat. Yksityiset palvelutuottajat, joita olisi ensi sijassa tullut valjastaa avohoidon kehittämiseen, ovatkin kuntien heikon ohjauksen takia muokanneet palvelujärjestelmää suuntaan, joka on osallisuutta ja avohoitoa painottavan virallisen mielenterveyspolitiikan vastainen.

NPM-suuntausten lisäksi (ja niiden rinnalla) mielenterveystyötä on muokannut uudistuksen yhteydessä ja osittain uudistusten ansiosta syntyneet uudet käsitykset mielenterveydestä ja mielen-terveysongelmista. Diagnoosien kirjo on etenkin lievien mielenterveysongelmien osalta laajentunut huomattavasti. Psykiatrian kasvava kiinnostus erilaisten masennus- ja ahdistustilojen, ADHD:n ja muiden lievempien häiriöiden hoitoon perinteisten psykiatristen diagnoosien (esim. psykoosi tai skitsofrenia) rinnalla on omalta osaltaan lisännyt avohoitopainotteisuutta.

Voidaan kysyä, ovatko asennemuutokset uudistustyön tulos vai osa mielenterveyspalvelujärjestelmän uudistusta muokannutta ja sen mahdollistanutta yhteiskunnallista kehitystä. Mielenterveysongelmien ja etenkin lievien mielen-terveysongelmien aiheuttama hoidon kysynnän kasvu kertoo paitsi pahoinvoinnin lisääntymisestä myös muuttuneesta tavasta käsittää ja käsitellä yhteiskunnallisia ja sosiaalisia pulmia, joista aiheutuu uusien mielenterveysongelmien kaltaisia ongelmia. Diagnostisia muutoksia ja kasvavaa mielenterveysdiagnoosien määrää on myös syytä tarkkailla osana markkinataloudellisia mahdollisuuksia luovaa kehittyvää lääketeollisuutta.

Pohjoismaissa on meneillään näkemysmuutos: mielenterveyskuntoutujaa ei enää nähdä yksinomaan hoitotoimenpiteiden kohteena, vaan voimaantuneena toimijana. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista, jota Suomessa ei vielä ole ratifioitu, nostaa myös mielenterveyskuntoutujat oikeudellisesti suojatuiksi: heillä on oikeus asuntoon, työhön ja palveluihin toi-

mintakykyrajoituksistaan huolimatta. Yleissopimus velvoittaa valtioita ryhtymään kohtuullisiin toimiin myös mielenterveyskuntoutujien osallistamiseksi yhteiskunnan eri tahoilla. Kansainvälinen sopimus tulee vahvistamaan mielenterveyskuntoutujien asemaa.

Myös pohjoismaisia hyvinvointiyhteiskuntia muuttanutta markkina-orientoitunutta kehitystä kuvaa se, ettei yhteiskunnallisia ja sosiaalisia ongelmia enää juurikaan pyritä käsittelemään rakenteellisina ongelmina, vaan ne nähdään yksilötason ongelmina, jotka tulee hoitaa eristettyinä yksittäistapauksina palvelujärjestelmän puitteissa. Lasten ADHD-häiriön käsitteellistäminen lapsen lääketieteellisenä tilana edustaa muuttunutta näkemystapaa. Kehitystä kuvastaa käsitys yksilöstä, jota tulee vahvistaa erilaisin terapioin ja yhä useammin myös lääkehoidollisin keinoin pärjäämään osana yhteiskuntaa huolimatta sen rakenteellisista puutteista ja ongelmista (esim. kiihtyvä työtahti, kaventunut käsitys nk. normaalista toimintakyvystä tai lapsen elinympäristöstä).

Suomella on mielenterveystyötä kehitettäessä hyötyä Pohjoismaiden välisestä tiedonvaihdoista. Tämä ei näy pelkästään hyvien käytäntöjen jakamisessa (esim. asiakasosallisuuden lisäämisen ja tahdonvastaisen hoidon vähentämisen hyvät käytännöt), vaan myös mielenterveystyön kohottamisessa kansalliselle poliittiselle agendalle. Muissa Pohjoismaissa mielenterveyspolitiikka on ollut hallitusten ja parlamenttien poliittisella agendalla, kun taas Suomessa mielenterveystyön agenda on usein asetettu virkamiestasolla. Uudistusten tavoitteet, suuntaviivat ja resurssit ovat muissa Pohjoismaissa usein olleet parlamentaaristen poliittisten prosessien tuloksia. Vastaava poliittinen kiinnostus mielenterveystyöhön voisi tuottaa Suomen mielenterveystyön uudistuksen loppuunsaattamista varten tarvittavaa innostusta ja resursseja.

TIIVISTELMÄ

Nina Karlsson & Kristian Wahlbeck: Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty?

Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset

Mielenterveystyötä on uudistettu kaikissa Pohjoismaissa kuluneiden vuosikymmenten aikana. Kehityksen taustalla voidaan nähdä hyvinvointiyhteiskunnan terveyspolitiikkaa laajemmin muuttaneet prosessit. Sekä muuttuneet taloudelliset edellytykset harjoittaa nk. perinteistä pohjoismaista hyvinvointipolitiikkaa että

mielenterveyteen liittyvät aatteelliset muutokset ovat muotoilleet uudistustarpeita ja -tavoitteita. Pohjoismaissa mielenterveyspalveluja ja laajemmin sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhdistää verovaroin ylläpidettävä, sosiaalivakuutuksen piiriin kuuluva tasavertainen oikeus sosiaali- ja terveydenhoitoon. Mielenterveyspalvelujen osalta hoitojärjestelmän rakennetta on muuttanut Pohjoismaissa viimeisten vuosikymmenten aikana tapahtunut siirtyminen laitoshoitopainotteisesta hoidosta erimuotoisiin palveluihin avohoidon piirissä. Uusia

aatteellisia virtauksia mielenterveystyössä kuvastaa kasvava panostus ennaltaehkäisevään toimintaan ja niin mielenterveyden kuin mielenterveysongelmien arkipäiväistyminen. Muuttunutta suhtautumista mielenterveysongelmiin kuvastaa myös potilas-käsitteen korvaaminen mielenterveyspalvelujen asiakas-käsitteellä. Terminologiamuutoksia on pyritty tukemaan käsitystä, että mielenterveysongelmat voivat fyysisten sairauksien lailla olla väliaikaisia ja niistä voi toipua.

Myös mielenterveysongelmiin liittyvissä asenteissa on havaittavissa Pohjoismaissa ja eurooppalaisittain yhdensuuntaisia muutostrendejä kuluneiden vuosikymmenten ajalta. Mielenterveyteen liitettyjä negatiivisia käsityksiä ja ennakkoluuloja on pyritty muokkaamaan kansainvälisellä tasolla. Tämän työn tuloksia ovat mm. mielenterveyskuntoutujien sisällyttäminen YK:n yleissopimukseen vammaisten henkilöiden oikeuksista (YK 2006) sekä WHO:n eurooppalainen mielenterveysjulistus ja -suunnitelma (WHO 2005). Keskeiseksi mielenterveystyössä on noussut mielenterveyskuntoutujien osallistaminen yhteiskunnan kaikilla alueilla, mielenterveyskuntoutujien yhteiskun-

nallisen tasavertaisuuden takaamisen, palvelujen saatavuuden parantaminen ja mielenterveyskuntoutujien itsenäistä toimintakykyä osana yhteiskuntaa tukeva toiminta. Niin sanottujen perinteisten diagnoosien, kuten skitsofrenian tai psykoosien rinnalle on noussut joukko lievempiä mielenterveysongelmia kuvaavia diagnooseja.

Mielenterveystyön aatteelliseen ja käsitteelliseen perustaan kohdistuneiden muutosten lisäksi palvelujärjestelmien uudistusta on väärittänyt hyvinvointipalveluja mahdollistavaan talousjärjestelmään kohdistuneet paineet markkinaintegraation ja taloudellisen tuottavuuden kasvavan merkityksen myötä. Markkinaliberaalit, nk. New Public Management -virtaukset ovat havaittavissa myös mielenterveyspalvelujen järjestelyissä useissa Pohjoismaissa; sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottaminen siirretään julkisen sektorin piiristä yrityksille ja kolmannen sektorin toimijoille. Toisaalta julkisen sektorin palvelurakennetta on myös pyritty parantamaan luomalla mahdollisuuksia kehittää palvelujärjestelmää ja edistää innovatiivisten hoitomuotojen kehittämistä.

KIRJALLISUUS

- Arnkil, Robert & Karjalainen, Vappu & Saikku, Pippi & Spangar, Timo & Pitkänen, Sari: Työvoimatoimistot ja työvoimanpalvelukeskukset tänään ja huomenna. Väliraportti Suomen työvoimapolkujen uudistuksesta. Työhallinnon julkaisu 373. Helsinki: Työministeriö, 2007.
- Danmarks regering: Styrket indsats for sindslidende Handlingsplan for psykiatri. [Vahvistettu panostus mielenterveyteen Mielenterveyden toimintasuunnitelma.] København: Litotryk København, 2009.
- Dansk Psykiatrisk Selskab: Rapport om ambulans tvang. [Raportti tahdonvastaisesta hoidosta ensihoidossa.] København: Dansk Psykiatrisk Selskab, 2005.
- Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2010. Helsinki: Eläketurvakeskus, 2011.
- Ersta Diakoni: Inflytandeprojektet: Inflytande för hälsa och demokrati – vägar till att förverkliga uppdraget. Slutrapport och förslag från Inflytandeprojektet – Nationell psykiatrisamordnings satsning på brukarinflytande. [Vaikutusvalta terveyteen ja demokratiaan – tehtävän toteutumiseen johtavia teitä. Vaikuttavuushankkeen loppuraportti suosituksin – Valtakunnallisen mielenterveysyhteistyön panostus asiakasallisuuteen.] Stockholm: Ersta Diakoni, 2008.
- Eskola, Jarkko & Taipale, Vappu: Mielenterveyspolitiikka terveyspolitiikan keskiöön. Yhteiskuntapolitiikka 76(2011):2;181–191.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet: Evaluering af psykiatraftalen 2003–2006. [Mielenterveyssovimusten evaluointi 2003–2006.] København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, 2005.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet: Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2001. [Hallituksen loppuraportti mielenterveyspalveluista.] København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet, 2003.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet: Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998. [Hallituksen loppuraportti mielenterveyspalveluista 1997 ja 1998.] København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet, 1999.
- Johansson, Håkan: Svensk aktiveringspolitik i nordiskt perspektiv. Rapport till ESS, Expertgruppen för Studier i Samhällsekonomi [Ruotsalainen aktivointipolitiikka Pohjoismaisesta näkökulmasta. Raportti ESS:lle, Yhteiskuntatalouden asiantuntijaryhmä.] Stockholm: Finansdepartementet, 2006:3.
- Junestav, Malin: Sjukskrivning som politiskt problem. Sociala normer, institutionell förändring och det politiska språket. [Sairauspoissaolot poliittisena ongelmana. Sosiaaliset normit, institutionaalinen muutos ja poliittinen kieli.] Arbetsmarknad & Arbetsliv 15 (2009): 4, 9–27
- Lindqvist, Rafael & Bengtsson, Steen & Fredén, Lars & Larsen, Frode & Rosenberg, David & Ruud, Torleif & Wahlbeck, Kristian: Från reformintention till praxis – Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden. [Psykiatrian ja sosiaalipalvelujen uudistusista käytännön tukitoimiin Pohjoismaissa.] NHV-rapport 2011:4 R. Göteborg: Nordiska högskolan

- för folkhälsovetenskap, 2011.
- Norges forskningsråd: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse 2001–2009. Oslo, 2009.
- Norges regjering 1998: Stortingsproposisjon 63 (1997–98). [Suurkäräjän propositio.] <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915> (luettu 28.12.2011)
- Norges regjering 1999: Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (Psykisk helsevernloven med endringer i 2006.) [Norjan mielenterveyslaki]. <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062.html> (luettu 28.12.2011)
- Pirkola, Sami & Sohlman, Britta & Heilä, Hannele & Wahlbeck, Kristian: Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. *Psychiatric Services* 2007;58(6):879–80.
- Salo, Markku & Kallinen, Mari: Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Pori: Kehitys Oy, 2007.
- Sjöström, Stefan & Zetterberg, Liv & Markström, Urban. Why community compulsion became the solution – Reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry* 2011;34:419–28.
- Socialdepartementet: Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationellpsykiatrisamordning. SOU 2006:100. Stockholm, 2006. [Saatavilla <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf>]
- Socialstyrelsen: Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004. [Kuntien panostus mielenterveyskuntoutujille suuntautuvaan toimintaan.] Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
- Socialstyrelsen: Rapport från Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården. [Sosiaalihuollon raportti terveyden- ja sairaanhoillon valvonnasta.] Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
- Socialstyrelsen: Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud. [Valtiontuki kunnille palveluohjauksen kehittämiseksi.] Socialstyrelsens meddelandebud nr 14/2000. Stockholm: Socialstyrelsen.
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Asumista ja kuntoutusta, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Julkaisu 2007:13. Helsinki, 2007.
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009:3. Helsinki, 2009.
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantar ryhmän esitys. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2001:9. Helsinki, 2001.
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2004:5 Helsinki, 2004.
- STM, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005:6. Helsinki, 2005.
- SOU 2006:100. Ambitioner och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. [Ambitioita ja vastuuta. Kansallinen suunnitelma yhteiskunnallisten resurssien kehittämiseksi mielenterveysongelmista kärsiville ja mielenterveyskuntoutujille.] Stockholm: Fritzes, 2006.
- Sundhedsstyrelsen: Tvangsforanstaltninger i psykiatrien: en utredning. Köpenhamn, 2009.
- Sveriges regering: Lagrådsremiss - Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården [Hallituksen esitys uudesta hoitomuodosta mielenterveyden tahdonvastaisessa hoidossa]. Regeringens proposition 2007/08:70. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/09/63/14/3b6c7092.pdf> (luettu 28.12.2011)
- Tuori, Timo & Kiikkala, Irma: Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 59(37):3411–3414, 2004.
- Tuori, Timo & Sohlman, Britta & Ekqvist, Marko & Solantaus, Tytti: Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoido Suomessa 1995–2004. Raportti 13/2006. Helsinki : Stakes 2006.
- Wahlbeck, Kristian: Työ on myös masentuneen oikeus. *Suomen Lääkärilehti* 2011; 66:3195.
- Wahlbeck, Kristian & Westman, Jeanette & Nordentoft, Merete & Gissler, Mika & Munk Laurson, Thomas: Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 453–458.
- Wahlbeck, Kristian: Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Tuukka Lahti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Stakes, 2007.
- WHO: Mental Health – Facing the Challenges, Building Solutions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
- YK: Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista. Euroopan unionin virallinen lehti 27.1.2010, s. 35. <http://www.vane.to/images/stories/LexUriServ.pdf>. (luettu 11.04.2012)