

# Pakko ja väkivalta terveydenhuollossa

MATTI PÄÄKKÖNEN

Terveys on normatiivinen käsite, joka sisältää positiivisen arvolutauksen, eikä siihen yleensä liitetä kielteisiä adjektiiveja. Maija-Riitta Ollilan (2005, 259) mukaan käsitteen määrittelyssä heijastuu-kin ajan henki politiikassa, juridiikassa, moraalissa, yhteiskuntapolitiikassa, taloudessa ja uskonnollisessa elämässä. Käsitteenä terveys on avoin, jolloin siitä voidaan osoittaa prototapaus, mutta heti siitä etäännyttäessä sen tulkinta käy epäselväksi.

Niin mieliruoasta kuin -sairaalistakin puhutaan, mutta pakkokeinoista ja -hoidosta mainitseminen saavat nykyihmisen karvat pystyyn. Helsingin Sanomat (28.8.2010, D1–D2) uutisoi näkyvästi tutkimuksesta, jossa selvitettiin pakkotoimien käyttöä (eristäminen, lepositeet) suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa. Tutkija oli havainnut pakkotoimien käytössä alueellisia eroja, ja Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) perustettu työryhmä aloittaa asiasta selvitystyön.

Median antamassa mielikuvassa mielenterveyspotilaan hoito on nyt agendalla, koska ajan hengessä keskitytään ihmisen autonomiaan pakon välttämiseksi. Terveys- ja huollossa pakkokeinot ja väkivalta liittyvät toisiinsa. WHO:n (2005, 20) raportti ”Väkivalta ja Terveys maailmassa” korostaa kansanterveydellistä näkökulmaa väkivallan ehkäisemisessä, ja silloin ongelmaa tarkastellaan monitieteellisesti. Kyse on muusta kuin yksittäisestä potilaasta, ja painopiste on sairauksiin ja terveydentilaan vaikuttavissa oloissa ja ongelmissa. Väkivallan tai pakon vähentäminen ei onnistune ilman yhteiskunnan eri tahojen yhteistyötä ja tulokset jäänevät laihoiksi, jos eri tasoilla on toisistaan kovin poikkeavat asenteet suhteessa eri muodoissa ilmenevään väkivaltaan.

## Jatkohoito vai hoitokatko

Lehtiartikkelissa mainittujen hoitolaitosten edustajat kertoivat, kuinka hoitokulttuurin muutoksilla (mm. maalaamalla kauniita kuvia eristys- huoneen seinälle) on vähennetty pakkotoimien määrää. Toimittaja ei maininnut, että väkivaltaisesti oireilevan ja vaikeahoitaiseksi luokitellun potilaan voi lähettää valtion (Niuvanniemen tai Vanhan Vaasan) mielisairaalaan. Sairaalan pakkotoimitilatot näyttävät heti sen jälkeen paremmalta. Esimerkiksi Niuvanniemen sairaalan aikuispotilaista kolmasosa ja alaikäisistä lähes kaikki ovat vaarallisuuden ja/tai vaikeahoitaisuuden vuoksi sairaanhoitopiiriin hakemuksesta hoitoon otettuja potilaita. Heidän lisäksi sairaalassa hoidetaan mielisairaudesta johtuvan syyntakeettomuuden vuoksi rikoksesta tuomitsematta jätettyjä henkilöitä, ns. kriminaalipotilaita.

Joidenkin terveystieteilijöiden kritisoimista hoitajien asenteista ja vanhahtavasta hoitokulttuurista huolimatta Niuvanniemestä on lähtenyt viime vuosina jatkohoitoon etupäässä sairaanhoitopiiriin laitoksiin 30–60 potilasta. Joissakin sairaanhoitopiireissä on ns. oikeuspsykiatrisia osastoja, mikä vaikuttanee niiden resursseihin ja kykyyn vastaanottaa potilas valtion sairaalasta, mutta osasto havaitaan mahdollisesti myös pakkokeinotilastoissa. Lähtiessään Niuvanniemen sairaalasta potilaat ovat psyykkisesti paremmassa kunnossa ja kykenevät paremmin hallitsemaan sairauttaan kuin sinne tullessaan. Monet heistä kuitenkin palaavat takaisin jäätyään ehkä vaille tarvitsemaansa hoitoa. Kriminaalipotilaiden jatkohoidossa on todettu olevan puutteita ja hoitokontakti on loppunut usein valvotun avohoidon päätyttyä.

Kriminaalipotilaiden avohoidon epäonnistumiseen on todettu (Suontaka & al. 2007, 2393) vaikuttavan potilaan alkoholismi ja sairauden-

tunnettomuus, hoitavan sairaalan kokemattomuus sekä hoitojärjestelmän välinpitämättömyys potilaan jättäytyttyä hoidosta. Niuvanniemen sairaalasta poistettujen mieskriminaalipotilaiden henkirikoksen uusiutumisriski oli tutkimuksen mukaan (mts.) 50-kertainen keskivertoväestöön verrattuna ensimmäisen kahdeksan seurantaavuoden aikana ja jopa 300-kertainen ensimmäisen vuoden aikana.

Tutkimuksen mukaan (Silvennoinen-Nuora 2005) Suomessa ei juuri tehdä hoitoketjujen vaikuttavuuden arviointia eivätkä määrälliset menetelmät paljasta terveydenhoidon palvelujen vaikuttavuutta, koska se on monitahoisten ja jopa monimutkaisten toimintojen ja organisaatioajat ylittävien tekijöiden seuraus. Mikäli kunnissa tehdään sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden arviointia, niin se jää selvityksen mukaan (Sinkkonen-Tolppi 2006, 39) tapauskohtaisen vaikuttavuuden tasolle eikä yhdisty palvelujen vaikuttavuuden arvioinniksi yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arvioinnista puhumattakaan. Eri tahoilla tapahtuva kehitystyö voikin saada aikaan yllättäviä tuloksia ja mielenterveyspalvelujen hoitoketjujen sisällöllinen pirstaloituneisuus kuvaa Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV) (2009, 76) selvityksen mukaan hyvin sitä, miten erilaisilla resursseilla mielenterveyspotilaita eri puolilla maata hoidetaan.

VTV:n (2009, 123) tarkastajien mukaan mielenterveystyötä ohjaavista laeista vain erikoissairaanhoidolaista löytyy käsite jatkohoito. Se ymmärretään vain joko erikoissairaanhoidon sisällä toimintayksiköstä toiseen siirtymiseksi tai erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen siirtymiseksi. Lainsäädäntö jättää täysin huomioimatta sosiaalihuollon, josta on muodostunut kiinteä osa mielenterveyspotilaan hoito- ja palveluketjua.

## Uusi hoitokulttuuri

Psyykkisesti sairaiden ihmisten väkivaltainen oireilu ei luultavasti vähene, jos heidät jätetään hoitamatta tai heidän teoistaan syyllistetään organisaation alimmalta tasolta hoitajaa, joka on väkivallan uhri. Työturvallisuuskeskuksen (TTK) tuoreen selvityksen (TTK 2010) mukaan terveydenhuollon henkilökunnasta 18,5 prosenttia joutuu vuosittain työssään työväkivallan kohteeksi, ja he ovat toiseksi alttiimpia työväkival-

lalle vartiointi- ja suojelualan työntekijöiden jälkeen.

THL:n alaisuudessa toimivassa Niuvanniemen sairaalassakin on tutkittu sekä oikeuspsykiatrisen hoitajan osaamisen kapeikkoja että pakkotoimien vähentämistä. Edellisen tutkimuksen tulokset selviävät kai aikanaan, mutta jälkimmäisestä ne jopa julkistettiin. Tutkimusprojektin aikana vähenivät sekä eristäminen että lepositeiden käyttö. Samanaikaisesti potilaiden väkivaltaiset teot ovat kuitenkin lisääntyneet.

Pakkotoimien vähetessä väkivalta on lakaistu hoitajien haasteeksi – sanan perinteisessä merkityksessä. Viime vuonna Niuvanniemen sairaalassa tilastoitiin väkivaltatapauksia enemmän kuin koskaan 30 vuoden aikana eli 474, kun niitä oli vielä 1990-luvulla vuosittain 100–200. Kuluvana vuonna väkivaltatapauksia oli jo tammi–heinäkuussa 360. Hoitajille tilanne luo kelpo osaamishaasteen, mutta kärsimys ei kirkasta ihmistä eikä pelolla tai pitkäkestoisella stressillä liene terapeuttista vaikutusta kenellekään. Viitanneeko siihen myös pakkotoimien määrän lähteminen kasvuun alkuvuoden aikana?

Hoitajan asenteet vaikuttavat toki hänen toimintaansa, mutta silti hänen velvollisuutensa psykiatrisessa hoidossa on rajoittaa potilasta silloin, jos potilas vaarantaa itsensä tai ympäristön turvallisuuden. Potilas on voinut joutua tahdonvastaiseen hoitoon nimenomaan väkivaltaisen oireilun vuoksi.

Väkivaltaisuuden vaaran arvioiminen yksilötasolla on tutkijoillekin vaikeaa ja eettisesti haastavaa, koska se johtaa asianomaisen kannalta raskaisiin seurauksiin (Eronen & al. 2007, 2375). Väestötasolla kohtalaisen hyvin toimivat arviointimenetelmät ovat enintään välttävän tasoisia ennustettaessa yksilön vaarallisuutta. Lievempi väkivalta kuitenkin ennustaa vakavampaa väkivaltaa ja uhkailu toteutuvaa väkivaltaa. Käytännön hoitotilanteessa on suuri merkitys hoitajan kokemuksella väkivallan hallinnasta, johon tukeutumista nykyisin pidetään muutosvastarintana (Nevanlinna & Relander 2006, 97).

Yksittäisen hoitajan asenteiden lisäksi hänen toimintaansa ohjaavat sekä lainsäädäntö että hoitokulttuuri. Kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian mukaan (Engeström 2004, 10) toiminnalla on systeemien rakenne, minkä vuoksi puhutaankin toimintajärjestelmistä ja nämä rakenteet ovat hierarkkisia. Järjestelmän rakenteesta voi erottaa tekijän lisäksi työvälineet ja -yhte-

sön, säännöt ja työnjaon sekä työn kohteen, jotka ovat keskenään vuorovaikutuksessa. VTV:n (2009, 136) mukaan palvelurakenteiden uudistajilla vaikuttaa olevan heikohko ymmärrys siitä vuorovaikutuksesta, että rakenteelliset uudistukset muuttavat jo toimintaa ja päinvastoin.

Hoitajan roolia kulttuurin muovautumisessa ei ole aihetta ylikorostaa ja hänen vaikutusvaltansa työyhteisössä on rajallinen – joskus peräti olematon. Johtamisellakin on asiassa merkityksensä. VTV:n (2009, 131) selvityksessä kerrotaan kuntien toteuttaneen organisaatiouudistuksia ja uusia toimintatapoja niin nopeasti, etteivät työntekijät pysy mukana eivätkä välttämättä tiedä, mihin potilas pitäisi ohjata tai keneen pitäisi ottaa yhteyttä. Rahoitusmarkkinoilla johtamisessa vaikuttaisi painottuvan enemmän se, miltä asiat näyttävät, kuin miten ne todellisuudessa ovat. Julkisjohtamismallit ovat peräisin liike-elämästä ja Raija Julkusen (2006, 99) mukaan niiden yhteydessä puhutaan siirtymästä julkisen palvelun etiikasta yksityisen johtamisen etiikkaan. Hänen mukaansa sosiaali- ja terveydenhoidossa ammatillisia vastuita ja ammattitaitoa on muotoiltu uudestaan ja keskeistä siinä on ollut ”management by numbers” – kuvitelma, että asiat ovat hallinnassa, kun tilastonumerot ovat kohdallaan (Julkunen 2006, 101–103).

Richard Sennettin (2007, 13) mukaan uusi-instituutioiden kulttuurinen ihanne edellyttää yksilöltä lyhyttä aikajännettä, keskittymistä vain potentiaalisiiin kykyihinsä sekä aikaisemman kokemuksen hylkäämistä jatkuvuuden, jonkin asian osaamisen ja elämäkokemuksen arvostamisen sijasta. Monille voi olla vahingollista näin erityislaatuisena oleminen.

Ammattiryhmistä mielenterveyden vuoksi sairauspäivärahopäiviä myönnettiin eniten sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa toimiville (24,6 %), ja julkinen sektori johtaa myös mielenterveyseläkkeiden määrässä. Työelämän asian tuntijoiden mukaan työperäiset kuormitustekijät voivat johtaa uupumiseen, depression, immunivasteen heikkenemiseen ja sydänhäiriöihin. Kuormitustekijät voivat synnyttää, laukaista tai pahentaa sairauksia tai terveyden häiriöitä. Välittävänä tekijänä pidetään usein työn ja elämän hallintaa (Lehto & al. 2005, 9). Selvityksen mukaan voi olla mahdollista, että työelämän vaatimukset ovat muuttuneet epäedullisiksi työntekijöille.

THL:n Tesso-lehti (2010) vaikuttaa jo selvit-

täneen pakkokeinojen käytön syyn kertoessaan, että pakon käyttöön vaikuttavat yhteiskunnan, hoitohenkilökunnan ja omaisten asenteet. Lehdessä todetaan: ”Avainasemassa pakon käytössä ovat hoitajat. Lääkäri kutsutaan paikalle, kun mahdollisuudet ovat jo vähissä.”. Tessossa ei kerrota, missä lääkäri on silloin, kun hoitajan mahdollisuudet hupenevat pakkotoimen välttämiseksi.

Lääkäriliiton tilastojen mukaan psykiatrit kehittävät kasvavassa määrin sairaaloiden hoitokulttuurin sijasta elinkeinopolitiikkaa yksityis sektorilla (Suomen Lääkäriliitto 2009, 14). Sairaaloissa työskenteli vuonna 2009 398 psykiatria ja yksityisvastaanotoilla päätoimisesti 205 ja sivutoimisesti 271 psykiatria. Kuntaliiton selvityksen mukaan vuonna 2009 sairaaloissa oli suurin vaje psykiatreista, joita puuttui 159 (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2010).

## Huutolaisena terveystarkkinoilla

1990-luvun talouslamassa ja valtionosuusuudistuksen seurauksena terveydenhuollon voimavaroja supistettiin ja ehkäiseviä sekä mielenterveyspalveluja leikattiin hätäisesti. VTV:n (2009, 94–95) raportissa todetaan, että vaikka taloudellisen taantuman tiedettiin lisäävän psykiatrisen hoidon tarvetta, ei avohoitoa ole vielä saatu kuntoon ja henkilöstöä on siellä yhä edelleen vähemmän kuin vuonna 1990.

Vastuu potilaan hoidosta oireineen vaikuttaa lakaistun lähiomaisille ja -hoitajille. VTV:n (2009, 129) raportin mukaan kunnissa toteutetut organisaatiouudistukset ja uudet toimintakäytännöt ovat heikentäneet mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. Kokonaishoitovastuuta mielenterveyspotilaiden palvelukokonaisuudesta ei raportin mukaan (mts. 124) kukaan, ja joskus tilanteen voi mieltää olevan lähellä heitteillejättöä (mts. 129).

Kolmasosa psykiatrisessa laitoshoidossa olevista potilaista on tullut tahdonvastaiseen hoitoon sairaalokeskuksen lääkärin lähetteellä. Valviran uusien ohjeiden – jotka perustuvat eduskunnan oikeusasiamiehen taannoiseen ratkaisuun – ns. pakkohoitolähetteen voi kirjoittaa vain virassa oleva terveyskeskuslääkäri mutta ei vuokralääkäri. Monissa terveyskeskuksissa ei ole enää virkalääkäriä, ja useammista se puuttuu päivystysai-

kana. Vuokralääkäri ei ole virkamies, eikä hän voi pyytää virka-apua poliisilta potilaan toimittamiseksi psykiatriseen hoitoon.

Yksityisen pörssiyrityksen työntekijä saattoi siis aikaisemmin kirjoittaa kansalaisten perusoikeuksia rajoittavia pakkohoitolähetteitä psykiatriseen hoitoon. Pakkoon hoidossa terveystutkijat havahtuvat kuitenkin vasta silloin, kun näihin kansalaisiin kohdistetaan erikoissairaanhoidossa pakkokeinoja virkamiesten toimesta virkavastuulla, virkalääkäriin määräyksestä ja toiminta on viranomaisten valvomaa.

Pakkohoidossa on kyse henkeä pelastavan hoidon järjestämisestä potilaan itsemurhariskin tai vakavan väkivallan riskin vuoksi, joten hoitojärjestelmän olisi syytä toimia. Käypä hoito -suosituksessa kerrotaan skitsofreniaan liittyvän 2–3-kertainen itsemurhariski. Psykiatrisessa hoidossa nuorten kaikista kuolemantapauksista itsemurha kattoi 75 prosenttia (Räsänen & al. 2004, 180). Perfect-skitsofreniaryhmä havaitsi erityisen suurta alueellista vaihtelua skitsofreniaan diagnosoitujen määrän ja hoidon lisäksi myös heidän kuolleisuudessaan: ensimmäisen viiden vuoden aikana diagnoosista potilaista 1,5–8,8 prosenttia kuoli, ja itsemurhien osuus kuolemista oli 0–50 prosenttia (Karvonen & al. 2008, 32).

Terveyskeskuksilla on heikot mahdollisuudet ehkäistä mielenterveysongelmia (VTV 2009, 60). Oireisiin pystytään puuttumaan vasta, kun potilas hakeutuu vastaanotolle ja myöntää asian. Moniongelmaisten potilaiden hoito ja toiminnan kehittäminen jaksamisen kustannuksella näkyvät terveyskeskuslääkäreiden rekrytointivaikeuksina, mutta samalla vuokralääkäreille on avautunut tuottoisat markkinat. Vuokralääkärien käyttö kuitenkin vaikeuttaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Lääkärien suuri vaihtuvuus on lisäksi ongelma potilaslääkäri-suhteelle, ja mielenterveysongelmien käsittely edellyttäisi luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. VTV:n (2009, 130) mukaan turvautumalla vuokralääkäreihin täytetään perustuslain asettamat velvoitteet tinkimällä terveystaloudellista tavoitteista.

Psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen on lisännyt yksityisten asumispalvelujen määrää. Vuonna 2007 yksityisten palveluntuottajien tuottamien palveluasumisyksiköiden asiakkaana oli yli 5 600 mielenterveysongelmaista, joista 78 prosenttia oli yritysten tuottamien palveluiden piirissä. Vuosien 2003–2007 aikana tehoste-

tun palveluasumisen yksiköissä asuvien mielen-terveyskuntoutujien määrä kasvoi suhteellisesti 31 prosenttia koko maassa (VTV 2009, 46).

Tehostetun asumisen piirissä asuvat mielenterveyskuntoutajat ovat yleensä vaativaa lääkehoidon tarvitsevia huonokuntoisia pitkäaikaissairaita. Palvelujen tuottajilla pitäisi tällöin olla toimintaan myös terveydenhuollon lupa. VTV:n (2009, 51) raportin mukaan yksityisistä sosiaalipalveluntuottajista vain joka neljännellä on luvat kunnossa ja palveluasumisen valvonta on puutteellista.

VTV:n (2009, 139) raportin mukaan ulkoistettujen mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut eivät aina täytä kuntoutumista koskevia kriteerejä ja vain joissakin kunnissa palvelujen kustannusvaikuttavuus on kiinnostanut hankintoja tehtäessä. Ketäpä asia kiinnostaisi, jos kukaan ei ole hoidosta vastuussa. Toisaalta VTV:n raportissa mainitaan, ettei laista löydy määritelmää siitä, mitä sosiaalisella kuntoutuksella, tehostetulla palveluasumisella tai psykiatrisella hoidolla tarkoitetaan (mts. 2009, 132).

VTV (2009, 91–95) arvioi nykyisen mielenterveyspalvelujen järjestämistavan vaihtelevan suuresti eri puolilla Suomea. Lainsäädäntö on antanut kunnille mahdollisuuden kehittää uusia toimintatapoja ja palveluja parhaaksi katsomallaan tavalla. Suunnitelmat ja säädökset jättävät kuitenkin konkretisoimatta, mikä on eri toimijoiden välinen työnjako ja mitä palvelut pitävät sisällään. Sairaanhoidopiirin tuottamia psykiatrian avopalveluita on siirretty kuntiin usein säästösyistä, eikä kunnissa ole riittävästi tarpeenmukaisia avohoitopalveluja. Palveluiden järjestämisen ja vastuun hajautumisen vuoksi eri tuottajien väliset yhteistoimintakäytännöt eivät ole aina toimivia ja nykyinen kuntien hallinnollinen palvelujen organisointi ei ole kyennyt huolehtimaan kokonaisuudesta. Erikoistason palvelujen siirtyminen kuntatasolle on samalla monimutkaistunut yhteydet eri toimijoiden välillä.

Julkisten mielenterveyspalvelujen kaventuessa niitä on kunnissa ulkoistettu tai hankittu ostopalveluina. Ostopalveluiden piirissä olevien potilaiden hoito voi jäädä irrallseen muista sosiaali- ja terveyspalveluista. Palveluiden hajautuneisuus näkyy moniongelmaisten potilaiden kohdalla pallotteluna hoitopaikasta toiseen, koska sosiaalitoimi tai työterveyshuolto on epätietoinen, minne potilaat tulisi ohjata.

Järjestöjen osuus yksityisesti tuotetuista asu-

mispalveluista oli 70 prosenttia vuonna 2004, mutta niiden osuus mielenterveysongelmaisten asumispalvelujen osalta oli vain kolmannes. Toimivan kilpailun edellytyksenä on se, että markkinoilla on riittävästi toimijoita. Kun markkinat ratkaisevat mielenterveyspalvelujen tuottamisen, se vaikuttaa myös niiden laatuun ja hintaan. Silloin kun kunnassa on asumispalveluista suurta kysyntää, voivat asumispalveluiden kustannukset nousta paljon. Yksityiset tuottajat saattavat kilpailla laadulla silloin, jos alueella on paljon palvelujen tarjontaa. Kaikissa kunnissa ei ole riittävästi palvelun tuottajia, ja palvelut joudutaan ostamaan joko hyvin laajalta alueelta tai vain muutamalta tuottajalta. Laadun kriteeri ei silloin hankinnassa välttämättä toteudu ja mm. asumispalveluiden laatuksiteereitä ollaan vasta kehittelemässä.

Vain osa väkivallasta on selitettävissä lääketieteen keinoin ja mielisairaudet lisäävät väkivaltaisuutta niukasti (Eronen & al. 2007, 2375). Jari Tiihosen (2007, 2367) mielestä näyttää ilmeiseltä, että mitä rauhallisempi yhteiskunta on, sitä suurempi merkitys mielenterveyden häiriöllä on väkivaltaisen käyttäytymisen selittäjänä. Henkirikosten uusijoista 60–70 prosentilla on antisosiaalinen persoonallisuus liittynään ns. kakkostyyppin alkoholismiin ja noin 10–20 prosentilla on skitsofrenia. Harhojen vallassa toiminutta skitsofreniapotilasta pidetään lähes poikkeuksetta syyntakeettomana, ja hänet määrätään vankeuden sijasta hoitoon.

Hannu Lauerman (2007, 2363–2364) mukaan Suomessa ei ole tutkittu, kuinka psykiatristen laitospaikkojen väheneminen on vaikuttanut vankien määrän lisääntymiseen. Hänen mukaansa jotain vaikeuksia palvelujärjestelmällä on kuitenkin tunnistaa päihdehäiriöisen ja antisosiaalisen nuoren miehen kroonistuvaa psykoosia, koska skitsofreniaa sairastavien vankien diagnoosi tehdään kolmelle neljästä vasta vankeudessa ja yli kuusi vuotta myöhemmin kuin keskimäärin.

## Kollektiivinen väkivalta

Väkivalta voi olla myyvä uutistapahtuma. Syrytetyjen tappelukset eivät mediaa kiinnosta, mutta kameran lamput syttyvät heti, kun uhriksi epäilty on miljonääri tai koululaiset ovat uhreja. Salamavalojen sammumisen myötä väkivalta silti unohtuu, kuten tapahtui kouluväkivallan

kin kohdalla. Kiinnostusta suomalaislasten hyvinvointipalvelujen järjestämiseen vaikuttaa löytyvän enää uuslaitoksia suunnittelevilta ja voittojen motivoimilta kansainvälisiltä sijoittajilta.

WHO:n (2005, 244–246) raportissa eräänä terveyttä uhkaavan väkivallan muotona mainitaan kollektiivinen väkivalta. Sen yhteydessä mainitaan valtioiden murenemisen ja sisäisen konfliktin riskin indikaattoreina mm. sosiaalisen ja taloudellisen eriarvoisuuden lisääntyminen, erityisesti eri väestöryhmien välillä. Riskitekijöitä ovat lisäksi mm. kaikille minimipalvelut turvaavan sosiaalisen turvaverkon laajuuden ja tehokkuuden voimakas heikkeneminen sekä eriarvoisen taloudellisen kehityksen voimistuminen taantumassa. Erityisesti terveys- ja koulutuspalveluiden hyvin eriarvoinen jakautuminen ja saatavuus on eräs riskiä kohottava tekijä. Julkisten palvelujen heikkeneminen, joka tavallisesti vaikuttaa vakavimmin yhteiskunnan köyhimpiin ryhmiin, saattaa olla tilanteen pahenemisen varhainen merkki.

Newsweekin vertailusta poiketen OECD:n vertailussa terveyspalvelujen oikeudenmukaisista jakautumisesta maamme sijoittui viimeiseksi Portugalin ja Yhdysvaltojen taakse. Ilmo Keskimäestä (2010) myytiin suomalaisesta tasa-arvoisesta terveydenhuollosta on murtunut, mutta terveydenhuollon kehittämisen päälinjoihin ei ole vaikuttanut tutkimuksien huoli perustuslain takaaman yhdenvertaisuuden toteutumisesta. Sosioekonomiset terveyserot ja palvelujen epäoikeudenmukainen jakautuminen kuvaavat palvelujärjestelmän rakennetta, joka on ollut hyväntuloisia ja varakkaita suosiva jo 1980-luvulta saakka. Kuvaa täydentää suomalaisten tulo- ja varallisuuserojen kasvu, joka saattaa Mikko Kauton (2010, 312) mukaan jatkossa kiihtyä myös eläketuloja saavien keskuudessa.

Jotkut jäävät ilmeisesti vähemmälle hoidolle pakosta ja vastoin tahtoaan. Millä näytöllä tätä muutosta on perusteltu? Raija Julkusen (2006, 41) mukaan hyvinvointietosta kannatteleva tasa-arvon ajatus perustui kanssaihminen arvon ja arvokkuuden tunnustamiseen. Sen mukaan politiikan tehtävä on korjata vääryydet, ja sillä halutaan pikemminkin puuttua kansalaisten tilanteisiin kuin muuttaa heitä itseään, tai muutos tapahtuu välillisesti elämäntilanteen kohenemisen kautta. Yksilövastuun korostaminen murtaa tämän arkisen eetoksen, mutta hyvinvointipolitiikan karsinta on ollut Julkusen (2006, 99) mu-

kaan eliittiryhmien eikä laajojen kansalaisryhmi-  
en tavoittelemaa politiikkaa. Suomalaiset olivat  
gallup-tutkimusten mukaan valmiita tukemaan  
julkista terveydenhuoltoa ja hoitajien työehtoja  
jopa verojen korotuksin.

Korkea etiikka ja lääketieteelliset tosiasiat vai-  
kuttavat Markku Myllykankaan (2009, 288–  
291) mielestä hoitokäytäntöihin vähemmän  
kuin kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. Lisäksi  
monet tahot hyötyvät myös vaikuttamattomista  
hoidoista. Keiden kaikkien itsemääräämisoikeus  
on uhattuna silloin, kun vastoin kansalaisten toi-  
veita raha ratkaisee eikä perustuslain takaama yh-  
denvertaisuus terveydenhuollossa toteudu? Tut-  
kija ei liene kehityksen ulkopuolinen tarkkailija,  
vaan osallistuu omin välinein kamppailuun kehi-  
tyksen suunnasta.

Suomessa ei ole luotettavia selvityksiä niis-  
tä kustannuksista, joita mielenterveysongelmat  
aiheuttavat, tai niistä voimavaroista, joita mie-  
lenterveyspalveluihin käytetään perusterveyden-  
huollossa. Kirjavasta palvelujärjestelmästä joh-  
tuen ei ole vertailukelpoisia valtakunnallisia tai  
paikallisia kustannustietoja eikä myöskään löydy  
kuntakohtaisia seurantatietoja palveluiden käy-

töstä eri sektoreilla ja niiden sisällä (VTV 2009,  
105). Pakkotoimista puhuminen on edelliseen  
verrattuna helpompaa, koska ne on tilastoitu luo-  
tettavasti.

Monien uudistajien mielestä pakottomaan hoi-  
tokulttuuriin siirrytään yksinkertaisesti hoitajien  
asenne- tai tapakasvatuksella, mutta tuo näkö-  
kulma on kapeahko, eikä asia pelkisty työnteki-  
jän irratiivisiin tai subjektiivisiin asenteisiin.  
Täysin pakoton psykiatrinen hoito ei ole näkö-  
piirissä, vaikka mielenterveyspalvelujen kehittä-  
misen julkilausutut tavoitteet ja keinot ovat jo  
pitkään pysyneet samoina, kuten myös sosiaali-  
ja terveystoimien yhteistyön tiivistämisen tarve  
avohoidon kehittämiseksi. Uudistajien puuhai-  
lun tulokset eivät ole sitä, mitä toivottiin. Avo-  
huoltopainotteisempi palvelurakenne on tuonut  
VTV:n mukaan uusia pulmia, eikä eri sektorei-  
den välinen yhteistyö ole kehittynyt toivotusti ja  
ohjauskin on osin ristiriitaista. VTV:n näkemyk-  
sen mukaan katse olisi suunnattava mm. nykyi-  
seen mielenterveyslakiin. Toisaalta on aihetta ky-  
syä, onko nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollos-  
sa kaikilla toimijoilla samat tavoitteet?

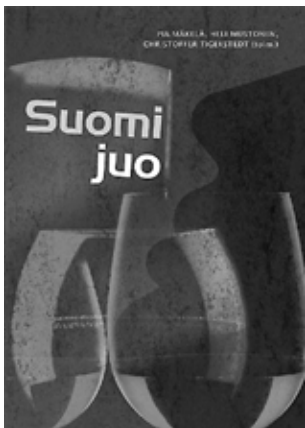
## KIRJALLISUUS

- Engeström, Yrjö: Ekspansiivinen oppiminen ja yhteis-  
kehittäely työssä. Tampere: Vastapaino, 2004
- Eronen, Markku & Kaltiala-Heino, Riittakerttu &  
Kotilainen, Irma: Vaarallisuuden arviointi – mis-  
sä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaara ar-  
vioidaan Suomessa. Duodecim 123 (2007): 19,  
2375–2380
- Julkunen, Raija: Kuka vastaa – hyvinvointivaltion rajat  
ja julkinen vastuu? Helsinki: Stakes, 2006
- Karvonen, Marjo & Peltola, Mikko & Isohan-  
ni, Matti & Pirkola, Sami & Suvisaari, Jaa-  
na & Lehtinen, Klaus & Hella, Pertti & Häk-  
kinen, Unto: PERFECT – Skitsofrenia. Skit-  
sofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus.  
Työpapereita 8/2008. Helsinki: Stakes, 2008  
[http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/  
T8-2008-VERKKO.pdf](http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T8-2008-VERKKO.pdf)
- Kautto, Mikko: Työurat ja eläketurvan kestävyys. Yh-  
teiskuntapolitiikka 75 (2010): 3, 311–317
- Keskimäki, Ilmo: Lyhennelmä juhluennosta ”So-  
sioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suo-  
men terveydenhuollossa” Tampereen yliopistolla  
29.4.2010
- Kunnallinen työmarkkinailaitos: Sairaaloiden lääkäriti-  
lanne parantunut. Tiedote 16.3.2010

- [http://www.kuntatyonantaja.fi/index.asp?id=367  
8AA18E724427BA4B235EA47C08FC7&data=  
1,URL,http://www.kuntatyonantaja.fi/modules/  
release/show\\_release.asp?id=CB6EC285F961416  
6A116A0CD793C6216&citetype=886DF6EF  
A394CAC9DC90F5CC0110D096&laytmp=KT](http://www.kuntatyonantaja.fi/index.asp?id=3678AA18E724427BA4B235EA47C08FC7&data=1,URL,http://www.kuntatyonantaja.fi/modules/release/show_release.asp?id=CB6EC285F9614166A116A0CD793C6216&citetype=886DF6EF A394CAC9DC90F5CC0110D096&laytmp=KT)
- Lauerma, Hannu: Kuinka monta vankia on psyykki-  
sesti terve? Duodecim 123 (2007): 2363–2364
- Lehto, Markku & Lindström, Kari & Lönnqvist, Jou-  
ko & Parvikko, Olavi & Riihinen, Olavi & Suksi,  
Ismo & Uusitalo, Hannu: Mielenterveyden häiri-  
öt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatuksia eh-  
käisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Sosiaali- ja  
terveysministeriön selvityksiä 2005:1. Helsinki:  
Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005
- Myllykangas, Markku: Rahan raiskaama terveyden-  
huolto. Helsinki: Rasalas-kustannus, 2009
- Nevanlinna, Tuomas & Relander, Jukka: Työn sanat.  
Helsinki: Teos, 2006
- Ollila, Maija-Riitta: Persoonan valta. Helsinki: WS-  
OY, 2005
- Räsänen, Sami & Haukko, Helinä & Viilo, Kaisa &  
Meyr-Rochow, V. Benno & Moring, Juha: Psy-  
kiatristen pitkäaikaispotilaiden ylikuolleisuus  
– haaste somaattiselle hoidolle. Duodecim 120  
(2004): 2, 179–180

- Sennett, Rickard: Uuden kapitalismin kulttuuri. Tampere: Vastapaino, 2007
- Silvennoinen-Nuora, Leena: Vaikuttavuuden arviointi. Esimerkkinä hoitoketjut. Tay, Johtamistieteiden laitos, 27.5.2005  
<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/silvennoinen.pdf>.
- Sinkkonen-Tolppi, Merja: Paljonko on paljon? Sosiaalipalvelujen talous ja vaikuttavuus. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2006
- Suomen Lääkäriliitto: Lääkärikysely 2009 <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2009.pdf>
- Suontaka, Marika & Lindberg, Nina & Putkonen, Anu: Kriminaalipotilaalle harkitaan velvoitteista avohoitoa. Duodecim 123 (2007): 19, 2391–2397
- Tesso 2/2010: Pakko ei lisää luottamusta henkilökuntaan. Netti-uutinen. <http://dialogi.stakes.fi/FI/tesson+arkisto/tesso+210/sivu/8.htm#5>
- Tiihonen, Jari: Näkykö pahuus aivoista? Duodecim 123 (2007): 19, 2367–2368
- Työturvallisuuskeskus: Työväkivaltariski suurin terveydenhuolto-, sosiaali- ja vartiointityössä. Uutiset 22.6.2010
- VTV: Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194/2009: Mielenterveyspalveluja ohjaava lainsäädännön toimivuus
- WHO: Väikivalta ja terveys maailmassa. Krug, Etienne G. & Dahlberg, Linda L. &
- Mercy, James A. & Zwi, Anthony B. & Lozano, Rafael (toim.). Helsinki: Lääkäreiden sosiaalinen vastuu ry, Terveyden edistämiskeskus, 2005.

## THL julkaisee



Pia Mäkelä, Heli Mustonen, Chistoffer Tigerstedt (toim.)

### Suomi juo

*Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*

Kirjan tavoitteena on luoda tutkimukseen perustuva kokonaiskuva suomalaisesta juomakulttuurista ja sen pitkän aikavälin muutoksista. Kirjassa kerrotaan, millaisia suomalaisten juomatavat ovat ja miten ne ovat muuttuneet ajan saatossa. Artikkeleissa paneudutaan myös alkoholinkäyttöä koskeviin asenteisiin ja pohditaan monipuolisesti juomisen riskejä ja niiden hallintaa.

Kirja on perusteos kaikille suomalaisten juomatapojen muutoksista ja erityispiirteistä kiinnostuneille.

2010 303 s. 32 €