

# Mielenterveysohjelmat mielenterveystyötä parantamassa

Olin ollut viimeistelemässä väitöskirjan yhteenvedoa eräässä Helsingin keskustan kahvilassa, eräänä heinäkuun lopun perjantai-alkuiltana, kun ulos astuessani näin Lönnrotinkadun ja Mannerheimintien risteyksessä suuren määrän ambulansseja. Niin suuren, että siitä saattoi heti päätellä, että jotain vakavaa oli tapahtunut.

Myöhemmin tapahtuma on osoittautunut mielenterveyskysymykseksi. Tapahtumaa koskevat tiedot ovat peräisin tiedotusvälineiltä, enkä halua tässä yhteydessä sanoa tämän enempää: perjantaina 28.7.2017 viisikymmentäyksivuotias mies oli ajanut piittaamattomasti Helsingin keskustassa ja useita ihmistä oli jäänyt alle. Heistä yksi kuoli.

Muutama päivä tapauksen jälkeen otsikkoihin nousi yliajan omaisten näkemys, jonka mukaan mielenterveyspalveluiden saaminen on nykypäivänä liian vaikeaa. Tämän jälkeen lehdet ja aivan erityisesti niiden yleisönosastot ovat täyttäneet kirjoituksista, joiden keskeinen viesti on ollut, että mielenterveyspalveluiden tarjonta ja saavutettavuus ovat riittämättömiä tämän päivän Suomessa.

Vastaavia keskusteluita on noussut vuosien saatossa säännöllisin väliajoin. Eräänä esimerkkinä mainittakoon Helsingin Auran sairaalan psykiat-

risen päivystyksen yhdistymisen somaattisen puolen päivystykseen. Näille keskusteluille yhteistä on ollut se, että niissä mielenterveyteen erikoistuneita palveluita on pidetty suuressa arvossa.

Valitettavan heinäkuisen tapauksen nostattamassa keskustelussa on Helsingin sanomissa ehdotettu ainakin kahteen otteeseen vastaukseksi kansallisen mielenterveysohjelman perustamista. Se onkin hyvä idea, sillä selvittämättömiä mielenterveyteen ja mielenterveyspalveluihin liittyviä kysymyksiä tuntuu olevan paljon.

## MUTTA ONKO TÄLLAINEN OHJELMA JO TOTEUTETTU?

Väitöstutkimuksessani, jonka suomenkielinen otsikko on: *Mielenterveystyötä parantamassa. Suomalaisen mielenterveyspolitiikan perustelut sairaalahoidon vähentämisen aikakaudella* olen tarkastellut juuri tällaisia mielenterveysohjelmia viiden viime vuosikymmenen ajalta. Näiden ohjelmien tavoitteena on ollut suunnitella mielenterveyden hoito Suomessa sellaiseksi, että se vastaisi väestössä esiintyvää tarvetta.

Tutkimukseni keskeinen tulos on, että näissä ohjelmissa tullaan kautta vuosikymmenten ehdottaneeksi samoja asioita.

Ohjelmasta toiseen nämä ehdotukset seuraavat toisiaan:

- On vähennettävä psykiatrista sairaalahoitoa,
- On lisättävä mielenterveyden avohoitoa,
- On lisättävä mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia osallistua työhön,
- On uudelleenmääriteltävä, ketkä ovat sopivia asiantuntijoita mielenterveyteen liittyvissä kysymyksissä ja
- On lisättävä tasa-arvoa mielenterveyskuntoutujien ja muiden kansalaisten välillä.

Nämä tavoitteet toistuvat, ja moni niistä onkin toteutunut.

Psykiatristen sairaalapaikkojen määrä maassamme on tällä hetkellä noin seitsemäsosa siitä, mitä se oli korkeimmillaan, 1970-luvun puolivälissä. Tämän saavutuksen merkitystä kuitenkin vähentää se, että erilaisten mielenterveysongelmille suunnattujen asumispalveluiden käyttö on suurta. Näitä palveluita on kritisoitu laitostaviksi, samalla tavalla kuin psykiatrisia sairaaloitakin. Viime aikoina on kiinnitetty huomiota myös siihen, että vankiloissa on paljon henkilöitä, joilla on vakavia mielenterveysongelmia.

Avohoidon tarjonta on lisääntynyt: asiasta on hankalaa saada kattavia vertailukelpoisia lukuja, mutta esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen tukeman

kuntoutuspsykoterapian käyttö on noin viisikymmenkertais-  
tunut 1980-luvun alun jälkeen  
(mikä on varhaisin saatavilla  
oleva luku). Vasta 1990-luvulla  
markkinoille tulleita niin san-  
nottuja kolmannen sukupolven  
masennuslääkkeitä, serotoniini-  
takaisinoton estäjiä eli  
SSRI-lääkkeitä käytti vuonna  
2015 lähes puoli miljoonaa  
suomalaista.

Merkittävä muutos on se-  
kin, että aiemmin psykiatrival-  
tainen mielenterveystyön jär-  
jestelmä on alkanut kuulla  
palveluiden käyttäjiä, joita on  
viime vuosina alettu nimittää  
kokemusasiantuntijoiksi.

Mielenterveyskuntoutujien  
työssäkäyntimahdollisuuksien  
edistymisestä sen sijaan on  
vähemmän merkkejä. Mielen-  
terveysperusteisten työkyvyttö-  
myyseläkkeiden määrä on nous-  
sut viime vuosiin saakka ja sitä  
pidetään edelleen suurena on-  
gelmana.

Myös mielenterveyskuntou-  
tujien tasa-arvotavoitteen täyt-  
tyminen näyttää monella taval-  
la kyseenalaiselta.

Avohoitoa lisättäessä on tar-  
kastelemani ajanjakson alkuvai-  
heessa ehdotettu kiinnitettävän  
huomiota erityisesti niihin ryh-  
miin ja henkilöihin, jotka sitä  
ennen olivat psykiatrisessa sai-  
raalahoidossa ja joiden katsot-  
tiin olevan vaarassa laitostua.

Sittemmin mielenterveys-  
työn kohteeksi on vähitellen  
yhä vankemmin noussut mei-  
dän kaikkien mielenterveys.  
Samaan aikaan ohjelmista on  
tähän päivään mennessä vähi-  
tellen hävinnyt tarpeen käsite.  
Tämä tarkoittaa sitä, että ohjel-  
mat eivät sano, että me kaikki  
tarvitsemme mielenterveyspal-

veluita. Mutta, ne eivät myös-  
kään sano, että sairaimmat tai  
vaikeimmassa asemassa olevat  
tarvitsisivat niitä.

Tämän muutoksen merki-  
tys tulee esiin historiallisessa  
vertailussa: esimerkiksi 1980-  
luvulla toteutettu skitsofrenia-  
projektiksi kutsuttu hanke  
ehdotti skitsofreniasta kärsi-  
ville perheterapian lisäämistä,  
mutta myös opastusta arkisissa  
asioissa kuten ruuanlaitossa  
ja joukkoliikenteen käytössä.  
Nykypäivänä mielenterveysoh-  
jelmat pidättyvät fokusoi-  
masta sairauksiin tai antamas-  
ta näin tarkkoja tai hyvin re-  
sursoituja suosituksia. 1970- ja  
1980-luvuilla eräänä keskei-  
senä tapana lisätä mielen-  
terveysongelmista kärsivien kan-  
salaisten osallistumista työhön  
esitettiin kuntouttavien suoja-  
työpaikkojen lisäämistä.

Toistuvien tavoitteiden ohel-  
la tarkastelemisani mielen-  
terveysohjelmissa moni asia myös  
muuttuu. Näistä huomioni kiin-  
nittyy niihin, jotka liittyvät hy-  
vinvointivaltion tai -systeemin  
ja yksilön tai kansalaisen väli-  
seen suhteeseen. Tutkimuksen  
kattaman ajanjakson aikana  
ohjelmissa näkyy asteittainen  
muutos siinä, mikä mielletään  
hyvinvointivaltion velvollisuu-  
deksi kansalaisia kohtaan.

Yhdeksänkymmentäluvun  
puolivälin jälkeen, aikakau-  
tena, jota on joskus nimitetty  
pysyvän niukuuden aikakau-  
deksi, ohjelmissa lakataan pu-  
humasta kansalaisista apua,  
tai ainakaan asiantuntija-apua  
tarvitsevana. Palkkatyön paino-  
tus lisääntyy, ja siitä tulee kes-  
keinen oikeuttamisperuste niin  
mielenterveysohjelmien hu-  
mion kuin tuenkin jakamisessa.

Se, mitä viimeaikaisissa oh-  
jelmissa ei ole suunnitelmassa  
huomioitu, on palkkatyöpaino-  
tuksen aiheuttama kahtiajako.  
Niin mielenterveyspalveluissa  
kuin terveys- ja kuntoutuspal-  
veluiden jaossa yleisemmin-  
kin, järjestelmä kohtelee eri  
tavalla niitä kansalaisia, jotka  
ovat palkkatyössä kuin niitä  
jotka eivät ole. Viittaan tähän  
ilmiöön käsitteellä dualisaatio.

Toinen merkittävä yhteis-  
kunnallinen ilmiö, jota näissä  
tarkastelemisani mielen-  
terveystyön parantamisohjelmissa  
ei oteta huomioon on mielen-  
terveyden alan laajeneminen.  
Tarkoitin kompleksia, joka  
koskee sekä palveluiden tar-  
jontaa, soveltamisalaa, kysyn-  
tää että käyttöä. Kutsun tätä  
ilmiötä nimellä mielenterveys-  
työn ekspansio. Sen johdosta  
oikeastaan kuka tahansa voi  
kokea tarvitsevansa mielen-  
terveyspalveluita ja käyttää niitä.

Mielenterveyspalveluita tar-  
jotaan yhteiskunnassamme pal-  
jon ja joillekin jopa suhteelli-  
sen avokätisesti. Tämä ei kui-  
tenkaan anna vastausta siihen,  
miten lisääntynyt mielentervey-  
den avohoito on pystynyt kom-  
pensoimaan sairaalapaikkojen  
vähentymistä. Olisikin tärkeää  
kysyä, minkä verran ja millais-  
ta avohoitoa tarjotaan niille,  
jotka aiemmin olisivat olleet  
sairaalahoidossa. Tähän kysy-  
mykseen pelkkä avohoidon li-  
säättyminen ei ole vastaus.

Montaa kehitystä mielen-  
terveystyössä voidaan tänä päi-  
vänä pitää onnistuneena: elä-  
mänmittainen laitoksiin sulke-  
minen on mennyttä, avohoitoa  
on tarjolla, potilaat saavat ää-  
nensä kuuluviin ja työelämän  
uuvuttamien työkykyä voidaan

tukea. Silti tarkastelemassani aineistossa huomio kiinnittyy siihen, että 2000-luvulla niissä kiinnitetään suhteellisen vähän huomiota työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin tai vakavasti sairiksi ymmärrettyihin

kansalaisiin. Näin ollen tarkastelemani mielenterveystyön parantamiseen tähdänneet ohjelmat näyttävät lopulta epäoivistuneen yhdessä toistuvista tavoitteistaan, pyrkimyksessä lisätä tasa-arvoa.

ANNA ALANKO  
*VTT, tutkijatohtori,  
koordinaattori  
Riippuvuuksien,  
yhteiskunnallisen sääntelyn  
ja hallinnan tutkimuskeskus  
(CEACG), Helsingin yliopisto*