

Mielenterveystyö kunnissa

BRITTA SOHLMAN – IRMA KIIKKALA – TUULA IMMONEN –
JUHA AHONEN – ULLA SAALASTI-KOSKINEN

Kansalaisten mielenterveydessä ei Terveys 2000 -tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002; Terveys 2000 -tutkimuksen ..., 2002) perusteella ole pariin vuosikymmeneen tapahtunut muutoksia. Koetut mielenterveyden häiriöt ovat kuitenkin lisääntyneet (Arinen & al. 1998), lasten mielenterveys tuottaa huolta (Sauli & al. 2002) ja päihteiden käytön ennakoitaan aiheuttavan lähitulevaisuudessa entistä enemmän ongelmia (Ahlström & Mustonen 2002; Päihdepalvelujen laatusuositukses, 2002). Samaan aikaan kun kansalaisten terveydentila on yleisesti parantunut, on mielenterveys jäänyt huolta aiheuttavaan vaiheeseen tai kehittynyt jopa epäsuotuisaan suuntaan.

Mielenterveyspalveluita on uudistettu monin tavoin 1980-luvulta alkaen siten, että resurssit ovat nyt 1990-luvun alkua niukemmat (ks. Tuori & al. 2000). Psykiatrasta sairaalahoitoa on vähennetty, avohoitoa lisätty ja palveluiden järjestäminen on siirtynyt kuntien vastuulle osaksi kansanterveystyötä, sosiaalitointa ja erikoissairaanhoidon. Julkisten palveluiden täydentäjäksi on noussut järjestöjen ja säätiöiden organisoima mielenterveystyö, esimerkiksi klubitalot, vertaistukitoiminta, erilaiset tuetun asumisen palvelut ja mielenterveyskuntoutujien työllistymisen tukeminen. Yksityiset mielenterveyspalvelut toimivat julkisten palveluiden rinnalla ja seurakunnat tekevät mielenterveystyötä toimintansa yhtenä ulottuvuutena.

Mielenterveyspalveluiden nykytilanteesta ei ole käytettävissä tarkkoja seurantatietoja. Tässä artikkelissa kuvataan kuntien ja niiden terveyskeskusten roolia mielenterveystyössä sekä mielenterveyspalveluiden tuottajana vuonna 2001 tehdyn kyselyn perusteella.

Kuntien rooli

Vuoden 1993 valtionosuusuudistus muutti terveydenhuollon järjestelyjä – mielenterveyspalvelut mukaan lukien – perinpohjaisesti. Toimintojen järjestämisvastuu siirtyi kunnille ja samalla valtion ohjausjärjestelmät muuttuivat aikaisemmasta normi- ja rahaohjauksesta pääsääntöisesti informaatio-ohjaukseksi (Virtanen 2000). Lain mukaan palveluita ohjataan nelivuotiskausiksi laadituin tavoite- ja toimintaohjelmin, joissa asetetaan toiminnalle tavoitteet, toimenpiteet, suositukset ja ohjeet.

Mielenterveyspalveluihin kuuluvat mielenterveyslain (1990) mukaan ”mielisairauksia ja muita mielenterveyshäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut” (1. §). Lisäksi laki puhuu mielenterveystyöstä, jonka tulee palveluiden ohella kattaa ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen” sekä ”väestön elinolosuhteiden kehittämisen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä” (1. §). Tämä laissa tarkemmin määrittelemätön toiminta tulee lähelle kuntalain mukaista ”asukkaiden hyvinvoinnin edistämistä” (Kuntalaki 1995, 1. §).

Mielenterveystyön informaatio-ohjaus suunnataan pääsääntöisesti palveluihin, mutta jonkin verran myös kunnan eri hallinnonaloille ja muille toimijoille. Informaatio-ohjauksessa on tunnistettavissa seuraavia teemoja: 1) palveluiden järjestämisvastuu ja yhteistyö, 2) terveyden edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy, 3) työtavat ja 4)

kuntalaisten ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet.

Palveluiden järjestämisvastuu ja yhteistyö

Kunta vastaa kuntalaisten hyvinvoinnista ja mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Kunnilta toivotaan keskinäistä yhteistyötä ja mielenterveystyön tehostamiseksi kunta- tai kuntayhtymäkohtaiset mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat. Tämä edellyttää, että vastuut ja yhteistyö selvitetään paikallisella tasolla ja niiden toimivuus turvataan poliittisella päätöksenteolla. (Terveydenhuollon suuntaviivat, 1996; Sosiaali- ja terveydenhuollon ..., 1999; Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen, 2000; Tienviittoja ..., 2000; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus, 2001; Rakenteista sisältöön ..., 2002.)

Mielenterveyspalveluiden kehittäminen peruspalvelujen tasolla edellyttää entistä tiiviimpää yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä, samoin peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä. Mielenterveystyön tehostamiseksi tarvitaan eri hallinnonalojen ja sektoreiden sekä järjestöjen, vapaaehtoisten, seurakuntien, muiden toimijoiden ja kansalaisten välistä yhteistyötä. ”Mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivitys järjestetään seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa”, todetaan myös terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa. (Terveydenhuollon suuntaviivat, 1996; Sosiaali- ja terveydenhuollon ..., 1999; Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen, 2000; Tienviittoja ..., 2000; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus, 2001; Rakenteista sisältöön ..., 2002; Valtioneuvoston ..., 2002.)

Terveyden edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy

Viime vuosina on toistuvasti korostettu terveyden edistämisen ja häiriöitä ja ongelmia ehkäisevän työn merkitystä eri hallinnonalojen toiminnassa, esimerkiksi neuvoloissa, kouluissa ja sosiaali- ja ympäristötoimissa. Terveystieteissä painopistettä tulee siirtää entistä enemmän edistävän ja ehkäisevän työn suuntaan. Häiriöiden ja ongelmien ilmaantuessa tarvitaan varhaista puuttumista asioiden kulkuun, jotta voidaan välttää sairastuminen ja syrjäytyminen. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta mielenterveysvaikutusten arvioinnin tulee olla osa yhteiskuntapoliti-

tista päätöksentekoa. (Terveydenhuollon suuntaviivat, 1996; Sosiaali- ja terveydenhuollon ..., 1999; Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen, 2000; Tienviittoja ..., 2000; Sosiaali- ja terveystieteiden ..., 2001; Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, 2001; Mielekäs Elämä! -ohjelman ..., 2002.)

Työtavat

Asiakaslähtöistä työtappaa pidetään mielenterveystyössä tavoiteltavana: Toimintojen tulisi perustua ihmisarvon kunnioittamiseen, yhdenvertaisuuteen ja ihmisen näkemiseen kokonaisuutena. Asiakkaan ja työntekijän vastavuoroisella yhteistyöllä vahvistetaan asiakkaan omia voimavaroja, huolenpitoa itsestä ja asiakkaan sosiaalisia suhteita. Asiakaslähtöiset palvelut ovat yksilöllisesti räätälöityjä ja ne toteutuvat saumattomina kokonaisuuksina yli hallinto- ja ammatillisten rajojen. (Terveydenhuolto 2000-luvulle, 1998; Sosiaali- ja terveydenhuollon ..., 1999; Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen, 2000; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus, 2001; Rakenteista sisältöön ..., 2002.) Asiakaslähtöisen työtavan tueksi esitetään työntekijälähtöistä johtamistappaa (Terveydenhuolto 2000-luvulle, 1998; Rakenteista sisältöön ..., 2002). Johtamistapa kuvataan valtaa ja vastuuta jakavaksi, kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen perustuvaksi ja vastavuoroisia yhteistyösuhteita kaikilla tasoilla edistäväksi toiminnaksi (Rakenteista sisältöön ..., 2002).

Hankkeissa ja suosituksissa on korostettu toistuvasti uusien toimintamuotojen ja -käytäntöjen tarvetta. Huomiota tulee kiinnittää eri-ikäisten ihmisten erilaisiin tarpeisiin ja työtapojen tulisi sisältää aina terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. Varhaisella asioihin puuttumisella tulisi ehkäistä syrjäytymistä. Palveluiden toimivuuden ohella korostetaan kohtuullisen toimeentuloturvan merkitystä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ..., 2001; Terveys 2015 ..., 2001; Mielekäs Elämä! -ohjelman ..., 2002.)

Kuntalaisten ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet

Informaatio-ohjauksessa on korostettu myös mielenterveyspalveluiden osalta, että kansalaisilla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa palveluihin sekä osallistua toimintojen suunnitteluun ja painotuksiin. Osallistumisen mahdollistamiseksi suositellaan osallistavien menetelmien, kuten foorumien, käyttöönottoa. (Terveydenhuollon suuntaviivat,

1996; Terveydenhuolto 2000-luvulle, 1998; Sosiaali- ja terveydenhuollon ..., 1999; Terveys 2015 ..., 2001.) Vaikuttamismahdollisuuksien ohella kuntalaisella ja asiakkaalla tunnustetaan olevan velvollisuuksia huolehtia itsestään ja toisista sekä osallistua kunnan yhteisiin asioihin (Tienviittoa ..., 2000; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus, 2001).

Mielenterveystyön informaatio-ohjauksessa korostuvat kuntien vastuu palveluiden järjestäjänä ja työnjaon ja yhteistyön organisoijana, kansalaisten kuuleminen, asiakaslähtöisyys, painopisteen siirtäminen edistävään ja ehkäisevään suuntaan, työtapojen monipuolistaminen ja uudistaminen sekä näitä toimintoja tukevan johtamistavan kehittäminen.

Terveyskeskukset ja mielenterveyspalvelut

Seuraavassa kartoitetaan mielenterveyspalveluiden käytännön toteutusta vuosituuhannen vaihteessa kuvaamalla mielenterveyspalveluiden järjestämistapaa, työnjaon kehittämismenetelmiä ja terveyskeskuksen tekemää yhteistyötä eri toimijoiden kanssa sekä näissä tapahtuneita muutoksia vuosien 1998 ja 2001 välillä. Vastaavaa selvitystä ei ole aikaisemmin Suomessa toteutettu.

Tutkimusaineisto kerättiin kansallisen Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen arvioinnin yhteydessä syksyllä 2001 (Viisainen & al. 2002; Viisainen & al. 2003). Strukturoitu kyselylomake lähetettiin ylilääkäreille tai johtavalle lääkärille osoitettuna Suomen kaikille terveyskeskuksille sekä Helsingin seitsemälle suurpiirille, Espoon viidelle sosiaali- ja terveyskeskukselle ja Vantaan viidelle palvelualueelle. Helsingin terveysvirasto vastasi kaikkien suurpiiriensä puolesta, joten alkupeäinen otos (n = 291) pieneni 284 terveyskeskukseen. Kyselyyn vastasi 205 terveyskeskusta (71 %), joista kaksi poistettiin tarkastusvaiheessa. Tässä esitetyt tulokset perustuvat terveyskeskuskyselyn mielenterveyspalveluita koskevaan osioon.

Mielenterveyspalveluita koskevien kysymysten lisäksi käytettiin selittävinä muuttujina terveyskeskuskyselyyn sisältyneitä taustatietoja: sairaanhoitopiiri, yliopistosairaalan (Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu) erityisvastuualue eli miljoonapiiri, terveyskeskuksen koko ja täytettyjen lääkärinvirkojen suhde asukasmäärään sekä Suomen Lääkäriliiton tilastosta saatu tieto terveyskeskusten virkaehtosopimusmuodoista. Ter-

veyskeskukset jaettiin kooltaan kolmeen luokkaan: pieni (alle 11 999 asukasta), keskiuuri (12 000–49 999 asukasta) ja suuri (yli 50 000 asukasta). Analysointimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä. Tulosten kuvaukseen käytettiin suoria jakaumia ja prosenttiosuuksia.

Lääkärit terveyskeskuksissa

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) arvioidaan terveyskeskuksen lääkärillä olevan hyvät mahdollisuudet vastata myös mielen-terveyspalveluiden tarpeeseen, mikäli hänen vastuullaan on alle 1 800 asukasta. Tämän vuoksi lääkäreiden määrää arvioitiin laatusuosituksen luokittelun mukaisesti tarkastelemalla täytettyjen lääkärinvirkojen suhdetta asukasmäärään. Jo mainitun lisäksi muut luokat ovat seuraavat: Väestömäärän, joka on 1 801–2 200 asukasta, voidaan arvioida turvaavan tyydyttävät ja yli 2 200 asukkaan väestömäärän välttävät mahdollisuudet mielen-terveyspalveluiden tuottamiseen. Alle 1 800 asukasta täytettyä lääkärinvirkkaa kohden oli terveyskeskuksista 58,9 prosentissa, 1 801–2 200 asukasta 25 prosentissa ja yli 2 200 asukasta 16 prosentissa. Kuopion miljoonapiirin alueella 70,7 prosentissa terveyskeskuksia oli yhtä täytettyä lääkärinvirkkaa kohden alle 1 800 asukasta, kun vastaava osuus Helsingin alueella oli 38,7 prosenttia. Erot miljoonapiirien välillä eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä. Keski-Suomen (90 %), Pohjois-Savon (83,3 %), Etelä-Savon (75 %) ja Keski-Pohjanmaan (75 %) sairaanhoitopiireissä oli keskimääräistä useammin terveyskeskuksia, joissa oli täytettyä lääkärinvirkkaa kohden alle 1 800 asukasta. Kymenlaakson (50 %) ja Kainuun (42,9 %) sairaanhoitopiireissä puolestaan oli muita useammin terveyskeskuksia, joissa oli täytettyä lääkärinvirkkaa kohden yli 2 200 asukasta.

Lähes puolessa terveyskeskuksista ei ollut käytössä omalääkärijärjestelmää. Omalääkärijärjestelmä ilman virkaehtosopimuksen (VES) mukaista lääkäreiden palkkausta oli käytössä 11,4 prosentissa terveyskeskuksia ja omalääkärijärjestelmä, jossa käytettiin väestövastuu-VES:ta, oli käytössä 39,3 prosentissa terveyskeskuksia. Helsingin miljoonapiirissä oli muita useammin (63,9 %) käytössä väestövastuu-VES ja Oulun miljoonapiirin terveyskeskuksissa keskimääräistä harvemmin. Keski-Pohjanmaan (100 %), Pohjois-Karjalan (76,9 %), Pohjois-Pohjanmaan (71,4 %) ja Kainuun (71,4 %) sairaanhoitopiireissä oma-

Taulukko 1. Mielenterveyspalveluiden järjestäminen vuosina 1999 ja 2001

	1999		2001	
	N	%	N	%
Sairaanhoitopiiri	73	37,2	49	25,3
Terveyskeskus	48	24,5	55	28,4
Sairaanhoitopiiri + terveyskeskus	71	36,2	81	41,8
Muuten	4	2,0	9	4,6
Yhteensä	196	100,0	194	100,0

lääkärijärjestelmä oli muita sairaanhoitopiirejä harvemmin käytössä. Väestövastuu-VES oli käytössä muita useammin Kanta-Hämeen (100 %) ja Etelä-Savon (80,0 %) sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa.

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Mielenterveyspalvelut oli järjestetty vuonna 1999 pääosin joko yksin sairaanhoitopiiriin tai sairaanhoitopiiriin ja terveyskeskuksen toimintana. Terveyskeskuksen toimintana se oli noin joka neljännessä terveyskeskuksessa. Seuranta-aikana mielenterveyspalveluiden järjestäminen yksin sairaanhoitopiiriin toimintana väheni. Vastaavasti mielenterveyspalveluiden järjestäminen yksin terveyskeskuksen tai terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiiriin yhteisenä toimintana lisääntyi (taulukko 1).

Vuonna 2001 mielenterveyspalveluiden järjestäjinä toimi kaksi suurta tahoa. Kaikissa miljoonapiireissä toisena järjestäjänä oli sairaanhoitopiiri yhdessä terveyskeskuksen kanssa. Toinen järjestäjä vaihteli miljoonapiireittäin: Helsingin, Turun ja Tampereen alueella se oli sairaanhoitopiiri ja Kuopion ja Oulun alueella terveyskeskus. Sairaanhoitopiirien välillä esiintyi myös eroja järjestäjätahon suhteen. Kanta-Hämeen, Vaasan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä mielenterveyspalvelut oli useimmiten järjestetty sairaanhoitopiiriin toimintana. Keski-Suomen, Etelä-Savon ja Lapin sairaanhoitopiireissä järjestämisestä vastasi keskimääräistä useammin terveyskeskus. Sairaanhoitopiiriin ja terveyskeskuksen yhteisenä toimintana palvelut järjestettiin useammin Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä.

Mielenterveystoimisto oli liitetty hallinnollisesti osaksi terveyskeskusta joka toisessa terveyskeskuksessa. Kuudessa terveyskeskuksessa liittäminen oli suunnitteilla. Miljoonapiirien välillä oli

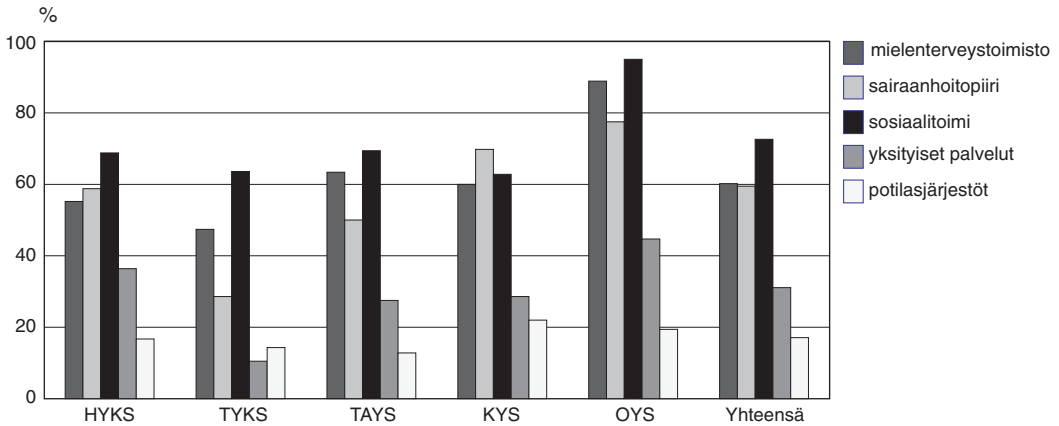
suuria eroja ($p < 0,000$). Mielenterveystoimisto oli liitetty hallinnollisesti terveyskeskukseen useimmiten Oulun (80,0 %) ja Kuopion (72,7 %) miljoonapiirien terveyskeskuksissa, kun vastaavat osuudet muissa miljoonapiireissä olivat 31,4 prosenttia Helsingissä, 17,4 prosenttia Turussa ja 29,1 prosenttia Tampereella. Kaikki mielenterveystoimistot oli hallinnollisesti liitetty terveyskeskukseen Etelä-Savon, Keski-Suomen ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireissä. Kun taas Satakunnan, Kanta-Hämeen, Vaasan ja Keski-Pohjanmaan mielenterveystoimistoista yhtäkään ei ollut liitetty hallinnollisesti terveyskeskukseen.

Erikoistason palvelut terveyskeskuksissa

Erikoistason mielenterveyspalveluita oli saatavilla kahdessa kolmesta terveyskeskuksesta. Alueellisesti erikoistason mielenterveyspalveluiden saatavuudessa oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,001$). Kuopion (72,7 %) ja Oulun (80,0 %) miljoonapiirien alueella oli useammin saatavilla erikoistason palveluja kuin Helsingin (50 %), Turun (50 %) ja Tampereen (56,4 %) miljoonapiirien terveyskeskuksissa. Keski-Suomen ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiireissä kaikissa terveyskeskuksissa ($N = 12$) oli saatavilla erikoistason mielenterveyspalveluita. Sairaanhoitopiirejä, joissa oli keskimääräistä useammin saatavilla erikoistason palveluja, olivat Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo, Vaasa ja Kainuu. Vastaavasti sairaanhoitopiirejä, joissa erikoistason palveluja oli keskimääräistä harvemmin saatavilla, olivat Etelä-Pohjanmaa ja Varsinais-Suomi. Lähes puolet terveyskeskuksista ilmoitti erikoistason mielenterveyspalveluiden tarjonnan lisääntyneen vuosina 1998–2001. Helsingin miljoonapiiriin alueen terveyskeskuksissa oli tapahtunut lisääntymistä eniten (65,0 %) ja Kuopion alueella tarjonta oli joko vähentynyt tai pysynyt ennallaan 63,9 prosentissa terveyskeskuksissa.

Erikoistason mielenterveyspalvelut olivat lisääntyneet suurissa terveyskeskuksissa ($p = 0,056$) ja niissä terveyskeskuksissa, joissa mielenterveyspalvelut olivat sairaanhoitopiiriin ja terveyskeskuksen yhteistä toimintaa ($p = 0,003$). Eivät terveyskeskuksen koko, täytettyjen lääkärinvirkojen ja asukasmäärän suhde eikä omalääkärijärjestelmä olleet yhteydessä tapaan järjestää mielenterveyspalvelut, mielenterveystoimiston hallinnolliseen liittämiseen terveyskeskukseen eikä myöskään erikoistason mielenterveyspalveluiden saatavuuteen terveyskeskuksissa.

Kuvio 1. Terveyskeskusten tekemä säännöllinen yhteistyö eri toimijoiden kanssa, %



Mielensterveyspalveluiden kokonaissuunnitelma oli käytössä 24 terveyskeskuksessa ja kokonaissuunnitelman olevan suunnitteilla ilmoitti 57 terveyskeskusta. Terveyskeskuksissa, joissa mielensterveyspalvelut olivat terveyskeskuksen toimintana, oli joka neljännessä mielensterveystyön kokonaissuunnitelma. Mikäli mielensterveyspalvelut olivat sairaanhoitopiirin toimintaa, niin mielensterveyden kokonaissuunnitelma oli käytössä 4,2 prosentissa terveyskeskuksia. Kokonaissuunnitelma oli useammin käytössä niissä terveyskeskuksissa, joissa mielensterveystoimisto oli hallinnollisesti liitetty terveyskeskukseen (17,2 %) tai joissa oli saatavilla erikoistason mielensterveyspalveluita (16,7 %). Miljoonapiiri, terveyskeskuksen koko tai lääkärinvirkojen ja asukasmäärän suhde eivät olleet yhteydessä mielensterveyspalveluiden kokonaissuunnitelman käyttöön.

Työnjaon kehittäminen

Mielensterveyspalveluiden työnjaon kehittämiseksi oli terveyskeskuksissa otettu käyttöön mielensterveystyön foorumit (49), verkostoituminen (62), paikallinen tai alueellinen hoito-ohjelma tai hoitomalli (56) ja jokin muu menetelmä (58). Suurissa terveyskeskuksissa oli muita useammin käytössä jokin muu työnjaon kehittämisen menetelmä kuin foorumi, verkostoituminen tai hoito-ohjelma ($p = 0,003$). Oulun miljoonapiirin terveyskeskuksissa oli muita piirejä useammin käytössä verkostoituminen (62,5 %, $p < 0,000$). Verkostoituminen oli yleisempää niissä terveyskeskuksissa, joissa oli saatavilla erikoistason mielensterveyspalveluita, mielensterveystoimisto oli liitetty hallinnollisesti

terveyskeskukseen tai mielensterveyspalvelut olivat terveyskeskuksen toimintaa.

Terveyskeskuksista kahdessa kolmesta oli käytössä yksi mielensterveyspalveluiden työnjaon kehittämisen menetelmä ja 55 terveyskeskusta käytti 2–4 menetelmää. Oulun miljoonapiirissä oli useampia terveyskeskuksia, joissa oli käytössä useita erilaisia työnjaon kehittämisen menetelmiä verrattuna muiden piirien terveyskeskuksiin ($p = 0,047$). Useita menetelmiä oli käytössä myös niissä terveyskeskuksissa, joiden alueella mielensterveyspalvelut järjestettiin terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin yhteistyönä. Menetelmien käyttöä eivät selittäneet lääkärinvirkojen ja asukasmäärän suhde, omalääkärijärjestelmä, erikoistason mielensterveyspalveluiden saatavuus eikä mielensterveystoimiston hallinnollinen liittäminen terveyskeskukseen.

Yhteistyö

Terveyskeskukset tekivät useimmiten säännöllistä yhteistyötä sosiaalitoimiston kanssa (kuvio 1). Seuraavaksi eniten tehtiin yhteistyötä mielensterveystoimiston ja sairaanhoitopiirin kanssa. Terveyskeskuksista 40 prosenttia teki satunnaista yhteistyötä yksityisten palveluiden kanssa ja runsas puolet potilasjärjestöjen kanssa. Terveyskeskuksia, joissa ei tehty lainkaan yhteistyötä potilasjärjestöjen tai yksityisten palveluiden kanssa, oli noin neljännes. Oulun miljoonapiirin terveyskeskuksissa tehtiin säännöllistä yhteistyötä mielensterveystoimiston, sosiaalitoimen, sairaanhoitopiirin ja yksityisten palveluiden kanssa useammin kuin muiden alueiden terveyskeskuksissa. Seuranta-ai-

kana yhteistyö sosiaalitoimen kanssa oli parantunut joka toisessa terveyskeskuksessa. Yhteistyö sairaanhoitopiiriin (44,4 %), mielenterveystoimiston (39,3 %) ja yksityisten palveluiden kanssa oli myös parantunut monissa terveyskeskuksissa. Potilasjärjestöjen kanssa tehty yhteistyö pysyi seuranta-ajan lähes entisellään.

Terveyskeskukset, joissa mielenterveystoimisto oli hallinnollisesti liitetty terveyskeskukseen ja joissa oli saatavilla erikoistason mielenterveyspalveluita, tekivät keskimääräistä useammin säännöllistä yhteistyötä mielenterveystoimiston, sairaanhoitopiiriin ja yksityisten palveluiden kanssa. Hallinnollinen liittäminen oli yhteydessä myös säännölliseen yhteistyöhön sosiaalitoimen kanssa. Isot terveyskeskukset tekivät useammin säännöllistä yhteistyötä sairaanhoitopiiriin kanssa kuin pienet tai keskisuuret terveyskeskukset.

Lopuksi

Terveyskeskuskyselyn perusteella mielenterveyspalveluiden järjestämistavat, työnjaon kehittämismenetelmät ja yhteistyökäytännöt vaihtelevat suuresti eri puolilla Suomea. Mielenterveyspalvelujärjestelmän rakennemuutos näyttää olevan edelleen kesken ja hakevan muotojaan.

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyö on mielenterveyttä edistävien olosuhteiden luomista ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä lääketieteellisin perustein annettavien palveluiden järjestämistä. Laki jättää kuitenkin konkretisoiden mielenterveystyön sisällön muutoin kuin palveluiden osalta. Näin mielenterveystyön lakisääteinen perusta painottuu mielenterveyspalveluihin ja lääketieteen näkökulmaan. Tämä saattaa vaikeuttaa riittävän painoarvon saamista hallinnonalojen välistä yhteistyötä ja monitoimijutta edellyttävälle, mielenterveyttä edistävälle ja häiriöitä ehkäisevälle toiminnalle.

Tieto-ohjauksen aikana vinoutumaan on pyritty vaikuttamaan korostamalla useiden vuosien ajan terveyden edistämistä, häiriöiden, sairauden ja syrjäytymisen ehkäisyä, hallinnonalojen rajat ylittävää ja järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä ja kuntalaisten osallistumista. Mielenterveyspalveluiden järjestämistä koskeva tutkimus kuitenkin antaa viitteitä siitä, ettei kehitys ohjauksen suunnassa ole kovinkaan vauhdikkaasti edennyt (Hyvönen & al. 2002; Viisainen & al. 2002). Samaan suuntaan viittaa myös terveyskeskusselvityksessä

saatu tieto yhteistyöstä. Kaksi kolmannesta terveyskeskuksista teki säännöllisesti yhteistyötä vain sosiaalitoimen, mielenterveystoimiston ja sairaanhoitopiiriin kanssa. Säännölliset yhteydet yksityisiin palveluiden tuottajiin oli noin 30 prosentilla terveyskeskuksista. Järjestöjen kanssa tehtiin yhteistyötä tätäkin vähemmän. Yhteistyön vahvistamiseksi ja kansalaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämiseksi suositellaan foorumimenetelmän käyttöä mielenterveystyön suunnittelussa. Kyselyn mukaan menetelmää käytettiin vain harvoin, samoin verkostoitumista. Yhteistyön puutteista voinee myös päätellä, että asiakaslähtöisten saumattomien hoito- ja palvelukokonaisuuksien toteutuminen vaatii vielä paljon kehittämistyötä. Järjestöjen ja julkisen sektorin tasavertaiselle kumppanuudelle perustuvan yhteistyön merkitys näyttää jääneen epäselväksi.

Väestövastuun on oletettu tehostavan toimintaa ja vahvistavan asiakaslähtöisyyttä, minkä vuoksi sen toteuttaminen on ollut jo vuosien ajan terveydenhuollon tavoitteena. Selvityksen mukaan joka toisessa terveyskeskuksessa sovellettiin väestövastuuperiaatetta. Väestövastuun periaatteen mukaisesti kansalaisten on tarkoitus saada suurin osa tarvitsemistaan palveluista perustasolla. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa arvioidaan terveyskeskuksen lääkäriellä olevan hyvät mahdollisuudet vastata myös mielenterveyspalveluiden tarpeeseen, mikäli hänen vastuullaan on alle 1 800 asukasta. Terveyskeskusselvityksen mukaan lääkäritilanne oli lähes 60 prosentissa terveyskeskuksista tämän kriteerin mukainen ja 25 prosentissakin laatusuositusten tyydyttävää tilannetta vastaava. Tämän perusteella lääkäritilanne ei ole niin huolestuttava kuin esimerkiksi julkisesta keskustelusta voisi päätellä. Monissa terveyskeskuksissa (16 %) tarpeisiin vastaaminen saattaa tuottaa kuitenkin vaikeuksia riittämättömän lääkärimäärän vuoksi. Väestön yhtäläiset mahdollisuudet saada mielenterveyspalveluita terveyskeskuksessa eivät tämän selvityksen mukaan toteudu.

Kansanterveyslain ja mielenterveyslain mukaan osa mielenterveyspalveluista tulee antaa terveyskeskustasoisina palveluina. Mielenterveyspalveluita on kuitenkin kehitetty päivystäiseen suuntaan siirtämällä erikoissairaanhoidon tason palveluita osaksi kansanterveystyötä. Terveyskeskusselvityksen mukaan erikoistason mielenterveyspalveluita oli saatavilla kahdessa kolmesta terveyskeskuksesta ja suunta on kasvava. Tätä kehitystä on aihetta arvioida kriittisesti ja täsmäntä

työnjakoa sekä peruspalvelujen että erikoistason palveluiden välillä.

Ihmisten pulmat heijastavat usein epäsuotuisia elämäolosuhteita ja ovat luonteeltaan moninaisia. Tällöin yksinomaan mielenterveyslain mukaisten palveluiden tarjoaminen ei riitä, vaan tarvitaan eri toimijoiden voimavarojen yhdistämistä laajan mielenterveystyön toteuttamiseen. Vastuu

TIIVISTELMÄ

Britta Sobelman & Irma Kiikkala & Tuula Immonen & Juha Ahonen & Ulla Saalasti-Koskinen: Mielenterveystyö kunnissa

Mielenterveystyöhön kuuluu yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen sekä väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä. Mielenterveystyön järjestämisvastuu kuuluu kunnille, joiden toimintaa ohjataan pääsääntöisesti informaatio-ohjauksen keinoin. Mielenterveystyön informaatio-ohjauksessa korostuvat kuntien vastuun lisäksi työnjaon ja yhteistyön organisointi, kansalaisten kuuleminen, asiakaslähtöisyys, painopisteen siirtäminen edistävään ja ehkäisevään suuntaan, työtapojen monipuolistaminen ja uudistaminen sekä näitä toimintoja tukevan johtamistavan kehittäminen.

Vuonna 2001 tehtiin Terveydenhuolto 2000-luvul-

kansalaisten hyvinvoinnista ja mielenterveystyöstä hajautuu paikallisella tasolla julkiselle ja yksityiselle sektorille, kansalaisjärjestöille, seurakunnille ja vapaaehtoistyöntekijöille. Tehokas mielenterveystyö edellyttää poliittisin päätöksin vahvistettua asioiden koordinoitua ja organisointia paikallisella tasolla.

le-hankkeen arvioinnin yhteydessä terveyskeskuskysely, jossa oli mielenterveyspalveluita koskeva osio. Yli 80 prosentissa terveyskeskuksista voidaan mielenterveyspalvelut toteuttaa hyvin tai tyydyttävästi lääkärinvirkojen täyttöasteen perusteella. Terveyskeskusselvityksen mukaan erikoistason mielenterveyspalveluita oli saatavilla kahdessa kolmesta terveyskeskuksesta ja suunta on kasvava. Terveyskeskusten tekemä yhteistyö näyttää vahvistuvan sairaanhoitopiiriin, mielenterveystoimiston, sosiaalitoimen ja yksityisten palveluiden kanssa, mutta yhteistyö potilasjärjestöjen kanssa on vähäistä. Mielenterveyspalvelujärjestelmän rakennemuutos näyttää olevan edelleen kesken ja hakevan muotojaan.

Vastuu kansalaisten hyvinvoinnista ja mielenterveystyöstä hajautuu paikallisella tasolla julkiselle ja yksityiselle sektorille, kansalaisjärjestöille, seurakunnille ja vapaaehtoistyöntekijöille.

Tehokas mielenterveystyö edellyttää poliittisin päätöksin vahvistettua asioiden koordinoitua ja organisointia paikallisella tasolla.

KIRJALLISUUS

- AHLSTRÖM, S. & MUSTONEN, H.: Suomalaisten juomatavat ennen ja nyt. S. 392–407. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002
- ARINEN, S. & HÄKKINEN, U. & KLAUKKA, T. & KLAVUS, J. & LEHTONEN, R. & ARO, S.: Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Helsinki: Stakes & Kela, 1998
- AROMAA, A. & KOSKINEN, S.: Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3. Helsinki: Kela, 2002
- HYVÖNEN, S. & NIKKONEN, M. & TUORI, T.: Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävät, mahdollisuudet ja esteet. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 39 (2002): 3, 208–221
- KUNTALAKI 17.3.1995/365
- LAKI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON SUUNNITTELUSTA JA VALTIONOSUUDESTA 3.8.1992/733
- MIELEKÄS ELÄMÄ! -OHJELMAN SUOSITUKSET. Moniste. Helsinki: Stakes, 2002

MIELENTERVEYSLAKI 14.12.1990/1116

MIELENTERVEYSPALVELUIDEN LAATUSUOSITUS. Oppaita 2001: 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001

MIELENTERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMISSUOSITUKSET. Mielekäs Elämä. Julkaisuja 2000: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000

PÄIHDEPALVELUJEN LAATUSUOSITUKSET. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto, 2002

RAKENTEISTA SISÄLTÖÖN, SANOISTA TEKOIHIN! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Toim. Irma Kiikkala ja Tuula Immonen. Julkaisuja 2002: 23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002

SAULI, H. & BARDY, M. & SALMI, M.: Elinolojen koventuminen pikkulapsiperheissä. S. 32–61. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TAVOITE- JA TOIMINTAOHJELMA 2000–2003. Valtioneuvoston päätös. Julkaisuja 1999: 16. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999

SOSIAALI- JA TERVEYSPOLITIIKAN STRATEGIAT 2010 –

- kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- TERVEYDENHUOLLON SUUNTAIVIIVAT. Julkaisuja 1996: 16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1996
- TERVEYDENHUOLTO 2000-LUVULLE. Terveysthuollon kehittämissuunnitelman toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998: 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1998
- TERVEYS 2000 -TUTKIMUKSEN PERUSTULOKSET. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2002 <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/15.2.html>
- TERVEYS 2015 -KANSANTERVEYSSUUNNITELMA. Valtioneuvoston periaatepäätös. Julkaisuja 2001: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- TIENVIITTOJA KUNNAN MIELENTERVEYSTYÖN SUUNNITELMAN LAATIMISEEN. Toim. Mari Koivunen. Mielikäs Elämä! -ohjelma. Vantaa 2000
- TUORI, T. & KIIKKALA, I. & LEHTINEN, V.: Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. Suomen Lääkärilehti 55 (2000), 4533–4538
- VALTONEUVOSTON PERIAATEPÄÄTÖS TERVEYDENHUOLLON TULEVAISUUDEN TURVAAMISEKSI. Esitteitä 2002: 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002
- VIISAINEN, K. & SAALASTI-KOSKINEN, U. & PERÄLÄ, M.-L. & KINNUNEN, J. & TEPERI, J.: Terveysthuolto 2000-luvulle -hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002: 8. Helsinki 2002
- VIISAINEN, K. & SAALASTI-KOSKINEN, U. & PERÄLÄ, M.-L.: Ei-kiireelliseen hoitoon pääsy terveyskeskuslääkärille. Suomen Lääkärilehti 58 (2003), 2209–2215
- VIRTANEN, M.: Normit ja informaatio-ohjaus. Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000): 5, 385–386.