

Kristian Wahlbeck ja Sami Pirkola

ONKO JO AIKA SULKEA PSYKIATRISET SAIRAALAT?

MERTTU-hanke¹ arvioi suomalaisen aikuisväestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuutta Suomen Akatemian TERTTU-ohjelman ja Suomen Kuntaliiton rahoittamana vuosina 2004–2006. Stake-sin mielenterveysryhmän toteuttaman tutkimushankkeen tulosten perusteella mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on Suomessa vielä kesken. Hankkeen tulosten mukaan psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen ja psykiatristen sairaalahoitojaksojen lyhentäminen on Suomessa ollut oikeansuuntainen. Onko jo aika sulkea viimeisetkin psykiatriset sairaalat Suomessa?

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Vuoden 1991 alusta erikoissairaanhoidolaki yhdensi melisairaanhoidopiirit ja sairaanhoidopiirit. Valtion normi- ja talousohjaus mielenterveyspalveluissa loppui vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä. Hallinnollisten uudistusten seurauksena psykiatrian voimavarot leikattiin sairaanhoidopiireissä somaattista sairaanhoitoa enemmän 1990-luvulla (Kärkkäinen 2004).

Vastuu mielenterveystyöstä on siis siirretty keskushallinnolta kunnille. Samaan aikaan sairaalahoitopainotteisesta mallista on tapahtunut siirtymistä kohti monipuolisten avohoitopalvelujen mallia ja palveluntuottajien kirjo on laajentunut: palveluja järjestävät sairaanhoidopiirit, kunnat sekä yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, ja palvelujärjestelmä on pirstaloitunut. (Pirkola & Sohlman 2005.)

1 Lisätietoja Merttu-hankkeesta: www.stakes.fi/merttu

Psykiatrisen sairaalahoidon volyymi on nykyään alle neljäsosa siitä, mitä se oli 1970-luvun alussa. Psykiatrista hoitoa pyritään siis nykyään yhä enemmän toteuttamaan avohoitona, potilaan sosiaalista verkostoa säilyttäen. Jossakin määrin on keskusteltu siitä, onko psykiatrista sairaalahoidoa supistettu potilaiden hyvinvoinnin kustannuksella. Tilanteen kokonaisvaltainen arviointi on haastava. Stakesin MERTTU-hanke käynnistettiin aikuisväestön mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden arvioimiseksi. Tutkimushanke kartoitti mielenterveyspalveluja kuntatasolla ja arvioi eri palvelurakenteiden vaikutusta kuntalaisten mielenterveyteen. Hanke selvitti myös kansallisella tasolla mielenterveyspalveluiden muutostrendien vaikuttavuutta. Hanke nivoutui tiiviisti eurooppalaisen psykiatrisen terveydenhuoltotutkimuksen, ”mental health services research”, tutkimusparadigmaan.

Mielenterveyspalveluiden tila on Suomessa monelta osin huolestuttava. Palveluiden saatavuus on edelleen alhainen, pakkohoidon määrä on eurooppalaisittain korkea ja laitoshoitovaltaisuus sitoo resursseja estäen avohoidon kehittämisen.

Mielenterveyspalvelujen saatavuus on Suomessa puutteellinen

Suomalaisten väestötutkimusten perusteella vain osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä kansalaisista on hoidon piirissä. Hoidon saatavuus näyttää tutkimusten valossa parantuneen, mutta esimerkiksi masennusta potevista enemmistö on edelleen hoidon ulkopuolella. Masennuksesta kärsivistä oli kuluneen vuoden aikana ollut hoidossa 27 % vuonna 1996 toteutetun terveydenhuollon väestötutkimuksen mukaan (Hämäläinen ym. 2004) ja 34 % vuosina 2000–2001 toteutetun Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan (Hämäläinen ym. 2008). Vuonna 2005 Pohjanmaalla masennustilasta kärsineistä 35 % ilmoitti käyttäneensä kuluneen vuoden aikana ter-

veyspalveluja mielenterveysongelmien takia, naisista 40 % mutta miehistä vain 24 % (Tuulari ym. 2007). Koska moni mielenterveyden häiriöstä kärsivä on maksuttoman työterveyshuollon ulkopuolella, hoidon saatavuutta rajoittavat muun muassa julkisen terveydenhuollon rajallinen tarjonta ja terveydenhuollon asiakasmaksut (Wahlbeck ym. 2007). Lempäälän kunnassa tehdyn selvityksen mukaan mielenterveysasiakkaiden oma osuus hoidon rahoituksesta on korkea, 24 % (Forma ym. 2003).

Mielenterveyspalvelujen saatavuus vaihtelee alueellisesti. Harkinnanvaraiseen psykoterapiaan pääsyssä oli yli nelinkertaisia eroja vuonna 2002 (Wahlbeck 2005). Päihde- ja mielenterveyspalvelujen rekrytointivaikeudet vaihtelevat alueellisesti, mikä osaltaan luo alueellista epäoikeudenmukaisuutta palvelutarjonnassa. Myös lasten- ja nuorisopsykiatrian hoitotakuun toteutumisessa esiintyy alueellista vaihtelua (Wahlbeck 2007). Aikuispsykiatriassa pääosa sairaanhoitopiireistä pystyy toteuttamaan hoitoon pääsyä määräajassa, mutta tarjotun hoidon sisällössä on laatuongelmia (lähde: T. Tuori, Stakes).

Vuosituhanne alussa lastenpsykiatrian jonot vähenivät, mutta eduskunnan myöntämästä lisämäärärahasta ja sairaalahoidon lisäämisestä huolimatta lastenpsykiatriasta hoitoa jonottavien määrä ei ole vuoden 2003 jälkeen kansallisella tasolla vähentynyt. Syksyllä 2006 toteutetun kyselyn mukaan hoitoa jonotti yli säädetyin rajan (3 kuukautta) yli 400 lasta ja yli 200 nuorta (lähde: A. Rauvala, Stakes).

Mielenterveyspotilaiden ylikuolleisuus luonnollisista kuolin-syistä viittaa siihen, että heille on olemassa esteitä myös yleisten terveyspalveluiden saatavuudessa. Suomessa mielenterveyden häiriöstä kärsivän kuoleman riski on muuhun väestöön nähden puoltitoistakertainen (Joukamaa ym. 2001) ja skitsofreniaa sairastavilla kuoleman riski on yli kaksinkertainen erilaisten riskitekijöiden vakioinnin jälkeenkin (Joukamaa ym. 2006). MERTTU-hankkeen osatutkimus osoitti, että nuorisovankien joukossa on yhä enemmän

psykiatrasta sairaalahoitoa saaneita ja että heillä on ylikuolleisuutta verrattuna vankeihin, joilla ei ollut psykiatrasta sairaalahoitojaksoa (Sailas ym. 2005; 2006), mikä viittaa siihen, että tämän moniongelmaisen ryhmän terveydenhuoltopalvelut ovat riittämättömät.

Pakkohoito on Suomessa liian yleistä

Eurooppalaisessa vertailussa potilaan tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon osuus on Suomessa suuri (Salize ym. 2002). Psykiatrisilla osastoilla on vuosittain pakkohoidossa yli 9 000 suomalaista. Tahdosta riippumattoman hoidon käytössä psykiatrisissa sairaaloissa ei ole aikuisten osalta tapahtunut merkittäviä muutoksia vuosina 1999–2002 (Tuori & Kiikkala 2004). Psykiatristen sairaalapotilaiden riski joutua pakkotoimenpiteiden kohteeksi on pysynyt muuttumattomana vuosina 1990–2004 (Keski-Valkama ym. 2007). Lapsilla ja alaikäisillä nuorilla tahdosta riippumattomalla läheteellä saapuminen sairaalaan on vuosina 1995–2004 selvästi yleistynyt (Tuori ym. 2006).

Pakkohoidon ja -toimenpiteiden käyttö vaihtelee kymmenkeraisesti sairaanhoitopiireittäin (Tuori 2002; Tuori & Kiikkala 2004; Tuori ym. 2006), mikä osoittaa, että pikemminkin hoitokulttuurin erot kuin lääketieteelliset perusteet ovat ratkaisevia pakkohoidon käytössä. Ei ole kansalaisten tasa-arvon tai oikeusturvan mukais-ta, että asuinpaikka ratkaisee, käytetäänkö potilaan hoidossa pakkoa vai ei.

Pakkohoitoa voidaan vähentää kehittämällä avohoitoa, jossa varsinkin matalan kynnyksen toimipisteet, etsivä toiminta ja liikkuvat työryhmät voivat parantaa hoidon saatavuutta ja tarjota mahdollisuuden ehkäistä tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen syntymistä. Suomen korkeat pakkohoitoluvut voidaan nähdä avohoidon kehittymättömyyden osoittimena ja ihmisoikeusongelmana.

Mielenterveyspalvelut ovat Suomessa laitosvaltaisia

Vaikka Suomen mielenterveyslaki on jo 1990-luvun alusta määritellyt avohoidon ensisijaiseksi hoitomuodoksi, tilastojen mukaan pitkäaikaista tukea tarvitsevien potilaiden avohoidon kehittäminen on edelleen kovasti kesken. Suomessa on edelleen noin 1 500 psykiatrista potilasta, jotka ovat olleet hoidossa yhtäjaksoisesti yli vuoden.

Kansainvälisesti katsoen Suomessa mielenterveyden häiriöiden hoito on edelleen sairaalakeskeistä. Pohjoismaista meillä on myös eniten psykiatrisia sairaalapaikkoja väestön määrään suhteutettuna – vain hieman vähemmän kuin Venäjällä. Yli vuoden kestävää psykiatrista sairaalahoitoa Suomessa on selvästi enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ja myös enemmän kuin Venäjällä. Suomessa hoidon painottuminen sairaalahoitoon kertonee enemmänkin avohoidon jälkeensä jääneisyydestä kuin sairaalalaitoksen kehittyneisyydestä. (Tuori ym. 2007; Sakharova ym. 2007.)

Alaikäisten osalta psykiatrinen sairaalahoito on lisääntynyt, vaikka terveystaloudellisenä pyrkimyksenä on ollut panostaminen avohoitoon ja kotiin vietyihin palveluihin. Kuluneen kymmenvuotiskauden aikana psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettujen alaikäisten potilaiden määrä kaksinkertaistui ja hoitopäivät lisääntyivät 44 %. Vuonna 1995 oli psykiatrisessa sairaalahoidossa 0,22 % alaikäistä, kun vastaava luku vuonna 2004 oli 0,55 %. (Tuori ym. 2006.)

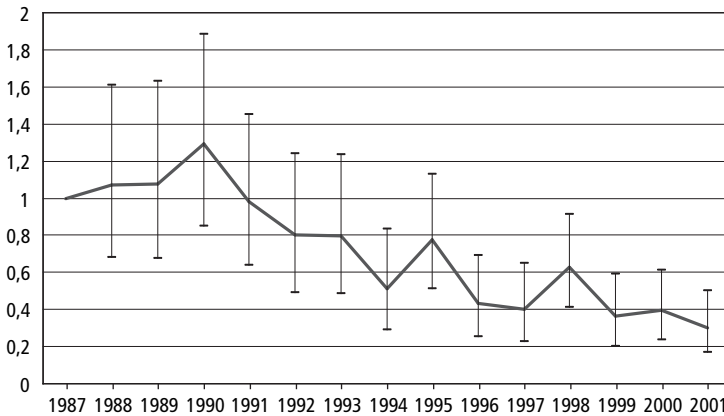
Suomen Lääkäriliiton lääkärikysely kertoo, että alle 20 % psykiatreista toimii avohoidon palveluiden puolella. Työ koetaan kuormittavaksi; varsinkin avohoidossa toimivat psykiatrit ja lastenpsykiatrit raportoivat muita lääkäreitä enemmän masennusta ja työuupumusta (Korkeila ym. 2003).

Psykiatrisen sairaalakäytön väheneminen on itsemurhalukujen valossa ollut vaikuttavaa

MERTTU-hankkeessa arvioitiin sairaalahoidon vähentämisen vaikuttavuutta tarkastelemalla psykiatrisesta hoidosta uloskirjoitettujen potilaiden itsemurhia. Uloskirjoituksen jälkeisen itsemurhan katsottiin osoittavan sairaalahoidon epäonnistumista. On ollut pelättävissä, että hoitajaksojen liiallinen lyhyys voisi johtaa sairaalahoidon jälkeisten itsemurhien lisääntymiseen. Suomessa noin viidesosa itsemurhista tapahtuu vuoden sisällä psykiatrisen sairaalahoitajakson jälkeen (Pirkola ym. 2007), joten psykiatrisen sairaalahoidon optimaalisella toteuttamisella on myös merkitystä suisi-diprevention kannalta.

Sohlmanin ym. (2005; 2006) MERTTU-hankkeeseen liittyvässä osatutkimuksessa tarkasteltiin itsemurhakuolleisuutta psykiatrisesta sairaalasta lähtöä seuranneen viikon kuluessa vuosina 1987–2001. Psykiatrista sairaalahoittoa seuranneen viikon itsemurhakuolleisuus pieneni lähes puolella. Vastaavana ajanjaksona yleisväestön itsemurhakuolleisuus väheni noin 16 %. Erityisen kiinnostavaa on, että lyhyimpien, alle viikon kestäneiden hoitajaksojen jälkeinen itsemurhakuolleisuus pieneni vuosina 1987–2001 noin kolmasosaan (kuvio 1). Yleisväestöä parempi kehitys itsemurhalu-
vuissa voi selittyä hoitokäytäntöjen paranemisella tai psykiatrisissa sairaaloissa hoidetun potilasjoukon muutoksilla. Tutkimustulosten perusteella voidaan vetää johtopäätös, että psykiatristen sairaalahoitajaksojen lyhentymisen ei ole Suomessa ainakaan huonontanut hoitotuloksia hoidonjälkeisten välittömien itsemurhien määrällä mitattuna.

Pirkola ym. (2007) toistivat löydöksen tarkastellessaan uloskirjoitusta seuranneen vuoden aikana tapahtuneita itsemurhia MERTTU-hankkeessa. Vuosina 1995–2001 riski kuolla itsemur-



Kuvio 1. Alle viikon pituisen psykiatrisen sairaalahoitajakson jälkeisen viikon indeksoidut itsemurhaluvut vuosina 1988–2001 (95 %:n luottamusvälit)

haan vuoden sisällä psykiatrisesta sairaalahoidosta on ollut tilastollisesti merkitsevästi pienempi kuin vuosina 1985–1991 (Pirkola ym. 2007). Samaan aikaan psykiatristen hoitajaksojen pituus oli lyhentynyt merkittävästi. Vuosina 1985–1991 puolet hoitajaksoista oli alle 20 päivää, kun vastaavasti vuosina 1995–2001 puolet jaksoista oli alle 14 päivää. Kuitenkin vuosina 1995–2001 itsemurhan riski sekä välittömästi osastohoidon jälkeen että sitä seuranneen vuoden aikana väheni merkitsevästi verrattuna tilanteeseen kymmenen vuotta aikaisemmin. Vuonna 1985 hoidetun potilaan riski tehdä itsemurha hoidon jälkeisenä vuonna oli 1,3 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2000 oli yksi prosentti. Itsemurhariski pieneni merkitsevästi tärkeimmissä psykiatrisissa sairauksissa: skitsofreniassa sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöissä.

Kun tuloksia mitataan itsemurhilla, Suomen sairaalapainotteisuutta purkanut mielenterveyspalveluiden rakennemuutos on MERTTU-hankkeen tutkimustulosten mukaan ollut oikeansuuntainen. Psykiatrisen osastohoidon lyheneminen ei ole lisännyt välitöntä tai myöhempää itsemurhariskiä. Tutkimuksen mukaan

psykiatrisen sairaalahoidon mitoitus on Suomessa kohdallaan. Saumaton siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon on todennäköisesti erittäin tärkeää itsemurhien ehkäisyssä. Avohoidon ja sairaalan yhteistyön kehittäminen on keskeinen haaste, kun sairaalahoidon rooli mielenterveyspalveluissa edelleen vähenee.

Kehittynyt avohoito on vaikuttava

MERTTU-tutkimus selvitti työikäisen väestön mielenterveyspalveluiden tilaa kartoittamalla kuntien vuonna 2004 käyttämät työikäisten mielenterveyspalvelut European Service Mapping Schedule -luokittelujärjestelmän avulla. Lisäksi selvitettiin kunnissa vuoden 1991 jälkeen tehdyt mielenterveystyötä koskevat hallinnolliset ratkaisut. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa, oliko kunnassa siirretty mielenterveysavopalveluja erikoissairaanhoidosta edes osittain terveyskeskuksen toiminnaksi, oliko kunnassa yhdistetty sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveystyön yksikköä ja sovittuja yhteistyömuotoja. Tutkimukseen osallistui 72 % Manner-Suomen kunnista.

MERTTU-tutkimuksen mukaan kuntien välillä on havaittavissa selkeitä eroja niin mielenterveyspalvelujen järjestämisen tavoissa kuin palvelujen monimuotoisuudessaakin. Yleisin palvelujen järjestämisessä tapahtunut hallinnollinen muutos on ollut mielenterveyspalvelujen siirtäminen erikoissairaanhoidosta joko kokonaan tai osittain terveyskeskuksen toiminnaksi. Näin oli vuoteen 2005 mennessä tapahtunut yli puolessa vastanneista kunnista. Muutos ei kuitenkaan ole luonut monimuotoisuutta palvelutarjontaan. Kunnat, joissa avohoitotoimintaa oli siirretty erikoissairaanhoidosta omaksi toiminnaksi, käyttivät enemmän laitousyksikkötyyppejä ja vastaavasti vähemmän eri avohoitoyksikkötyyppejä. Sen sijaan näissä kunnissa oli enemmän sovittuja yhteistyömuotoja sosiaalitoimen ja psykiatrian erikoissairaanhoidon välillä. Näyttää siis siltä,

että työikäisen väestön mielenterveysavopalvelujen siirtäminen perusterveydenhuollon yhteyteen on tukenut yhteistyömuotojen syntymistä, mutta ei ole monipuolistanut palvelutarjontaa. Avohoidon kehittämistarpeet näyttävät olevan suurimmat kunnissa, joissa ne ovat terveyskeskuksen vastuulla. (Harjajärvi ym. 2006.)

Palvelurakenne on monipuolisin suurissa kaupungeissa (Harjajärvi ym. 2006), ja palveluja järjestävän alueen riittävä väestöpohja onkin edellytyksenä monipuolisten palvelujen tarjoamiselle. Pienet, yhden tai muutaman erikoislääkärin avohoitoyksiköt eivät pysty vastaamaan kasvaneeseen vaatimustasoon osaamisen suhteen.

Avopalvelut ovat useimmiten perinteisiä pysyviä ajanvarauspalveluja huolimatta siitä, että niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. Yleensä ympärivuorokautisia mielenterveyspalveluja tarjoavat yksiköt ovat perinteisiä sairaalaosastoja ja vaihtoehtoja ei juuri ole tarjolla, kun tarvitaan akuuttia ympärivuorokautista hoitoa. Järjestettyä päivätoimintaa on tarjolla melko vähän huolimatta siitä, että se muodostaa tärkeän osan mielenterveyskuntoutujan palvelupallettia. (Harjajärvi ym. 2006.)

Työikäisen väestön mielenterveyspalvelujen vaikuttavuutta analysoitiin käyttäen kuntakohtaista itsemurhariskiä tulospittarina MERTTU-hankkeessa (Pirkola ym. 2008). Mikäli kunnassa oli liikkuvia mielenterveyspalveluja, ympärivuorokautinen päivystys ja enemmän erilaisia avohoitoyksikköjä, kuntalaisten itsemurhakuolleisuus oli alempi. Koska oli tiedossa, että itsemurhariski liittyy kunnan väestön demografiaan ja sosioekonomisiin tekijöihin, tuloja vakioitiin näitten tekijöiden suhteen. Yhteys monimuotoisten avohoitopalvelujen ja alhaisemman itsemurhakuolleisuuden välillä säilyi vakioinnin jälkeen. Kehittyneet avohoitopalvelut ovat tutkimuksen perusteella yhteydessä alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen, kun taas kunnissa, joissa on laitospainotteisempi palvelutarjonta, itsemurhaluvut ovat korkeammat. MERTTU-hankkeen tutkimustulos on suomalaisten mielenterveyspalveluiden kehittä-

misen kannalta tärkeä: tulostemme valossa on vaikuttavampaa rakentaa monimuotoinen mielenterveyspalvelupalvelujärjestelmä kuin panostaa pelkästään vastaanottotoiminnan volyymin kasvuun.

Pitkään jatkuneista avohoidon kehittämissyrkimyksistä huolimatta tilanne on monissa kunnissa mielenterveyspalveluiden monimuotoisuuden suhteen edelleen epätydyttävä. Laitoshoitopainotteisuutta esiintyy paikoitellen edelleen, eivätkä avopalvelut ole kehittyneet riittävän monipuolisiksi. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on vielä kesken, ja niin mielenterveystyön kuin mielenterveyspalvelujenkin kehittäminen tulee pysymään kuntien suuren haasteena myös vastaisuudessa. (Harjajärvi ym. 2006.)

Yleensä ympärivuorokautiset mielenterveyspalvelut olivat perinteisiä sairaalaoastoja. Vaihtoehtoja perinteiselle sairaalahoidolle ei juuri ollut tarjolla. Akuutteja päiväpalveluja käyttää vain 15 % kunnista. Järjestettyä päivätoimintaa oli tarjolla melko vähän. Avopalvelut ovat useimmiten perinteisiä pysyviä ajanvarauspalveluja huolimatta siitä, että niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. (Harjajärvi ym. 2006.)

MERTTU-hankkeessa kartoitettiin myös kuntien mielenterveystyön strategioita. Alle neljännes kunnista raportoi ottaneensa käyttöön mielenterveystyön strategian tai -ohjelman vuosina 1991–2004. Neljänestä voidaan pitää varsin pienenä osuutena ottaen huomioon, että kansallista ohjausta strategian laatimiselle on ollut tarjolla. Tuloksemme osoittivat, että strategian käyttöönotto liittyi yleisempään muutos- ja kehittämishalukkuuteen mielenterveystyön saralla. Strategian käyttöönotto oli yhteydessä mielenterveystyötä koskevien hallinnollisten muutosten määrään.

Tarvitsemme kansallisen kehittämisohjelman

Työikäisten mielenterveyspalvelut nojaavat vielä pitkälti perinteiseen laitoshoitoon, ja avohoitomuodot ovat vasta kehitteillä. Kuitenkin itsemurhien tarkastelun perusteella avohoitopainotteiset mielenterveyspalvelut ovat sairaalakeskeistä järjestelmää vaikuttavampia, ja merkkejä siitä, että psykiatriset osastojaksot olisivat keskimäärin liian lyhyitä, ei MERTTU-hankkeessa löytynyt. Monipuoliset ja avohoitopainotteisemmat palvelut ja laitoshoidon purku liittyivät alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen.

Sairaalapalveluiden riittävyttä tutkittiin tarkastelemalla psykiatristen sairaalahoitajaksojen jälkeisiä itsemurhia. Osastohoidon jälkeinen itsemurha voisi olla osoitin riittämättömästä osastohoidosta. Tutkimusten mukaan hoitajaksojen lyhentymisestä huolimatta osastohoidon jälkeiset itsemurhat ovat vähentyneet. Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen näyttää MERTTU-hankkeen valossa onnistuneelta. Voi olla, että avohoitoon ohjaamiskäytännöissä on tapahtunut sisällöllistä kehittymistä, samalla kun toisaalta sairaalapaikkojen vähentäminen on kohdentunut oikein ja hoitojen pituudet ovat asettuneet paremmin vaikuttavalle tasolle. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että Suomessa olisi viisasta edelleen jatkaa resurssien siirtoa psykiatrisesta sairaalahoidosta avohoitoon, varsinkin kun kansainvälisessä vertailussa sairaalakäyttömme on edelleen suhteellisen korkealla.

Ulkomaisten kokemusten mukaan psykiatrian sairaalasijoja voidaan vähentää noin puoleen kehittämällä kotiin vietyjä työryhmäpohjaisia avohoitopalveluja, jotka eivät ole virka-aikaan sidottuja (Joy ym. 2006; Malone ym. 2007). Suomalaisen psykiatrisen palvelujärjestelmän laitosvaltaisuuden purku edellyttää tällaisten kehittyneiden avohoitomuotojen käyttöönottoa. Palvelurakennuudistuksessa on hyvä huomioida, että väestöpohja muodostuu riittäväksi kehittyneille, päivystäville avohoitopalveluille.

Psykiatrisen sairaalahoidon vähenemisen myötä mielenterveyskuntoutujille suunnatut asumispalvelut ovat lisääntyneet. Arviolta noin 6 700 suomalaista asuu mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa asumispalveluyksiköissä, jotka voivat olla kunnallisia, yksityisiä tai järjestösektorin ylläpitämiä. On ilmeisen tärkeää, että hoidon ja kuntoutuksen taso ei laske sairaalahoidon osittain korvautuessa asumispalveluilla. Asumispalveluiden laatua ja vaikuttavuutta on kritisoitu (Salo & Kallinen 2007). Kuntouttavan otteen on katsottu olevan liian heikko ja asumispalveluiden on pelätty jatkavan suomalaisen hoitojärjestelmän laitosperinnettä, joskin nyt pienimuotoisempana.

Suomalaista psykiatrista hoitojärjestelmää kehitettäessä on siis kohdistettava huomio siihen, että tapahtuu todellista siirtymistä kohti mielenterveyspalveluiden käyttäjien sosiaalista osallisuutta. Uudistus ei saa merkitä pelkästään pitkäaikaisen sairaalahoidon korvautumista toisella laitoshoidolla.

Psykiatrian avopalveluiden siirtyminen erikoissairaanhoidosta joko kokonaan tai osittain terveyskeskusten toiminnaksi ei ole lisännyt avohoitopalvelujen kirjoa. Tätä tulosta tulkittaessa voi spekuloida, onko palveluiden siirtämisen taustalla ollut aito halu kehittää kuntalaisten palveluja vai onko pontimina ollut halu vähentää mielenterveyspalveluiden kustannuksia. Jälkimmäinen motiivi voisi selittää hieman yllättävää tutkimustulostamme. MERTTU-tutkimuksen valossa näyttää siltä, että erikoissairaanhoidon painoarvolla paremmin pystynyt varjelemaan ja kehittämään avomielenterveyspalveluita kunnissa. Varsinkin pienissä kunnissa, joissa mielenterveystyön asiantuntijat ja tekijät ovat vähissä, lienee tutkimustulostemme valossa viisasta järjestää aikuisväestön avomielenterveyspalvelut tiiviissä yhteistyössä sairaanhoitopiirien psykiatrian yksikköjen kanssa tai sen toimesta.

Näyttää myös siltä, että mielenterveyspalvelujen monipuolisuus ja vaikuttavuuden paraneminen vaativat kunnilta selkeää mielenterveystyön johtajuutta. Vain neljänneksellä vastanneista

kunnista oli vuonna 2004 mielenterveystyön strategia. Kunnissa, joissa strategiaa ei ollut, oli selkeästi vähemmän mielenterveyspalvelujen kehittämistoimintaa. Voi toki myös olla niin, että kunnissa kiinnostus mielenterveystyön kehittämiseen näyttäytyy sekä mielenterveysstrategian käyttöönottona ja monimuotoisina avohoitopalveluina ja että näiden kahden välillä ei ole kausaalisuhdetta.

Hoitojaksojen lyhentyminen on psykiatrisen sairaalahoidon jälkeisten itsemurhien valossa ollut oikeasuuntainen. Kuntatasolla löytyy yhteys monimuotoisten psykiatristen avopalveluiden ja alhaisten itsemurhalukujen välillä. Tällä hetkellä psykiatrisiin sairaaloihin sitoutuu suhteettoman suuri osa mielenterveystyön ai-neellisista ja ammatillisista resursseista. Tarvitsemme kansallisen mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelman, jossa sitoudumme asteittain siirtämään resursseja sairaaloista monimuotoisiin kehittyneisiin avohoitopalveluihin. Ohjelman painopisteen tulee olla mielenterveys- ja päihdetyön avopalveluiden kehittämisessä, mutta alueellisesti voidaan tarvita kipeitäkin päätöksiä, koska viimeistään nyt on aika sulkea ylimitoitettut erilliset psykiatriset sairaalat. Alueellista psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan vastedeskin, mutta se toteutunee parhaiten tukeutumalla yleissairaalaan infrastruktuuriin.

Kirjallisuus

- Forma L, Rissanen P, Kilkku N, Meklin P, Nieminen R, Poutanen P & Sorri P (2003) Mielenterveystyön kustannukset Lempäälässä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 15/2003. Tampere.
- Harjajärvi M, Pirkola S & Wahlbeck K (2006) Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta n:ro 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes. <<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>>
- Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, Lindeman S & Aro H (2004) Use of health services for major depressive episode in Finland. *J Affect Disord* (79): 105–112.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S & Kiviruusu O (2008) Use of health services for major depres-

- sive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 25(1):27–37.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R & Lehtinen V (2001) Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry* (179): 498–502.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R & Lehtinen V (2006) Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry* (188): 122–127.
- Joy CB, Adams CE & Rice K (2006) Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R (2007) A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:747–752
- Korkeila J, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola JM, Räsänen K & Kalimo R (2003) Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health* (31): 85–91.
- Kärkkäinen J (2004) Onnistuiko psykiatrian yhdentyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? *Tutkimuksia* 138. Helsinki: Stakes.
- Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S & Tyrer P (2007) Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews, Issue 3*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Pirkola S & Sohlman B (toim.) (2005) *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Helsinki: Stakes. <<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>>
- Pirkola S, Sohlman B, Heila H & Wahlbeck K (2007) Reductions in post-discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatr Serv* (58): 221–226.
- Pirkola S, Sund R, Sailas E & Wahlbeck K (2008) Community mental health services and suicide rate: a nationwide small area analysis. *Lancet (hyväksytty julkaistavaksi)*.
- Sailas E, Feodoroff B, Virkkunen M & Wahlbeck K (2005) Mental disorders in prison populations aged 15–21: national register study of two cohorts in Finland. *BMJ* 330:1364–1365.
- Sailas ES, Feodoroff B, Lindberg NC, Virkkunen ME, Sund R & Wahlbeck K (2006) The mortality of young offenders sentenced to prison and its association with psychiatric disorders: a register study. *Eur J Publ Health* 16:193–197.
- Sakharova O, Gurovich I & Wahlbeck K (2007) *Mental Health Indicators in Russia. A Study of the Availability of European Indicators for the MINDFUL Project*. Reports 13/2007. Helsinki: Stakes. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/34D71A3D-7852-4CAE-9CCF-2C890315D8F1/0/mentalhealth_russia.pdf>
- Salize H J, Dressing H & Peitz M (2002) *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Salo M & Kallinen M (2007) *Yhteisäsuomisesta yhteiskuntaan?* Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Sohlman B, Pirkola S & Wahlbeck K (2005) The characteristics of sui-

- cides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation – a nationwide register study. *BioMed-Central Psychiatry* 5:32. <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1215492>>
- Sohlman B, Pirkola S & Wahlbeck K (2006) Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin. *Duodecim* (122): 819–825.
- Tuori T (2002) Psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa. Sairaanhoidopiiri- ja sairaalakohtaista vertailutietoa vuosilta 1999 ja 2000. Aiheita 5/2002. Helsinki: Stakes.
- Tuori T & Kiikkala I (2004) Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen Lääkärilehti* (59): 3411–3414.
- Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M & Solantausta T (2006) Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995–2004. Raportteja 13/2006. Helsinki: Stakes. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2006-VERKKO.pdf>>
- Tuori T, Gissler M & Wahlbeck K (2007) Mental health in the Nordic Countries. In: *NOMESCO: Health Statistics in the Nordic Countries 2005*. Theme section: Mental Health. <<http://www.nom-nos.dk/Nom-book/Section%20B%20web.pdf>>
- Tuulari J, Aromaa E, Herberts K & Wahlbeck K (2007) Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* (61): 790–791.
- Wahlbeck K (2005) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä M & Roos M (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Helsinki: Stakes. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/E3E327AE-4BE5-4EE1-9D76-CEE7EB7A17CF/0/Stakes_Palvelukatsaus_Mielenterveyspalvelut.pdf>
- Wahlbeck K (2007) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä M & Lahti T (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf>
- Wahlbeck K, Manderbacka K, Vuorenkoski L, Kuusio H & Luoma M-L (2008) Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. *HealthQUEST Country Report for Finland*. Raportteja 1/2008. Helsinki: Stakes. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R1-2008-VERKKO.pdf>>