

ajoin esiin keskusteluissa suomalaisen mielenterveyshoidon tilasta. Näiden teemojen kohdalla on viime aikoina alettu puhua yhä enemmän myös mielenterveyshoidon eriarvoisesta jakautumisesta. Esimerkiksi Mielenterveyspoolin tuottama Terapiatakuu-kampanja on nostanut esille kansalaisten eriarvoisen aseman mielenterveyspalveluissa. Kun psykoterapia on kohdennettu työkyvyn ylläpitoon, rajatuvat työmarkkinoiden marginaaleissa olevat ryhmät käytännössä mielenterveysavun ulkopuolelle.

Terveyspolitiikan julkilausuttuna tavoitteena on hyvinvointija terveyserojen kaventaminen. Miksi siis olemme päätyneet järjestelmään, jossa avun saaminen mielenterveyden ongelmiin on kiinni ihmisen asemasta työmarkkinoilla? Millaisten reunaehtojen puitteissa mielenterveyspolitiikkaa on suunniteltu ja perusteltu? Näihin ja moniin muihin suomalaisen mielenterveysjärjestelmän juuria koskeviin kysymyksiin vastaa ilahduttavalla tarkkuudella Anna Alangon väitöskirja *Improving Mental Health Care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation*.

Artikkeliväitöskirja tarkastelee suomalaista mielenterveyspolitiikkaa 1960-luvun puolivälistä nykypäivään kansallisten mie-

lenterveysohjelmien valossa. Tuona aikana Suomessa on toiminut lukuisia hankkeita, jotka pyrkivät parantamaan mielenterveyden hoitoa ja kehittämään mielenterveystyötä väestön tarpeita vastaavaksi. Tutkimuksen aineisto koostuu näissä hankkeissa syntyneistä 26 politiikkadokumentista. Alanko tarkastelee mielenterveyshoidon kohentamiseksi tehtyjä uudistusehdotuksia kysyen seuraavat kysymykset: Mitä mielenterveyspolitiikan uudistuspyrkimyksissä on ehdotettu? Miten mielenterveyspalveluita käyttävät ihmiset on ehdotuksissa ymmärretty? Mikä määrittänyt ongelmaksi, jonka takia uudistuksia tarvitaan? Ketkä nähdään mielenterveyshoidon asiantuntijoina? Mitä parannusehdotuksissa ja toimintaohjelmissa on jätetty huomiotta?

Väitöskirjassa on neljä vertaisarvioitua artikkelia, joista kaksi tarkastelee mielenterveyspoliittisia uudistusehdotuksia yleisellä tasolla ja kaksi keskittyy erityistapauksiin, joita ovat skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen sekä masennukseen liittyvien eläkkeiden vähentäminen. Johdantoluku nivoo osatutkimusten teemoja onnistuneesti yhteen tarkastelemalla suomalaisen mielenterveystyön muotoutumista globaalien kehityskulkujen ja yhteiskunnallisten olosuhteiden ristipaineessa.

Eriarvoistavan mielenterveyspolitiikan juurilla

Anna Alanko: *Improving Mental Health Care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation*. Helsinki: University of Helsinki, 2017, 65 s. ISBN 978-951-51-3275-8

Mielenterveyspalvelujen riittämätön saatavuus ja hoitoon pääsyn vaikeudet nousevat aika

Tarkastelluksi tulevat nykyisen mielenterveysjärjestelmän moninaiset juuret 1970-luvun kansalaissoikeusliikედინնästä ja dehospitalisaatiosta hyvinvointivaltion kultakauteen ja sen jälkeiseen *workfare*- ja niukuuspolitiikkaan.

Johdantoluvussa artikkeleita yhdistäväksi tavoitteeksi nimetään mielenterveyspolitiikan perustelujen (*rationale*) analyysi. Käsite on peräisin Foucault'n hallinnallisuuden teoriasta, johon nojautuen Alanko määrittelee analyysinsä kohteen ”yleisiksi ajattelun ja järkeilyn tavoiksi mielenterveyshoidon uudistusehdotuksissa”. Hallinnan analytiikan hengessä tavoitteena on myös tarkastella, millaisia subjektiivisia uudistusehdotusten perustelut mahdollistavat tai aktivoivat. Kysymys nivoutuu työn toiseen teoreettiseen viitekehukseen, keskusteluun autonomiasta kansalaisuuden ja kuulumisen kriteerinä. Asetelma on oivaltava, mutta teoreettista ja käsitteellistä keskustelua työssä käydään hyvin niukasti. Etenkin tutkimuksen ytimessä olevan *rationale*-käsitteen avaamiseen olisi voinut käyttää hieman enemmänkin tilaa.

Tutkimuksen keskeinen tulos on, että mielenterveysohjelmissa ehdotetaan vuosikymmenestä toiseen samoja asioita:

psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämistä, avohoidon lisäämistä ja mielenterveyskuntoutujien työnteon lisäämistä. Lisäksi ohjelmissa on toistuvasti pyritty lisäämään tasa-arvoa mielenterveyskuntoutujien ja muiden kansalaisten välillä. Ehdotukset ovat kuitenkin saaneet ajan myötä erilaisia sisältöjä. Eritoten käsitys palveluiden käyttäjästä ja valtion vastuusta on tarkasteltuna ajanjaksona muuttunut. Tutkimus osoittaa, että mielenterveyspolitiikan keskipisteessä olivat aluksi vakavasti sairiksi ymmärretyt ja heidän elämänsä tukeminen sairaalahoidon ulkopuolella, mutta nykyaikaa kohti tultaessa on keskitytty yhä enemmän työkykyisten, lievistä häiriöistä kärsivien mielenterveyden vaalimiseen.

Perusteluja ehdotettujen uudistusten taustalla ovat tarpeettoman yhteiskunnasta eristämisen välttäminen, usko työn kuntouttavaan vaikutukseen ja yksilöiden autonomian ja asiantuntijuuden korostaminen. Luvun 2 analyysi Suomessa toteutetusta dehospitalisaatiosta valottaa, kuinka sairaalapaikkojen alasajo suunniteltiin laajenevan hyvinvointivaltion kaudella sosiaalipsykiatrisena reformina, mutta toteutettiin 1990-luvun leikkauspolitiikan aikana, jolloin ihmisoikeusajattelu jäi taka-alalle ja panostus avohoidon palveluihin riittä-

mättömäksi. Samaan aikaan, kun riittämätön avohoidon tuki jätti vaikeissa sosiaalisissa asemassa olevat mielenterveyspotilaat heitteille, vaikeutti julkisen sektorin supistamiseen pyrkivä aktivointipolitiikka sairaiden, työkyvyttömiä ja työttömien asemaa entisestään.

Samalla kun sairaalapaikat vähenivät, muiden mielenterveyspalvelujen kysyntä ja käyttö kasvoivat huomattavasti. Alanko painottaa, että palveluiden käyttäjiä eivät kuitenkaan olleet ensisijaisesti sairaalahoidosta avohoitoon siirtyneet potilaat vaan kokonaan uudet, suhteellisen lievästä mielenterveysongelmista kärsivät käyttäjryhmit. Luvussa 3 Alanko tarkastelee näitä muutoksia osana mielenterveystyön ekspansiota eli globaalia mielenterveyspalvelujen sovellusalueen, tarjonnan, kysynnän ja käytön huomattavaa laajentumista 1990-luvulta lähtien. Ilmiö on dehospitalisaatiota vähemmän tunnettu ja tutkittu, mutta väitöskirjan aiheen kannalta vähintään yhtä merkittävä. Siksi analyysi mielenterveystyön laajentumisen syistä Suomen kontekstissa on erityisen kiinnostava.

Tarkastelun lähtökohtana on monien sosiologien edustama käsitys, jonka mukaan mielenterveyspalvelujen käytön kasvun tai psykelääkkeiden

käytön lisääntymisen kaltaiset indikaattorit eivät todennäköisesti kerro mielenterveysongelmien yleistymisestä vaan pikemminkin siitä, että tapamme hahmottaa näitä ongelmia muuttunut. Alangon tarkastelussa suomalaisen mielenterveystyön laajentuminen asettuikin osaksi laajoja kansainvälisiä kehityskulkuja: medikalisaatio, psykiatrisaatio, diagnoosiluokkien lisääntyminen, psyykelääkkeiden kehittyminen ja markkinointi sekä yhteiskuntien yksilöllistymiskehitys, jonka seurauksena elämän haasteet ja vastoin käymiset koetaan helpommin henkilökohtaisina, mielenterveyden alueelle kuuluvina ongelmina. Tärkeä väite tutkimuksen johtopäätösten kannalta on, että ongelmia yksilöllistävän itseymmärryksen lisääntyminen koskisi erityisesti suhteellisen hyvinvoivaa ja koulutettua keskiluokkaa.

Alangon esittämä analyysi on sisäisesti johdonmukainen, mutta se herättää myös joitakin tärkeitä kysymyksiä. Eniten jäin pohtimaan väitettä siitä, että palvelujen kysynnän ja tarjonnan kasvu liittyisi nimenomaan suhteellisen terveen keskiluokan uusiin tarpeisiin hoitaa mielenterveystään. Viimeistään tässä kohden lukija kaipaa myös kuvausta suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmän pääpiirteistä. Nyt emme tiedä, mihin tarkal-

leen ottaen viittaa tieto suhteellisen terveen keskiluokan runsaasta mielenterveyspalvelujen käytöstä Suomessa. Puhutaanko perus- vai erikoissairaanhoidosta, terveyskeskus- vai poliklinikakäyneistä, Kelan korvaamasta psykoterapiasta – vai kaikista yhteensä? Lähteitä on tältä osin käytetty niukasti, eikä laajaa kansainvälistä keskustelua sosioekonomisen aseman yhteydestä mielenterveyspalvelujen käyttöön juurikaan tarkastella.

Kun tarkastelun kohteena on mielenterveyspalvelujen kysynnän kasvu 2000-luvun eriarvoistuvassa Suomessa, hypoteesi ”ongelmiaan yksilöllistävistä keskiluokasta” ei yksin riitä. Esimerkiksi lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käyttävät selvästi eniten alimmasta sosioekonomisesta taustasta tulevat nuoret. Näissä ryhmissä myös mielenterveysongelmat ovat viime vuosikymmenen aikana lisääntyneet. Onkin esitetty, että ongelmien syveneminen valmiiksi pahoinvoivassa marginaalissa on osaltaan vaikuttanut palvelujen kuormittumiseen. Mielenterveyspalvelujen kysynnän ja käytön sosioekonomista jakautumista käsittelevän kirjallisuuden monipuolisempi huomioiminen olisi täydentänyt nyt melko kaapeksi jäävää kuvaa siitä, mitä lisääntynyt palvelujen tarve kumpuaa.

Johdantoluvun lopussa Alanko sitoo tutkimuksen tulokset ajankohtaisiin kysymyksiin mielenterveyshoidon tilasta Suomessa, jossa sosioekonomiset erot mielenterveydessä ovat eurooppalaisittain vertailtuna korkeita. Hän esittää, että etenkin uusimmat mielenterveysohjelmat ovat jättäneet kokonaan huomiotta psyykkisesti sairaat ja ne, jotka ymmärretään kyvyttömiksi osallistumaan työmarkkinoille. Nämä ulossulkemisen mekanismit olisi Alangon mukaan otettava mielenterveystyön suunnittelussa paremmin huomioon.

Kokonaisuudessaan väitöskirja muodostaa monipuolisen ja koherentin kuvauksen mielenterveyspolitiikasta, jossa huomio on siirtynyt vähitellen psyykkisten sairauksien hoidosta kansalaisten työkyvyttä huolehtimiseen sekä koko väestön mielenterveyden edistämiseen. Alangon väitöskirja on erittäin tervetullut avaus yhteiskuntatieteellisen mielenterveystutkimuksen kentälle, mutta se keskusteleekin myös laajemmin hyvinvointivaltiotutkimuksen suuntaan. Erityisen lämpimästi suositellen kirjaa kaikille, jotka haluavat syventää ymmärrystään sosioekonomisten terveyserojen kasvusta Suomessa.

Sanna Rikala